

Implementasi HAM di Indonesia :

**HAK KESEHATAN DAN JAMINAN SOSIAL
BAGI PENYANDANG DISABILITAS**

di Kabupaten Daerah Tertinggal di Indonesia



Implementasi HAM di Indonesia :
**HAK KESEHATAN DAN JAMINAN SOSIAL
BAGI PENYANDANG DISABILITAS**
di Kabupaten Daerah Tertinggal di Indonesia

Oleh :
Jane Kartika Propiona
Tri Widya Kurniasari
Nina Widyawati
M. Saifullah Rohman
M. Asfar Marzuki

Editor: Lilis Mulyani



PMB-LIPI



PT Gading Inti Prima

© 2013 Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI)
Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan*

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

**Implementasi HAM di Indonesia: Hak Kesehatan dan Jaminan Sosial
Bagi Penyandang Disabilitas di Kabupaten Daerah Tertinggal
di Indonesia/Jane Kartika Propiona, Tri Widya Kurniasari,
Nina Widyawati, M. Saifullah Rohman, M. Asfar Marzuki –
Jakarta, 2013.**

x hlm + 174 hlm.; 14,8 x 21 cm

ISBN : 978-602-221-217-1

1. HAM
2. Disabilitas – Daerah Tertinggal

362. 4

Penerbit:

PT. Gading Inti Prima (anggota IKAPI)

Jl. Hibrida Raya Blok PD 14 No. 7

Kelapa Gading

Jakarta 14250

Telp: (021) 4508142



*Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan
Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
Widya Graha Lt. VI dan IX,
Jalan Jenderal Gatot Subroto No. 10
Jakarta, 12710
Telp.: 021-5701232
Faks.: 021-5701232

KATA PENGANTAR

Penelitian Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Hak Kesehatan dan Jaminan Sosial Bagi Penyandang Disabilitas di Kabupaten Daerah Tertinggal merupakan penelitian yang diajukan pada Program Tematik DIPA PMB-LIPI Tahun 2013. Penelitian ini berupaya untuk membuat suatu pemetaan mendalam bagaimana upaya penyandang disabilitas di Kabupaten Daerah Tertinggal dalam memenuhi hak kebutuhan dasarnya, yaitu hak atas kesehatan dan jaminan sosial. Pemenuhan hak bagi penyandang disabilitas di Kabupaten Daerah Tertinggal tersebut menjadi kendala yang cukup besar mengingat keterbatasan infrastrukturnya. Distribusi berbagai sarana pemenuhan hak itu sangat tergantung pada infrastruktur yang memadai. Namun, berbagai keterbatasan yang ada di Kabupaten Daerah Tertinggal tidak boleh menjadi alasan pembenar terabaikannya hak penyandang disabilitas untuk peningkatan kualitas hidupnya. Hal yang sangat menentukan dalam penanganan penyandang disabilitas adalah ada tidaknya perhatian dan dukungan nyata dari berbagai *stakeholder*, terutama Pemerintah Daerah.

Kebijakan Pemerintah menyangkut penyandang disabilitas secara umum telah diatur dari berbagai regulasi hukum diantaranya: Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on The Rights of Persons with Disabilities*, Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Namun, realitas implementasinya masih jauh dari tujuan peraturan tersebut. Jumlah penyandang disabilitas yang sedikit menjadikan semakin terabaikannya pemenuhan hak-hak dasar mereka sebagai warga negara. Keterbatasan infrastruktur di daerah tertinggal mengakibatkan Pemda setempat lebih memprioritaskan pembangunan fisik dibanding peningkatan kualitas penduduknya. Alokasi anggaran program bagi penyandang disabilitas sangat tidak memenuhi kebutuhan dasar mereka. Situasi dan kondisi ini pada akhirnya memposisikan mereka

sebagai beban masyarakat. Sesungguhnya kondisi tersebut merupakan eksklusi sosial yang diciptakan baik oleh masyarakat maupun pemerintah.

Penelitian ini telah dilakukan di Kabupaten Sukabumi dan Kabupaten Garut yang termasuk sebagai salah satu Kabupaten Daerah Tertinggal di Indonesia. Tingkat penyandang disabilitas yang cukup tinggi di kedua wilayah tersebut, ternyata belum diakomodir kebutuhan penyandang disabilitas ke dalam Perda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pemda setempat mengalami keterbatasan anggaran dalam program Jaminan Sosial bagi penyandang disabilitas. Pada kedua wilayah tersebut masih ditemukan adanya pandangan negatif (aib) dari masyarakat terhadap penyandang disabilitas. Sedangkan dalam pemenuhan hak kesehatan, penyandang disabilitas sesungguhnya dapat mengaksesnya melalui Jamkesmas dan Jamkesda. Namun fakta di lapangan sebagian besar penyandang disabilitas belum memperoleh kartu Jamkesmas maupun Jamkesda karena data yang dipergunakan masih sangat rancu. Beberapa hal tersebut menunjukkan upaya pemenuhan hak penyandang disabilitas di Kabupaten Daerah Tertinggal belum maksimal dilakukan, baik oleh masyarakat maupun oleh negara dan Pemda sebagai penyelenggara pemerintahan.

Melalui hasil penelitian ini diharapkan agar seluruh pihak terkait, baik Pemerintah Pusat dan Daerah, para pemerhati penyandang disabilitas, masyarakat termasuk penyandang disabilitas dapat mengetahui situasi dan kondisi hidup sebagai penyandang disabilitas di daerah tertinggal. Sehingga ke depannya diharapkan para penyandang disabilitas terutama yang hidup di daerah tertinggal dapat lebih mudah untuk memenuhi hak-haknya sebagai sesama warga negara.

Penelitian ini dapat terlaksana atas bantuan berbagai pihak. Untuk itu kami mengucapkan terima kasih terutama kepada berbagai instansi pemerintah terkait di Kabupaten Sukabumi dan Kabupaten Garut, para pemerhati penyandang disabilitas di Kabupaten Sukabumi

dan Kabupaten Garut, dan para narasumber lainnya yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu.

Jakarta, Desember 2013

Kepala Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan
Kebudayaan-LIPI

Ttd.

Dr. Endang Turmudi, MA

PENGANTAR PENERBIT

Penyandang disabilitas selalu menciptakan isu klasik. Sebagai warga negara, penyandang disabilitas seharusnya juga mendapatkan hak dan kesempatan yang sama. Namun, pada kenyataannya mereka masih mengalami diskriminasi dalam hampir setiap aspek kehidupan di masyarakat. Berdasarkan aturan hukum yang ada, tidak selayaknya penyandang disabilitas mengalami perlakuan berbeda dalam pemenuhan hak-haknya. Buku ini merupakan hasil penelitian tahun ketiga yang dilakukan oleh tim peneliti Implementasi HAM bagi Penyandang Disabilitas yang digagas oleh Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan LIPI.

Hasil penelitian ini mempunyai aspek strategis dalam kehidupan masyarakat di Indonesia yang baru pada tahap pemahaman mengenai HAM, terutama yang terkait dengan hak warga negara. Dalam proses penerimaan konsep HAM ke dalam nilai-nilai yang hidup di masyarakat itu, ada kelompok masyarakat tertentu yang semakin terabaikan haknya sebagai seorang warga negara salah satunya adalah penyandang disabilitas. Bahkan, sebagian besar dari mereka tidak tahu akan hak-haknya sebagai seorang warga negara. Semua lapisan masyarakat termasuk pemerintah memiliki kontribusi yang secara tidak langsung memarginalkan penyandang disabilitas di Indonesia dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk ketika penyandang disabilitas berada di kabupaten daerah tertinggal, seharusnya menjadi prioritas dengan memberikan kemudahan baginya dalam mengakses haknya secara utuh.

Buku yang berjudul “Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Hak Kesehatan dan Jaminan Sosial Bagi Penyandang Disabilitas di Kabupaten Daerah Tertinggal di Indonesia” ini terdiri enam bab. Bab pertama merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang dan kerangka konseptual terkait penyandang disabilitas. Bab dua merupakan penjelasan lebih rinci mengenai penyandang disabilitas

di Indonesia dan konsep mengenai daerah tertinggal. Bab tiga memaparkan tentang hak kesehatan dan jaminan sosial di daerah tertinggal. Dua bab berikutnya merupakan inti dari buku ini, merupakan analisis mengenai penyandang disabilitas di Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi. Analisa pada bab-bab ini menjelaskan mengenai kondisi penyandang disabilitas dalam upaya memenuhi hak kesehatan dan jaminan sosialnya serta peran serta dari Pemda dan masyarakat setempat terhadap penyandang disabilitas. Bab terakhir merupakan penutup yang berisi kesimpulan tentang potret penyandang disabilitas di kedua kabupaten dan beberapa alternatif gagasan untuk peningkatan pemenuhan hak-hak bagi penyandang disabilitas.

Buku ini menjadi sangat penting untuk dibaca karena buku ini memuat secara aktual kehidupan penyandang disabilitas di kabupaten daerah tertinggal dalam upaya memenuhi hak dasar mereka seperti hak kesehatan dan jaminan sosial. Akhir kata, kami selaku penerbit memberikan apresiasi tinggi kepada tim peneliti yang telah mengangkat isu penyandang disabilitas ke permukaan. Selanjutnya kepada pembaca, kami mengucapkan selamat membaca.

Jakarta, Desember 2013

Penerbit,

PT. Gading Inti Prima

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
PENGANTAR PENERBIT	v
DAFTAR ISI	vii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kerangka Konseptual.....	9
1.2.1 Daerah Tertinggal.....	9
1.2.2 Disabilitas dalam Konsep HAM Internasional.....	11
1.2.3 Model dan Konsep Disabilitas	18
1.2.3.1 Disabilitas Sebagai Model Individual Medis	18
1.2.3.2 Disabilitas Sebagai Model Individual-Sosial	20
1.2.3.3 Disabilitas Sebagai Model Pemenuhan Hak Asasi Manusia (<i>Human Rights</i>)	20
1.2.4 Disabilitas dan Kemiskinan.....	22

BAB II PENYANDANG DISABILITAS DAN DAERAH TERTINGGAL DI INDONESIA.....

2.1 Penyandang Disabilitas di Indonesia.....	29
2.1.1 Penyandang Disabilitas dalam Aturan Hukum	29
2.1.2 Jumlah Penyandang Disabilitas di Indonesia	32
2.2 Daerah Tertinggal	37
2.2.1 Gambaran Umum dan Karakteristik Daerah Tertinggal	38
2.2.2 Permasalahan-Permasalahan di Daerah Tertinggal	44
2.2.3 Pembangunan Daerah Tertinggal: Sebuah Upaya Aktif Pengentasan Ketertinggalan dan Kemiskinan	46
2.2.4 Kondisi Masyarakat di Daerah Tertinggal	48

2.3	Status Kabupaten Garut dan Sukabumi sebagai Daerah Tertinggal.....	50
2.4	Penyandang Disabilitas di Kabupaten Daerah Tertinggal.....	52

BAB III
HAK KESEHATAN DAN JAMINAN SOSIAL
BAGI PENYANDANG DISABILITAS
DI DAERAH TERTINGGAL 57

3.1	Hak Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas di Daerah Tertinggal.....	58
3.2	Hak Jaminan Sosial Bagi Penyandang Disabilitas di Daerah Tertinggal.....	74

BAB IV
PENYANDANG DISABILITAS
DI KABUPATEN SUKABUMI 85

4.1	Selayang Pandang Kabupaten Sukabumi.....	85
4.2	Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi.....	88
4.3	Hak Kesehatan Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi.....	102
4.4	Jaminan Sosial Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi.....	107
4.4.1	Program Usaha Ekonomi Produktif (UEP) dan Kelompok Usaha Bersama (KUBE) Bagi Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi	108
4.4.2	Program UILS Bagi Penyandang Disabilitas Mental di Kabupaten Sukabumi	112
4.5	<i>Social Awarness</i> (Pihak Keluarga dan Masyarakat) Terhadap Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi.....	118

BAB V
PENYANDANG DISABILITAS
DI KABUPATEN GARUT..... 123

5.1	Selayang Pandang Kabupaten Garut.....	123
5.2	Penyandang Disabilitas di Kabupaten Garut.....	125
5.3	Hak Kesehatan Penyandang Disabilitas di Kabupaten Garut.....	128
5.4	Jaminan Sosial bagi Penyandang Disabilitas di Kabupaten Garut....	135

5.5 *Social Awarness* (Pihak Masyarakat/LSM) Terhadap Penyandang Disabilitas di Kabupaten Garut 145

BAB VI
P E N U T U P 151

DAFTAR PUSTAKA 159

Lampiran 1

- “Matriks Perundang-Undangan Terkait Hak Kesehatan dan Jaminan Sosial Bagi Penyandang Disabilitas di Kabupaten Daerah Tertinggal”

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 telah disebutkan bahwa kedaulatan Negara dibangun berdasarkan kemanusiaan yang adil dan beradab dengan mewujudkan suatu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Negara dikatakan berdaulat bila rakyatnya mendapatkan haknya tanpa terkecuali. Cita-cita Negara dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar ini diperkuat oleh aturan dalam batang tubuhnya yang secara umum menegaskan bahwa setiap warga negara berhak tanpa terkecuali untuk menikmati haknya dalam rangka meningkatkan taraf hidupnya, termasuk para penyandang disabilitas. Pada dasarnya, pemerintah telah mengakomodir kebutuhan penyandang disabilitas melalui peraturan perundang-undangan secara khusus. Hal ini tampak dari beberapa instrumen hukum yang menjadi regulasi untuk pemenuhan hak-hak tersebut, misalnya Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat dan Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on The Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas). Namun, implementasi dari kedua perundang-undangan tersebut nampaknya masih jauh dari tujuannya.

Keberadaan penyandang disabilitas dalam sebuah kelompok masyarakat majemuk seringkali tidak nampak karena jumlahnya yang kecil dibanding kelompok masyarakat lainnya. Jumlah penyandang disabilitas menurut data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2009 mencapai 2.126.785 jiwa dengan perbandingan 1.130.000 penyandang disabilitas laki-laki dan 996.875 penyandang disabilitas perempuan. Prevalensi penyandang disabilitas mengalami kenaikan dari 0,74% pada tahun 2000 menjadi 0,92% pada tahun 2009. Menurut data tersebut, mayoritas penyandang disabilitas hidup di daerah perdesaan mencapai

1.198.185 jiwa (56,33%) sedangkan jumlah penyandang disabilitas yang hidup di daerah perkotaan sebesar 928.000 jiwa (43,67%).

Dalam kaitannya dengan penyandang disabilitas yang menjadi isu utama, ternyata jumlah penyandang disabilitas di kabupaten daerah tertinggal cukup besar jumlahnya dalam rasio cacah jiwa penduduknya. Di beberapa kabupaten/kota yang memiliki PAD cukup besar serta pendapatan per kapita penduduknya yang tinggi, kebutuhan ini dapat terpenuhi dengan berbagai upaya termasuk inisiatif masyarakatnya. Namun bagi penyandang disabilitas yang tinggal di wilayah yang termasuk daerah tertinggal maka kesempatan untuk mengakses pemenuhan haknya semakin tertutup. Hidup di daerah tertinggal bukanlah perkara yang mudah, apalagi bagi seseorang dengan disabilitas. Berbagai ketertinggalan dalam segala bidang, baik ekonomi, sumber daya manusia, sosial, hingga infrastruktur menjadi menu sehari-hari yang harus mereka hadapi. Bagi kabupaten yang termasuk daerah tertinggal titik berat pembangunan akan selalu memprioritaskan pada pembangunan infrastruktur sebelum membangun sumber daya manusia yang ada secara menyeluruh. Hal ini karena masyarakat di kabupaten daerah tertinggal merupakan masyarakat yang secara umum tertinggal dari masyarakat di maju/kota dalam berbagai aspek pembangunan. Faktor utamanya adalah terbatasnya infrastruktur sehingga berdampak pada aspek kehidupan lainnya. Pemerintah daerah di daerah tertinggal mengalami dilema dalam menjalankan kebijakan terkait pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas. Keterbatasan pemerintah daerah dalam pendanaan menjadi kendala utama dalam isu penanganan disabilitas.

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah berdampak pada peningkatan jumlah wilayah administrasi di Indonesia menjadi 398 kabupaten, 93 kota dan 33 provinsi. Namun, bertambahnya jumlah wilayah tersebut tidak diikuti dengan pertumbuhan ekonomi di Daerah Otonomi Baru (DOB). Menurut studi yang dilakukan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS) bekerja sama dengan *United Nation Development Programme* (UNDP) pada tahun 2008, tingkat pertumbuhan ekonomi

di daerah otonomi baru lebih rendah dibanding dengan tingkat pertumbuhan ekonomi di wilayah induk. Bertambahnya jumlah wilayah administrasi di Indonesia yang tidak disertai dengan tingkat pertumbuhan ekonomi akhirnya menyebabkan daerah tersebut menjadi daerah tertinggal. Berdasarkan data Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal tahun 2009, terdapat 183 kabupaten/kota termasuk Daerah Tertinggal dan sejumlah 34 kabupaten/kota daerah otonomi baru yang masuk kategori Daerah Tertinggal (DOB DT).

Pada Program Nasional Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Tahun 2009–2014, Pemerintah telah menempatkan isu daerah tertinggal, terdepan, terluar dan pasca konflik sebagai salah satu prioritas. Salah satu program pokoknya adalah Pemerintah akan mengentaskan sejumlah 50 kabupaten daerah tertinggal hingga tahun 2014. Hal tersebut dituangkan dalam Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 06B/HUK/2010 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial di 50 (lima puluh) kabupaten daerah tertinggal yang menjangkau masalah sosial di daerah tertinggal, yaitu fakir miskin, penyandang disabilitas, anak terlantar, komunitas adat terpencil, anak jalanan, gelandangan, dan pengemis atau tuna wisma. Keberadaan mereka di kabupaten daerah tertinggal itu ternyata cukup besar jumlahnya. Hal ini tentu saja menjadi masalah bagi pemerintah daerah setempat. Banyaknya jumlah penyandang disabilitas sama dengan tingginya angka kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh pemerintah daerah sebab kelompok ini memiliki kebutuhan yang berbeda dengan yang lain.

Hingga saat ini penyandang disabilitas yang tinggal di kabupaten atau kota yang telah maju *pun* ternyata masih mengalami kendala untuk mengakses haknya sebagai warga negara. Tidak hanya dari keterbatasan fasilitas yang diberikan oleh pemerintah saja (termasuk pemerintah daerah) namun masih adanya stigma bahwa penyandang disabilitas hanya menjadi beban bagi masyarakat saja. Hal itu seringkali didukung oleh keluarga penyandang disabilitas itu sendiri yang masih terkurung dalam budaya malu sehingga menjadi kendala utama ketika ada pihak yang menjadi agen dalam pemenuhan hak

penyandang disabilitas tersebut. Di kabupaten daerah tertinggal penyandang disabilitas menghadapi kesulitan dalam meningkatkan kualitas hidupnya, terutama dalam hal hak kesehatan dan jaminan sosialnya.

Secara umum, pembangunan infrastruktur sangat dipengaruhi jarak suatu wilayah dengan ibukota Negara (pemerintah pusat). Asumsinya bahwa pembangunan infrastruktur di sekitar ibukota Negara selalu lebih maju dibanding wilayah lain yang jauh letaknya. Namun ternyata asumsi ini tidak membuat seluruh kabupaten di sekitar ibukota Negara termasuk kabupaten yang maju dan mandiri. Beberapa kabupaten bahkan dinyatakan sebagai Daerah Tertinggal, misalnya Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi (Provinsi Jawa Barat). Di kedua kabupaten ini tingginya jumlah cacah jiwa penyandang disabilitas menjadi masalah yang wajib diprioritaskan mengingat pentingnya peningkatan kualitas hidup mereka untuk mengentaskan kedua kabupaten ini menjadi kabupaten terentaskan. Berdasarkan data Kementerian Sosial tahun 2010, jumlah penyandang disabilitas di Kabupaten Garut sebesar 8.047 jiwa dari 2.260.000 jiwa total penduduknya. Maka rasio penyandang disabilitas di Kabupaten Garut sebesar 3,56 per 1000 penduduk. Dapat diartikan bahwa setiap 281 jiwa penduduknya terdapat satu orang penduduk sebagai penyandang disabilitas. Sedangkan penyandang disabilitas di Kabupaten Sukabumi sejumlah 8.987 jiwa dari 2.210.000 jiwa total penduduknya. Maka rasio penyandang disabilitas di Kabupaten Sukabumi sebesar 4,66 per 1000 penduduk atau dapat dikatakan bahwa setiap 246 jiwa penduduknya terdapat 1 orang penduduk sebagai penyandang disabilitas.

Sebagai warga negara, penyandang disabilitas dengan segala keterbatasannya seharusnya tetap terpenuhi haknya oleh Negara. Keterbatasan itu seharusnya mendapatkan umpan balik (*feed back*) dari Pemerintah sebagai penjamin hak warganya dengan memberikan fasilitas yang memudahkan mereka mengakses haknya. Namun pada kenyataannya penyandang disabilitas masih mengalami diskriminasi dalam hampir setiap aspek kehidupan di masyarakat. Penyandang disabilitas selalu menciptakan isu sosial yang klasik. Mereka dengan

segala keterbatasannya (fisik dan/atau mental) pada akhirnya selalu menjadi beban karena minimnya kesempatan yang diberikan oleh lingkungannya. Namun, berdasarkan pada aturan hukum yang ada, tidak selayaknya penyandang disabilitas mengalami perlakuan diskriminasi pemenuhan hak-haknya.

Hak Asasi Manusia (HAM) merupakan hak dasar manusia yang harus dihormati oleh setiap anggota masyarakat dan dilindungi oleh negara, tanpa terkecuali penyandang disabilitas. Menurut Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia bahwa HAM merupakan seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Kuasa dan merupakan anugerahnya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh negara, hukum, pemerintah dan setiap orang, demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia. Dalam perspektif HAM setidaknya ada tiga kewajiban yang melekat pada penyelenggaraan Negara atas warga negaranya, yaitu kewajiban untuk menghormati (*to respect*), melindungi (*to protect*) dan memenuhi (*to fulfill*). Hal ini mengandung makna bahwa Negara memiliki tugas dan kewajiban untuk menghargai dan melindungi hak asasi bagi seluruh warga negaranya. Beberapa cara yang dapat dilakukan oleh penyelenggara negara terhadap penyandang disabilitas antara lain mengambil tindakan yang memadai dengan seluruh sumber daya yang ada untuk memfasilitasi penyandang disabilitas tanpa diskriminasi dan marginalisasi. HAM dewasa ini juga terkait dengan tanggung jawab sosial yang diartikan melalui bagaimana mengurangi kesenjangan sosial ekonomi dan menciptakan keadilan bersama. Perlindungan tersebut mutlak diberikan tanpa pengecualian dan tanpa perbedaan, seperti yang telah disebutkan di atas bahwa Negara Indonesia menjamin hak-hak penyandang disabilitas sebagai warga Negara. Keterbatasan baik fisik atau mental yang melekat seharusnya tidak menghilangkan perolehan hak penyandang disabilitas sebagai warga negara.

Dalam batang tubuh Undang-Undang Dasar 1945, beberapa pasal menjadi dasar pemenuhan hak warga negara yang tidak hanya menyangkut hak pendidikan dan kesehatan yang menjadi hak dasar manusia saja tapi juga dasar pemenuhan hak ekonomi yang menyangkut kelangsungan hidup dan kesejahteraan hidup. Pasal-pasal itu adalah:

- (1) Pasal 28 B ayat (2): setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi,
- (2) Pasal 28 C ayat (1): setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia,
- (3) Pasal 28 H ayat (1): setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan,
- (4) Pasal 28 H ayat (2): setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.
- (5) Pasal 28 H ayat (3): setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat,
- (6) Pasal 28 I ayat (2): Setiap orang berhak bebas dari perlakuan yang bersifat diskriminatif atas dasar apa pun dan berhak mendapatkan perlindungan terhadap perlakuan yang bersifat diskriminatif itu,
- (7) Pasal 31 ayat (1): setiap warga negara berhak mendapat pendidikan.
- (8) Pasal 31 ayat (2): setiap warga negara wajib mengikuti pendidikan dasar dan pemerintah wajib membiayainya,
- (9) Pasal 31 ayat (4): Negara memprioritaskan anggaran pendidikan sekurang-kurangnya 20% dari anggaran pendapatan dan belanja negara serta dari anggaran pendapatan dan belanja daerah untuk memenuhi kebutuhan penyelenggaraan pendidikan nasional,

- (10) Pasal 34 ayat (1): fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh Negara,
- (11) Pasal 34 ayat (2): Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan,
- (12) Pasal 34 ayat (3): Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Pasal-pasal di atas menunjukkan bahwa dalam pemenuhan hak-hak itu Negara wajib menjamin pelaksanaannya. Hak-hak yang disebutkan di atas merupakan bagian dari hak asasi yang sifatnya “aktif” di mana Negara harus secara aktif mengupayakan langkah-langkah guna menjamin terpenuhinya hak-hak tersebut. Jadi pelaksanaan hak-hak tersebut bukan menyangkut persoalan mampu tidaknya Negara untuk memenuhinya, namun Negara wajib memberikan fasilitas bagi setiap warganya untuk mengakses hak-haknya itu.

Secara hukum penyandang disabilitas telah diakomodir kebutuhannya oleh Negara (Pemerintah Pusat), namun berdasarkan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Pasal 10 ayat (3) maka urusan pemerintahan yang tidak menjadi urusan pemerintahan daerah adalah: (1) politik luar negeri, (2) pertahanan, (3) keamanan, (4) yustisi, (5) moneter dan fiskal nasional, dan (6) agama. Artinya, masalah penyandang disabilitas (termasuk masalah kesejahteraan sosial) dengan sendirinya menjadi urusan pemerintah daerah. Bagi kabupaten daerah tertinggal hal ini tentu saja menjadi urusan yang membutuhkan perhatian lebih besar mengingat kompleksitas urusan yang membuatnya terkategori sebagai Daerah Tertinggal. Terlepas dari semua aturan hukum yang telah dibuat untuk menjamin hak-hak penyandang disabilitas, sesungguhnya ada satu masalah mendasar yang menyangkut kelangsungan hidup penyandang disabilitas, yaitu apakah pemerintah telah menempatkan penyandang disabilitas sebagai salah satu unsur dalam pembangunan bangsa ini?

Berdasarkan kenyataan yang terjadi dalam penegakan hukum di masyarakat, terkait dengan pelaksanaan HAM bagi setiap warga negara di Indonesia, maka penelitian implementasi HAM bagi penyandang disabilitas di Indonesia pada tahun ketiga ini melihat secara mendalam tentang: (1) Persepsi seluruh seluruh *stakeholder* (elit pemerintah, masyarakat, dan penyandang disabilitas) terhadap penyandang disabilitas; dan (2) Mekanisme dan upaya pemenuhan hak bagi penyandang disabilitas. Secara spesifik buku ini akan membahas mengenai implementasi hak kesehatan dan jaminan sosial bagi penyandang disabilitas di kabupaten daerah tertinggal. Pemilihan lokasi penelitian ini adalah Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi (Provinsi Jawa Barat). Pemilihan lokasi ini didasarkan pada beberapa alasan. *Pertama*, Berdasarkan data dari Pusat Data dan Informasi (PUSDATIN) tahun 2010, penyandang disabilitas berat di seluruh Indonesia terbanyak di Provinsi Jawa Barat, Jawa Timur, Sumatera Utara dan Nusa Tenggara Timur. *Kedua*, kedua tempat penelitian merupakan kabupaten daerah tertinggal yang masuk prioritas program pengentasan kabupaten daerah tertinggal oleh pemerintah berdasarkan Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 06B/HUK/2010 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial di 50 (lima puluh) kabupaten daerah tertinggal. *Ketiga*, jarak kedua kabupaten tersebut dengan pemerintah pusat yang tidak membedakan jumlah penyandang disabilitas di kedua wilayah tersebut. Artinya, meskipun kedua kabupaten tersebut secara geografis berdekatan dengan wilayah pemerintahan pusat namun tetap memiliki jumlah penyandang disabilitas yang cukup banyak dan *Keempat*, kedua kabupaten daerah tertinggal tersebut mempunyai persamaan morfologis, yaitu daerah pegunungan dan pantai.

Hasil penelitian ini mempunyai aspek strategis dalam kehidupan masyarakat di Indonesia yang baru pada tahap pemahaman mengenai HAM, terutama yang terkait dengan hak warga negara. Konsep HAM selama ini baru berada pada tahap awal dalam tata kehidupan dimasyarakat yang masih cukup kental dengan budaya sehingga ketika terjadi pengabaian hak dasar seseorang juga dipandang

lazim bila sejalan dengan budaya dan ajaran agama yang dianutnya. Dalam proses penerimaan konsep HAM ke dalam nilai-nilai yang hidup di masyarakat itu, ada kelompok masyarakat tertentu yang semakin terabaikan haknya sebagai seorang warga negara salah satunya adalah penyandang disabilitas. Bahkan, sebagian besar dari mereka tidak tahu akan hak-haknya sebagai seorang warga negara. Semua lapisan masyarakat termasuk pemerintah memiliki kontribusi yang secara tidak langsung memarginalkan penyandang disabilitas di Indonesia dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk ketika penyandang disabilitas berada di kabupaten daerah tertinggal, seharusnya menjadi prioritas dengan memberikan kemudahan baginya dalam mengakses haknya secara utuh. Namun kenyataan yang terjadi masih banyak penyandang disabilitas yang tidak mampu mengakses haknya karena tidak mengetahui cara mengakses haknya atau bahkan sekadar menyuarakan kebutuhannya sebagai warga negara. Seharusnya, penyandang disabilitas tidak hanya sebagai obyek namun juga subyek yang seharusnya dilibatkan agar dapat meminimalisir resiko sekaligus pemenuhan hak kesehatan dan jaminan sosial.

1.2 Kerangka Konseptual

1.2.1 Daerah Tertinggal

Dalam upaya mengurangi daerah tertinggal, Pemerintah melalui Program Nasional akan mengentaskan 50 kabupaten daerah tertinggal hingga tahun 2014. Kompleksnya permasalahan yang dihadapi oleh daerah tertinggal berimbas kepada kesejahteraan sosial masyarakat termasuk didalamnya masalah penyandang disabilitas. Kesenjangan yang terjadi antar wilayah ditandai dengan rendahnya aksesibilitas pelayanan sarana dan prasarana ekonomi dan sosial di daerah tertinggal. Hal ini disebabkan minimnya akses pada permodalan, lapangan kerja, informasi, teknologi pendukung, dan pemasaran hasil-hasil produksi. Pada umumnya, daerah tertinggal memiliki kualitas sumber daya manusia yang rendah, yang dicirikan oleh Indeks Pembangunan Manusia (IPM), yaitu rendahnya Rata-rata Lama Sekolah (RLS), Angka Melek Huruf (AMH) dan Angka Harapan

Hidup (AHH). Daerah tertinggal juga memiliki keterbatasan prasarana dan sarana komunikasi, transportasi, air bersih, irigasi, kesehatan, pendidikan dan pelayanan lainnya sehingga mereka kesulitan melakukan aktivitas ekonomi dan sosial.

Daerah Tertinggal adalah daerah kabupaten yang relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional dan berpenduduk yang relatif tertinggal (Kementerian Daerah Tertinggal, 2010). Suatu daerah dikategorikan sebagai daerah tertinggal karena beberapa faktor penyebab, antara lain:

- (1) Geografis: secara geografis, umumnya Daerah Tertinggal relatif sulit dijangkau karena letaknya yang jauh di pedalaman, perbukitan/pegunungan, kepulauan, pesisir, dan pulau-pulau terpencil atau karena faktor geomorfologis lainnya sehingga sulit dijangkau oleh jaringan, baik transportasi maupun media komunikasi.
- (2) Sumber daya alam: beberapa Daerah Tertinggal tidak memiliki potensi sumber daya alam, daerah yang memiliki sumber daya alam yang besar namun lingkungan sekitarnya merupakan daerah yang dilindungi atau tidak dapat dieksploitasi, dan Daerah Tertinggal akibat pemanfaatan sumber daya alam yang berlebihan.
- (3) Sumber daya manusia: pada umumnya masyarakat di daerah tertinggal mempunyai tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan yang relatif rendah serta kelembagaan adat yang belum berkembang.
- (4) Prasarana dan sarana: keterbatasan sarana dan prasarana komunikasi, transportasi, air bersih, irigasi, kesehatan, pendidikan, dan pelayanan lainnya yang menyebabkan masyarakat di daerah tertinggal tersebut mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas ekonomi dan sosial.
- (5) Daerah Rawan Bencana dan Konflik Sosial: seringnya suatu daerah mengalami bencana alam dan konflik sosial dapat menyebabkan terganggunya kegiatan pembangunan sosial dan ekonomi.
- (6) Kebijakan pembangunan: suatu daerah menjadi tertinggal dapat disebabkan oleh beberapa kebijakan yang tidak tepat seperti kurang

memihak pada pembangunan daerah tertinggal, kesalahan pendekatan dan prioritas pembangunan, serta tidak dilibatkannya kelembagaan masyarakat adat dalam perencanaan dan pembangunan.

Penetapan kriteria Daerah Tertinggal dilakukan dengan menggunakan pendekatan berdasarkan pada perhitungan enam kriteria dasar, yaitu: perekonomian masyarakat, sumber daya manusia, prasarana (infrastruktur), kemampuan keuangan lokal, aksesibilitas dan karakteristik daerah, serta berdasarkan kabupaten yang berada di daerah perbatasan antar negara dan gugusan pulau-pulau kecil, daerah rawan bencana, dan daerah rawan konflik. Berdasarkan pendekatan tersebut, maka ditetapkan 183 kabupaten/kota termasuk daerah tertinggal dan sejumlah 34 kabupaten/kota daerah otonomi baru yang masuk kategori Daerah Tertinggal (DOB DT).

1.2.2 Disabilitas dalam Konsep HAM Internasional

Dalam lingkungan hukum internasional, hak warga negara ini juga dijamin dalam beberapa Resolusi Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa yang telah diratifikasi oleh negara-negara anggota PBB termasuk Indonesia. Beberapa kovenan dan konvensi internasional yang telah diratifikasi oleh Pemerintah Indonesia terkait dengan hak warga negara antara lain:

- (1) Kovenan International Hak-Hak Sipil Dan Politik (Resolusi Majelis Umum PBB 2200 A (XXI) 16 Desember 1966) yang diratifikasi dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2005,
- (2) Kovenan Internasional Hak-Hak Ekonomi, Sosial Dan Budaya (Resolusi Majelis Umum PBB 2200 A (XXI) 16 Desember 1966) yang diratifikasi dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005.

Dalam kedua kovenan tersebut setiap orang dijamin haknya oleh negara tanpa diskriminasi apapun. Begitu pula dengan penyandang disabilitas yang dapat dikategorikan sebagai Kelompok Rentan dan sekaligus sebagai minoritas dalam masyarakat.

Bagi penyandang disabilitas ada dua jenis kelompok hak, yaitu: (1) hak dasar (hak hidup, hak berkeluarga dan melanjutkan keturunan, hak mengembangkan diri, hak memperoleh keadilan, hak atas kebebasan pribadi, hak atas rasa aman, hak atas kesejahteraan, hak turut serta dalam pemerintahan, hak wanita dan hak anak); dan (2) hak penyandang disabilitas sebagai kelompok khusus, yaitu seperti yang tertuang dalam Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas. Konvensi ini mendasari perlunya pembedaan perlakuan terhadap penyandang disabilitas dalam memenuhi kebutuhan akan hak dasarnya. Penyandang disabilitas sebagai salah satu kelompok rentan yang melalui model medis dipandang memiliki konsekuensi untuk mendapatkan hak-hak yang setara dengan warga negara lainnya. Pencapaian kesetaraan dalam kesehatan dan kesejahteraan dengan keterbatasan fungsi tubuh dan mental itulah yang menempatkannya sebagai salah satu kelompok yang rentan sehingga perlu mendapatkan pembedaan perlakuan dalam mengakses pemenuhan hak dasarnya. Hak bagi para penyandang disabilitas merupakan hak bagi kelompok yang secara khusus ditujukan pada kelompok-kelompok yang dipandang terugikan (*deprived*) (Griffin, 2008:322).

Pada dasarnya, Pemerintah dapat dinilai cukup serius dalam pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas. Hal ini tampak dari beberapa instrumen hukum yang menjadi regulasi untuk pemenuhan hak-hak tersebut, misalnya Undang-Undang No. 4/1997 dan Undang-Undang No. 19/2011 yang merupakan ratifikasi Konvensi PBB terhadap penyandang disabilitas di dunia. Penandatanganan beberapa konvensi tersebut menunjukkan kesungguhan Indonesia untuk menghormati, melindungi, memenuhi, dan memajukan hak-hak penyandang disabilitas. Salah satunya persetujuan akan isi Konvensi tersebut adalah mengenai kewajiban Negara untuk merealisasikan hak yang termuat dalam Konvensi, melalui penyesuaian peraturan perundang-undangan, hukum dan administrasi dari setiap negara, termasuk mengubah peraturan perundang-undangan, kebiasaan dan praktik-praktik yang diskriminatif terhadap penyandang disabilitas, menjamin partisipasi penyandang disabilitas dalam segala aspek

kehidupan seperti pendidikan, kesehatan, pekerjaan, politik, olah raga, seni dan budaya, serta pemanfaatan teknologi, informasi dan komunikasi. Adapun tujuan dari konvensi ini adalah untuk mempromosikan, melindungi dan memastikan para penyandang disabilitas dapat menikmati secara penuh, dan setara semua hak asasi manusia dan kebebasan fundamental serta mempromosikan penghargaan terhadap harkat dan martabat mereka.

Konvensi ini menandai sebuah ‘pergeseran paradigma’ dalam perilaku dan pendekatan terhadap para penyandang disabilitas. Pendekatan ini tidak memandang penyandang disabilitas sebagai obyek kegiatan amal, perlakuan medis dan perlindungan sosial saja, namun melihat sebagai manusia yang memiliki hak yang mampu mendapatkan hak-haknya serta membuat keputusan terhadap hidup mereka sesuai dengan keinginan dan ijin yang diberikan seperti halnya anggota masyarakat lainnya. Konvensi tersebut menegaskan kembali bahwa penyandang disabilitas harus mempunyai hak-hak yang sama dengan orang tanpa disabilitas dan menekankan bahwa masyarakat harus menjunjung prinsip dukungan dan penyesuaian yang sewajarnya (*reasonable accommodation*) atas kebutuhan-kebutuhan mereka untuk menjamin partisipasi mereka secara maksimal. Konvensi tidak secara eksplisit menjabarkan mengenai definisi disabilitas. Pembukaan Konvensi menyatakan:

“...Disabilitas merupakan sebuah konsep yang terus berubah dan disabilitas adalah hasil interaksi antara orang yang penyandang disabilitas fisik maupun mental dengan hambatan perilaku dan lingkungan yang menghambat partisipasi yang penuh dan efektif ditengah masyarakat secara setara dengan orang lain...”

Dalam hal ini, disabilitas merupakan hasil interaksi antara masyarakat yang sifatnya tidak inklusif, contohnya seseorang yang menggunakan kursi roda dapat mengalami kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan, hal ini bukan karena menggunakan kursi roda namun karena ada hambatan-hambatan lingkungan. Misalnya, bis atau tangga yang tidak bisa mereka akses sehingga menghalangi akses mereka ke tempat kerja.

Pada dasarnya, konvensi ini memberikan pengakuan universal terhadap martabat penyandang disabilitas.

Dalam paradigma hak asasi bagi penyandang disabilitas terkandung empat nilai-nilai utama yang menjadi landasan dalam konteks disabilitas, yaitu:

- (1) Nilai harga diri, merupakan norma dasar dari terbentuknya hak asasi manusia. Hal ini mengandung arti bahwa setiap individu tidak dilihat berdasarkan tingkat ekonominya maupun keberfungsian, namun setiap individu seharusnya dilihat sebagai manusia yang berharga. Nilai harga diri merupakan faktor terpenting untuk merubah pandangan hak asasi manusia terhadap penyandang disabilitas. Dalam nilai-nilai harga diri mengandung arti bahwa penyandang disabilitas dianggap sebagai subyek yang berperan aktif dan bukan sebagai obyek yang perlu dikasihani maupun dilindungi. Perubahan penting akan terjadi ketika penyandang disabilitas memandang dirinya sendiri sebagai subyek dan masyarakat sekitar juga memandang mereka sebagai subyek.
- (2) Nilai otonomi, mengandung arti bahwa setiap penyandang disabilitas mempunyai kewenangan mengatur atas dirinya sendiri. Tidak ada pihak-pihak yang turut mencampuri penyandang disabilitas.
- (3) Nilai persamaan, mengandung arti bahwa setiap manusia tidak terkecuali penyandang disabilitas memiliki persamaan hak dalam kehidupan. Jika penyandang disabilitas di kehidupan masyarakat telah diakui persamaannya dengan non disabilitas, maka akan tercipta konstruksi sosial di masyarakat yang inklusif. Ada dua persepsi mengenai nilai persamaan, yaitu *pertama* nilai persamaan yang memfokuskan pada kebutuhan penyandang disabilitas yang dituangkan dalam peraturan dan kebijakan; *kedua* nilai persamaan yang melihat adanya kesempatan dalam persamaan. Salah satu contohnya adalah aksesibilitas bagi penyandang disabilitas dalam pelayanan transportasi, pelayanan komunikasi.
- (4) Nilai solidaritas, mengandung arti bahwa penyandang disabilitas membutuhkan dukungan sosial di masyarakat karena mereka juga

termasuk salah satu anggota masyarakat yang mempunyai hak yang sama dengan non disabilitas.

Dalam Pasal 5 Undang-Undang No. 4/1997 menjamin mempunyai hak dan kesempatan yang sama dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan. Kesempatan itu merupakan hak dan menjadi kewajiban bagi Negara untuk memenuhinya. Hak yang paling mendasar bagi seorang penyandang disabilitas adalah hak kesehatan karena dengan kesehatan yang optimal maka seorang penyandang disabilitas yang telah mendapatkan rehabilitasi medik (fisik dan mental) dan sosial (*prevocasional training*) maka dia mampu untuk berkarya memenuhi hak hidupnya. Namun demikian bagi sebagian penyandang disabilitas yang berasal dari keluarga miskin, terlebih lagi mereka yang tergolong disabilitas berat, jaminan sosial dari Negara tetap menjadi hak yang wajib mereka dapatkan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sekaligus meningkatkan kualitas hidupnya. Kedua hal ini diatur dalam Pasal 6 angka 5 yaitu: “Setiap penyandang cacat (disabilitas) berhak memperoleh rehabilitasi, bantuan sosial, dan pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial”.

Dalam Amandemen IV UUD 1945 pada tahun 2002, kedudukan program jaminan sosial dipertegas dalam Pasal 34 ayat 2 yang menyatakan bahwa Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Sistem jaminan sosial yang diberlakukan di Indonesia adalah Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan dituangkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dalam Pasal 1 angka 1 undang-undang ini menyatakan bahwa jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Jaminan sosial pada dasarnya diperlukan apabila terjadi hal-hal yang tidak dikehendaki yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan seseorang (karena usia lanjut/pensiun), maupun karena gangguan kesehatan, disabilitas, dan kehilangan pekerjaan. Adapun hak-hak penyandang disabilitas untuk mendapatkan jaminan sosial

lebih lanjut diatur dalam Pasal 1 angka 11 Undang-Undang No. 11/2009 tentang Kesejahteraan Sosial. Jaminan sosial sendiri memiliki beberapa definisi. Guy Standing sebagaimana dikutip oleh Sulastomo (2011: 16) menyebutkan pengertian dari jaminan sosial sebagai:

“Social security, is a system for providing income security to deal with the contingency risks of life—sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death; the provision of medical care, and the provision of subsidies for families with children.”

Sedangkan jaminan sosial menurut *International Labour Organization* (ILO) Convention 102 (ILO, 2002) adalah:

“Social security is the protection which society provides for its members through a series of public measures: (1) to offset the absence or substantial reduction of income from work resulting from various contingencies (notably sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death of the breadwinner); (2) to provide people with health care; and (3) to provide benefits for families with children.”

Dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 disebutkan bahwa penyandang disabilitas termasuk salah satu kelompok rentan (*vulnerable groups*) yang perlu mendapatkan rehabilitasi sosial. Hal ini tampak dari tiga sistem pelayanan dan rehabilitasi sosial yang dilakukan oleh kementerian sosial, yaitu:

- (1) *Institutional-based* yang mencakup program reguler, multilayanan, dan multitarget group melalui *day care* dan subsidi silang, dan program khusus yang meliputi *outreach* (penjangkauan), Unit Pelayanan Sosial Keliling (UPSK), dan bantuan ahli kepada organisasi sosial dan rehabilitasi sosial berbasis masyarakat.
- (2) *Non institutional-based* yang mencakup pelayanan pendampingan dengan pendekatan *family-based* dan *community-based* yang menyelenggarakan Rehabilitasi Berbasis Masyarakat (RBM).

- (3) Pelayanan sosial lainnya mencakup Loka Bina Karya, Praktik Belajar Kerja (PBK), Usaha Ekonomi Produktif/Kelompok Usaha Bersama (UEP/KUBE).

Salah satu bentuk jaminan sosial yang telah dilakukan oleh Pemerintah adalah Program Pemberian Bantuan Dana Jaminan Sosial bagi penyandang disabilitas berat sejak tahun 2006 dalam bentuk Jaminan Sosial Penyandang Disabilitas (JSPD). Program ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar penyandang disabilitas berat sehingga taraf kesejahteraan sosialnya terpelihara. Sasaran program ini adalah penyandang disabilitas dengan kriteria tertentu (disabilitas berat) di mana mereka diberikan bantuan sosial dalam bentuk uang tunai sebesar Rp.300.000 per orang per bulan selama setahun. Hingga tahun 2009 tercatat 17.000 penyandang disabilitas di 30 provinsi yang telah menerima bantuan jaminan sosial ini. Program JSPD baru menjangkau jumlah yang sangat terbatas. Hal ini disebabkan keterbatasan anggaran Pemerintah Pusat (Kementerian Sosial) dan sistem pendataan penyandang disabilitas di Indonesia yang belum terpantau secara maksimal. Keduanya membutuhkan dana pendampingan dari Pemerintah Daerah untuk menjamin keberlangsungan program dan untuk meningkatkan jumlah penyandang disabilitas berat yang dapat menerima program tersebut. Selain itu, Kementerian Sosial telah melakukan pemberdayaan bagi penyandang disabilitas melalui rehabilitasi vokasional. Rehabilitasi vokasional adalah suatu proses rehabilitasi secara berkesinambungan dan terpadu yang menyediakan pelayanan (bimbingan kerja, pelatihan kerja dan penempatan kerja) untuk memungkinkan penyandang disabilitas memperoleh pekerjaan yang tepat. Upaya ini bertujuan untuk meminimalisir hambatan yang dialami oleh penyandang disabilitas ketika memasuki dunia kerja.

Mengacu pada hak kesehatan, pemenuhan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat termasuk penyandang disabilitas secara ideal diselenggarakan melalui upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan masyarakat. Upaya ini diatur dalam Pasal 47 sampai Pasal 50 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Upaya kesehatan

dapat dilakukan dalam bentuk kegiatan pendekatan *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* yang terpadu dan berkesinambungan bagi semua anggota masyarakat. Menurut data Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) Kementerian Kesehatan, persentase jumlah penyandang disabilitas mengalami peningkatan dari 12,7% menjadi 21,3% dan sebesar 80% penyandang disabilitas berada di wilayah perdesaan maupun wilayah tertinggal dan terpencil. Penyebab tertinggi faktor disabilitas adalah faktor penyakit (gizi buruk) sebesar 806.619 jiwa penduduk (50,38%) (SUSENAS-BPS, 1998).

1.2.3 Model dan Konsep Disabilitas

Dalam beberapa dekade, model dan konsep disabilitas mengalami perkembangan, yaitu: (1) konsep disabilitas sebagai model individual medis; (2) konsep disabilitas sebagai model individual secara sosial; dan (3) konsep disabilitas yang memandang dari pendekatan hak asasi manusia.

1.2.3.1 Disabilitas Sebagai Model Individual Medis

Pada tahap mulanya, disabilitas dipandang secara medis. Konsep model individual medis ini berfokus pada hal-hal yang bersifat individu, yaitu melihat ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas tertentu yang disebabkan tidak berfungsinya anatomi tubuh/mental dan atau intelektual yang disebabkan oleh kelainan atau kerusakan anatomi tubuh atau mental dan atau intelektual seseorang. Pandangan ini menegaskan bahwa disabilitas yang dialami oleh seseorang tergantung pada status medis. Penyebutan kalimat 'cacat' masih dipergunakan dalam konsep ini. Kecacatan dipahami sebagai ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas yang dianggap normal atau layak akibat *impairment* yang dialaminya. Istilah cacat, lemah tubuh, handikap dalam sejarahnya menurut Finkelstein (1991 dalam Irwanto, 2010: 62) muncul dari usulan para profesional medis atau ahli kesehatan dan belakangan diterima oleh kalangan pekerja sosial. Konsep-konsep ini cenderung berangkat dari premis dasarnya bahwa seorang individu yang menderita cacat adalah lokus satu-

satunya dari masalah apapun yang dihadapi oleh orang itu. Perspektif medis menurut Linton (1998) menyiratkan suatu permintaan untuk para penyandang cacat dalam tanggung jawab mereka sendiri harus menyesuaikan diri dengan lingkungan mereka tanpa meletakkan kewajiban yang sejalan pada para pembuat kebijakan untuk menciptakan suatu lingkungan yang dapat diakomodasikan pada kebutuhan-kebutuhan dan keinginan-keinginan komunitas para penyandang cacat (Linton, 1998 dalam Irwanto, 2010:63).

Untuk dapat melakukan aktivitas maka orang yang mengalami kelainan fungsi anatomi tubuh atau mental perlu mendapatkan rehabilitasi¹ agar dapat berfungsi kembali secara normal. Hal ini didasari bahwa apabila ketidaknormalan fungsi atau kerusakan struktur anatomi dapat disembuhkan, maka seorang penyandang cacat akan dapat melakukan aktivitas dengan layak. Menurut model ini, kecacatan yang disebabkan oleh *impairment* adalah suatu kondisi yang bisa disembuhkan. Dalam model ini, suatu kondisi dari seorang penyandang cacat merupakan hal yang fleksibel atau dapat diubah, sementara lingkungan dari penyandang cacat itu berada dilihat sebagai suatu kondisi yang tidak mungkin berubah. Dalam hal ini, penyandang cacat dituntut untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Model individual secara medis ini mendapat kritikan karena hanya memusatkan persoalan disabilitas pada tidak berfungsinya anatomi tubuh atau mental dan mengabaikan faktor sosial lainnya. Konsep yang dipakai pada model individual atau model medis ini, berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan dan organisasi bagi penyandang cacat, misalnya unit pelayanan penyandang cacat tubuh, unit pelayanan penyandang cacat netra, dan lain-lain. Pada konsep ini, penyandang disabilitas masih ditempatkan sebagai obyek dan hanya berdasar pada penampilan fisik.

¹Rehabilitasi adalah suatu proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan penyandang cacat mampu hidup dalam kehidupan masyarakat. Proses ini meliputi rehabilitasi medik, sosial, pendidikan dan vokasional.

1.2.3.2 Disabilitas Sebagai Model Individual-Sosial

Sebagai respon terhadap kritik disabilitas sebagai model individual medis, maka pada dekade 1970-an muncul pandangan baru dalam kajian disabilitas yaitu konsep disabilitas sebagai model individual sosial (Shakespeare dan Watson, 2002: 9-28). Pendekatan ini dikembangkan oleh penyandang disabilitas sendiri. Paradigma model sosial ini berbeda dengan paradigma sebelumnya yang mengatakan bahwa disabilitas adalah manusia yang tidak normal. Disabilitas menurut paradigma ini, sebenarnya disebabkan oleh struktur sosial masyarakat dan bukan oleh disabilitas yang dimiliki. Model sosial ini mempunyai tujuan untuk menghapus segala penindasan dan eksklusi sosial terhadap penyandang disabilitas, dan mewujudkan terjaminnya partisipasi penuh penyandang disabilitas dalam masyarakat dengan memperhatikan kebutuhan khusus bagi penyandang disabilitas. Namun, pengadaan kebutuhan khusus bagi penyandang disabilitas cenderung bersifat eksklusif dan terpisah dari masyarakat (contoh: berdirinya SLB). Pada konsep ini pembangunan pusat rehabilitasi semakin bermunculan. Pada konsep ini, penyandang disabilitas masih berada dalam posisi sebagai obyek dan cenderung bersifat pasif. Dalam konsep ini juga dikenal adanya paradigma karitas bagi penyandang disabilitas.

1.2.3.3 Disabilitas Sebagai Model Pemenuhan Hak Asasi (Human Rights)

Dewasa ini, terjadi pergeseran konsep disabilitas yang memandang disabilitas sebagai model pemenuhan hak asasi manusia. Pada pendekatan *human rights*, ini melihat bahwa tidak ada hubungan antara kelainan anatomi fisik atau mental dengan keberfungsian sosialnya, kecuali disebabkan adanya bentuk diskriminasi baik secara ekonomi, budaya, sosial, sipil maupun politik (Direktorat Rehabilitasi Sosial Orang Dengan Kecacatan Kementerian Sosial, 2012: 22-23). Dalam model ini memandang permasalahan disabilitas sebagai bentuk penindasan kelas sosial atau struktural yang memperlakukan penyandang disabilitas dalam bentuk diskriminasi. Model ini melihat bahwa keberfungsian fisik atau mental tidak dengan sendirinya menjadi

faktor penentu seseorang dapat beraktifitas dan berpartisipasi dalam masyarakat. Keberfungsian sosial seseorang juga ditentukan dengan cara bagaimana struktur masyarakat menerimanya. Penyandang disabilitas dipandang sebagai manusia yang memiliki harkat dan martabat yang sama dengan yang lainnya. Oleh karena itu, hak penyandang disabilitas perlu dilindungi dan dijamin dalam kelembagaan struktur di masyarakat. Pendekatan *human rights* ini diadopsi hampir seluruh negara yang memandang pentingnya upaya perlindungan dan pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas sebagai bagian penting dari masyarakat.

Di Indonesia, konsep mengenai disabilitas mulai mengalami pergeseran kearah pendekatan berbasis *human rights*. Dengan adanya ratifikasi Konvensi CRPD, mengandung arti bahwa Pemerintah tidak hanya bertanggung jawab dalam negeri saja namun juga ikut mempertanggung jawabkan kepada dunia internasional (setiap dua tahun sekali pemerintah harus melaporkan). Meskipun dalam tataran pelaksanaannya di masyarakat masih belum terlepas dari pendekatan disabilitas baik secara medis maupun sosial. Penyandang disabilitas di Indonesia masih dilihat dengan stigma negatif yang masih memosisikan mereka sebagai beban di masyarakat.

Hambatan lainnya adalah kurangnya informasi yang benar mengenai keberadaan mereka di masyarakat. Penyandang disabilitas di Indonesia juga mengalami kesulitan dalam mengakses informasi, pendidikan, pekerjaan, transportasi serta sarana dan layanan publik lainnya. Kondisi ini membuat penyandang disabilitas di Indonesia termasuk dalam kelompok miskin dan terpinggirkan. *Mindset* yang masih berkembang di masyarakat adalah masih menganggap penyandang disabilitas sebagai obyek belas kasih. Perbedaan fungsi penyandang disabilitas dianggap sebagai ketidak-mampuan fisik oleh sebagian besar masyarakat. Sehingga eksklusi sosial yang terbentuk di masyarakat, menganggap bahwa penyandang disabilitas perlu untuk dikasihani dan bukan untuk diberdayakan. Eksklusi sosial ini semakin didukung dengan minimnya aksesibilitas transportasi umum bagi penyandang disabilitas. Hal ini setidaknya menjadi permasalahan juga

bagi pemerintah, dikarenakan 62% total penyandang disabilitas hidup di Pulau Jawa yang luasnya hanya 7,2% dari total wilayah Indonesia. Apabila pemerintah lebih menyediakan kemudahan akses transportasi umum bagi penyandang disabilitas setidaknya penyandang disabilitas dapat lebih mudah untuk hidup mandiri dan melaksanakan aktivitas sosialnya. Dengan adanya Ratifikasi CRPD ini menuntut upaya maksimal dari pemerintah untuk memandang penyandang disabilitas sebagai warga negara sama seperti lainnya.

1.2.4 Disabilitas dan Kemiskinan

Bila ditelusuri lebih jauh, penyandang disabilitas berada di wilayah perdesaan (termasuk daerah tertinggal dan terpencil), yaitu sebesar 1.198.185 jiwa penduduk (72,23%) dari total penduduk pada tahun 2009 yang menderita disabilitas sebesar 2.126.785 jiwa penduduk. Jumlah penyandang disabilitas dipastikan akan mengalami peningkatan setiap tahunnya. Disabilitas masih sering dianggap tidak berhubungan dengan isu pembangunan yang marak terjadi di negara berkembang (termasuk juga Indonesia). Hasil dari World Bank tahun 2000 menunjukkan bahwa setengah miliar dari penduduk yang mempunyai disabilitas berada dalam taraf ekonomi paling miskin di antara kategori miskin (Metts, 2000) dan diestimasi bahwa 15-20% penyandang disabilitas dengan ekonomi miskin berada di negara berkembang (Elwan, 1999). Bagaimanapun penyandang disabilitas termasuk sebagai salah satu warga negara yang turut mempunyai andil dalam proses pembangunan bangsa, sebagaimana diungkapkan oleh Hellen Lee (1999: 8):

“...However, most disability issue are important to all development: equality, empowerment, human rights, poverty and marginalization...”

Faktor kemiskinan yang diderita oleh masyarakat perdesaan maupun masyarakat daerah tertinggal merupakan permasalahan kompleks. Ketika daya beli konsumsi makan masyarakat tidak ada maka yang akan terjadi adalah kekurangan gizi terutama bagi ibu hamil sehingga *intake* makanan yang berupa zat-zat penting tidak dapat

disuplai oleh plasenta ke tubuh bayi sehingga dapat mengakibatkan bayi lahir dengan kondisi disabilitas fisik maupun mental. Faktor-faktor tersebut sebenarnya dapat dicegah sehingga tidak menambah jumlah penyandang disabilitas terutama di kabupaten daerah tertinggal. Jika permasalahan ini tidak segera diatasi akan berdampak pada pembangunan bangsa karena berhubungan dengan kualitas sumber daya manusia yang dimiliki Indonesia. Kemiskinan dan disabilitas sangatlah terkait satu sama lain. Disabilitas membuat orang menjadi semakin miskin karena terbatasnya kesempatan untuk mendapatkan pendidikan dan mengembangkan keterampilan (Lee, 1999: 5):

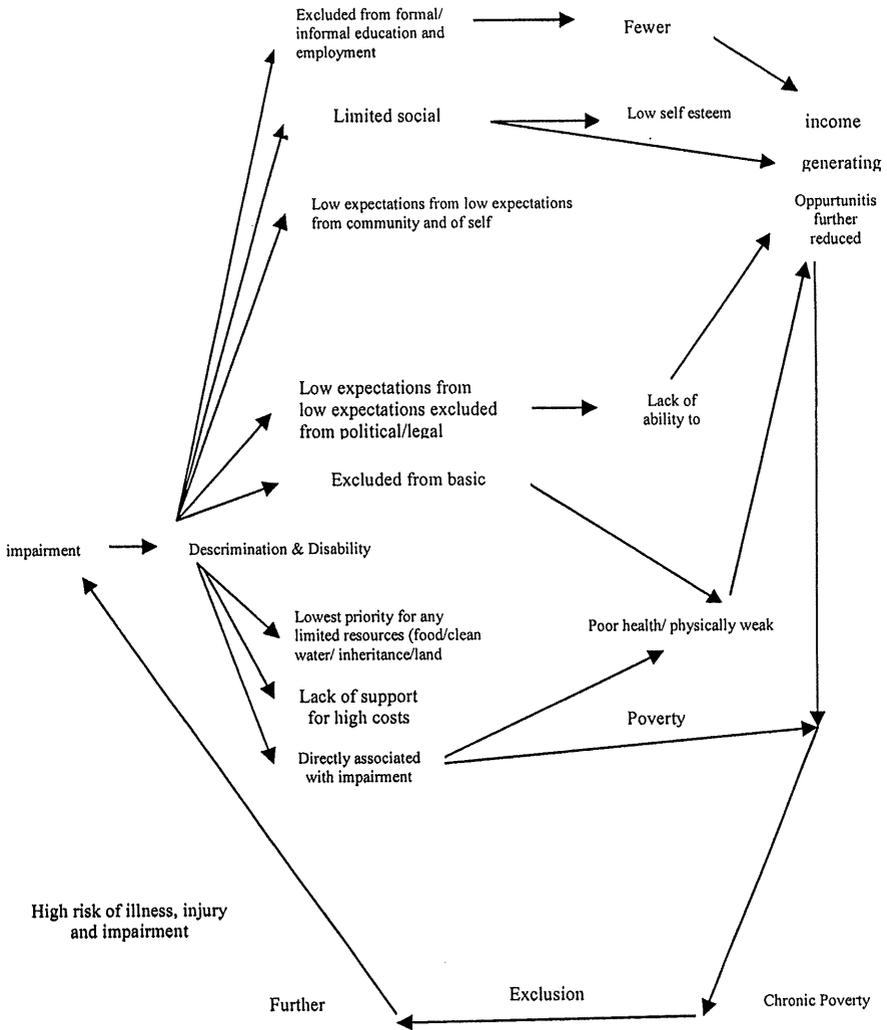
“...Because disability and poverty are inextricably linked, poverty can never be eradicated until disabled people enjoy equal rights with non-disabled people...”

Penyandang disabilitas seringkali dikecualikan (*exclude factor*) di semua bidang baik sektor sosial, ekonomi dan keterlibatan secara politik karena seringkali tidak mempunyai kekuatan penuh dalam ikut terlibat dalam pengambilan keputusan. Pengumpulan data tentang jumlah penyandang disabilitas tidak pernah menjadi prioritas dalam pembuatan kebijakan. Kecilnya cacah jiwa penyandang disabilitas di masyarakat mengakibatkan keberadaan mereka tidak nampak. Terdapat beberapa faktor yang turut mendukungnya diantaranya adalah masih adanya stigma malu di keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan disabilitas. Stigma itulah yang mendorong keluarga untuk tidak membiarkan mereka bersosialisasi di masyarakat. Faktor stigma merupakan sebagai faktor awal pemicu tereksklusinya penyandang disabilitas. Hubungan antara disabilitas dengan kemiskinan sangat bervariasi yang tidak hanya ditunjukkan dengan tingkat ekonomi. Perlu adanya penekanan bahwa kemiskinan pada disabilitas tidak selalu berkaitan dengan pendapatan tetapi juga erat berkaitan dengan eksklusi sosial dan ketidakberdayaan. Simon Maxwell (1998) menulis bahwa seseorang menjadi miskin dikarenakan mereka tereksklusi sosial oleh masyarakat yang berdasarkan pada status, hak istimewa, ras dan gender (Maxwell dalam Yeo, 2001: 11). Eksklusi mengarah pada rendahnya sumber daya, tingkat kesehatan yang rendah dan tingkat pendidikan

yang rendah. Dalam hal ini masalah disabilitas menjadi sangat kompleks jika dikaitkan dengan tingkat ekonomi dan eksklusi sosial di masyarakat. Dijelaskan pada Gambar 1.

Penyandang disabilitas membutuhkan keterlibatan lintas sektor. Tidak hanya dibutuhkan campur tangan pemerintah (pusat dan daerah), namun juga keterlibatan aktif dari masyarakat sangat membantu terwujudnya lingkungan yang inklusif. Terminologi partisipasi aktif dari masyarakat yakni partisipasi yang muncul karena adanya kesadaran masyarakat dengan sukarela ikut terlibat pada kegiatan itu. Untuk mendapatkan partisipasi aktif, suatu kegiatan dilakukan dengan pendekatan yang bersifat *bottom-up* yang menempatkan masyarakat sebagai subyek dari suatu kegiatan. Boyle (1981) mengemukakan akan pentingnya partisipasi, yaitu: (1) partisipasi warga komunitas dalam suatu kegiatan dapat dianggap sebagai suatu upaya untuk mendidik warga komunitas tersebut. Hal ini penting karena akan menghasilkan pengertian konsensus, rasa tanggung jawab dan keputusan yang bijaksana; (2) partisipasi itu sendiri merupakan suatu tujuan yang hendak dicapai; (3) partisipasi itu juga merupakan suatu aktivitas yang digalakkan untuk lahirnya inisiatif, kreatifitas, kepercayaan diri dan lahirnya keswadayaan masyarakat; dan (4) keterlibatan masyarakat akan memberikan informasi yang lebih akurat tentang keinginan dan kebutuhan masyarakat setempat dan untuk menghindari salah pengertian para petugas (Boyle dalam Hartono, 2007: 40). Melihat pentingnya partisipasi masyarakat terhadap penyandang disabilitas, beberapa kebijakan telah dilakukan di beberapa daerah seperti keterlibatan kader RBM dan masyarakat dalam melakukan program *outreach* bagi penyandang disabilitas di masyarakat.

Gambar 1. Keterkaitan Disabilitas dan Kemiskinan



Sumber: Maxwell, Simon. 1998. "The Guardian". Dalam Rebecca Yeo. 2001. *Chronic Poverty and Dissability*. Action on Dissability and Development. Hlm. 11. Somerset: Chronic Poverty Research Centre.

Keterkaitan antara penyandang disabilitas dengan hak asasi manusia adalah bahwa mereka juga memiliki hak asasi sebagaimana manusia pada umumnya. Tanpa adanya pengecualian tersebut, penyandang disabilitas juga memiliki hak yang harus dipenuhi. Pemenuhan hak mereka akan terlaksana dengan baik jika didukung oleh instrumen hukum yang kuat serta kepedulian pemerintah dan masyarakat terhadap para penyandang disabilitas. Kepedulian merupakan prasyarat tidak tertulis dalam menangani isu disabilitas, karena persepsi sosial masyarakat terhadap para penyandang disabilitas masih beragam dan cenderung negatif. Tanpa adanya kepedulian yang tumbuh dari masing-masing pribadi yang *concern* terhadap para penyandang disabilitas, pemenuhan terhadap hak-hak mereka akan melewati jalan yang amat panjang.

Penyandang disabilitas adalah bagian dari masyarakat, meskipun di dalam kehidupan bermasyarakat itu sendiri muncul berbagai sikap sosial terhadap mereka ini. Herbert C. Covey dalam Chaim (2007: 12–13) melakukan survey mengenai sikap sosial masyarakat terhadap penyandang disabilitas. Beberapa sikap sosial masyarakat terhadap penyandang disabilitas menurut Covey di dalam buku tersebut, diantaranya:

a. Manusia kelas dua

Hal ini didasari adanya keyakinan yang membedakan manusia dengan binatang. Pada abad pertengahan, orang dengan penderita kusta dianggap lebih sebagai binatang daripada manusia. Dan, orang dengan perkembangan yang lambat dianggap kurang dari manusia lengkap. Akibatnya, mereka kadang tidak dirawat dan tinggal di luar lingkungan keluarga.

b. Memiliki bakat khusus

Beberapa penyandang disabilitas memiliki kemampuan khusus dalam bidang-bidang tertentu, misalnya kejelian, bakat musik, dan sebagainya. Kelebihan kemampuan ini merupakan karunia Tuhan sebagaimana diungkapkan oleh al-Mishrawi, seorang ilmuwan muslim abad 20.

- c. Iblis (jahat)
Orang lumpuh (cacat) digambarkan sebagai setan. Shakespeare dalam karyanya menggambarkan Richard ke-3 sebagai raja yang cacat dengan kepribadian jahat (iblis). Padahal, dalam kenyataan tidak demikian, penggambaran demikian karena persepsi publik bahwa orang lumpuh (cacat) itu memiliki karakter iblis (jahat).
- d. Layak dikasihani dan disantuni
Dalam seni sering ditampilkan bahwa penyandang disabilitas mendapat santunan atau mereka mengemis untuk memenuhi kebutuhan mereka.
- e. Sebagai kambing hitam
Masyarakat sering menyalahkan penyandang disabilitas atas terjadinya kekeringan, perang, penyakit, dan kematian yang tak dapat dijelaskan. Mereka merupakan sasaran empuk atas tuduhan-tuduhan tersebut, karena mereka tidak mampu membela diri.
- f. Menghibur
Pertunjukan yang menampilkan orang gila atau penyandang disabilitas fisik adalah bagian dari hiburan umum. Seorang pemilik rumah sakit jiwa menarik biaya untuk menampilkan pasien-pasien mereka.
- g. Kekanak-kanakan
Karakteristik ini cocok bagi mereka yang mengalami keterbelakangan mental dan hambatan perkembangan. Oleh sebab itu, mereka diperlakukan dengan rendah.
- h. Pendosa dan kriminal
Mereka (penyandang disabilitas) itu sudah ditakdirkan dan terkutuk.
- i. Hiperaktif secara seksual
Sikap sosial ini diterapkan untuk membatasi gerak mereka dan interaksi sosialnya.

Bagaimana pun juga, semua sikap sosial terhadap penyandang disabilitas yang muncul di masyarakat tak lain untuk membedakan mereka dengan non-penyandang disabilitas. Sikap ini sebenarnya memunculkan diskriminasi terhadap mereka. Akan tetapi, dalam perkembangan modern sekarang ini, seharusnya sikap sosial terhadap penyandang disabilitas sudah mengarah kepada kesetaraan, sama-sama sebagai manusia yang memiliki hak asasi manusia. Kesadaran bahwa penyandang disabilitas juga merupakan warga negara yang memiliki hak dan kewajiban yang sama di mata hukum diharapkan semakin meningkat di masyarakat.

BAB II

PENYANDANG DISABILITAS DAN DAERAH TERTINGGAL DI INDONESIA

2.1 Penyandang Disabilitas di Indonesia

2.1.1 Penyandang Disabilitas dalam Aturan Hukum

Dalam dunia internasional melalui Deklarasi Hak Penyandang Cacat Resolusi 3447 (XXX) tanggal 9 Desember 1975 disebutkan bahwa penyandang disabilitas, apa pun asal usul, sifat dan keseriusan kedisabilitasan dan ketidak-mampuan mereka, memiliki hak-hak dasar yang sama dengan warga negara lain yang berusia sama, yang terutama termasuk hak untuk menikmati kehidupan yang layak, senormal dan sepuh mungkin. World Health Organization (WHO) pada tahun 1992 telah merevisi dokumen *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* yang dianggap berbagai pihak pada definisi sebelumnya masih melihat dari sisi kesehatan. Menurut klasifikasi WHO, pada dasarnya yang termasuk ke dalam kategori penyandang disabilitas adalah:

(1) *Impairment*

Kondisi hilangnya struktur atau fungsi psikologis, fisiologis, atau anatomis. Contoh dari kategori *impairment* ini adalah kebutaan, tuli, kelumpuhan, amputasi pada anggota tubuh, gangguan mental (keterbelakangan mental) atau penglihatan yang tidak normal. *Impairment* lebih disebabkan faktor internal atau biologis dari individu;

(2) *Disability*

Kondisi keterbatasan atau ketidakmampuan sebagai akibat dari suatu *impairment* untuk melakukan suatu kegiatan atau aktifitas;

(3) *Handicap*

Ketidak-mampuan seseorang di dalam menjalankan peran sosial-ekonominya sebagai akibat dari *impairment* dan *disability*.

Handicap lebih dipengaruhi faktor eksternal penyandang disabilitas, seperti eksklusi sosial di masyarakat atau karena stigma budaya yang masih memandang negatif penyandang disabilitas. Berdasarkan terminologi tersebut, *impairment* memiliki aspek permanen sedangkan *disability* tergantung pada kegiatan yang dilakukan oleh seorang individu dan *handicap* merupakan kerugian yang dihadapi individu dalam menjalin hubungan dengan individu lain.

Dalam pengertian di atas dapat diketahui bahwa akibat adanya *impairment* atau *handicap* yang menyebabkan menjadi disabilitas yaitu kondisi keterbatasan atau kurangnya kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan sehari-hari.

Pada dasarnya, menurut Lynch dan Lewis (1988, dalam Demartoto, 2005: 4) seorang penyandang disabilitas memiliki empat permasalahan besar, yaitu: (1) keterbatasan dalam mobilitas; (2) banyak waktu yang sia-sia, karena harus sering berurusan dengan rumah sakit akibat masalah kesehatan yang berkelanjutan; (3) stereotip atau konsepsi yang keliru pada masyarakat tentang disabilitas dan gangguan kesehatan yang menyebabkan berbagai hambatan yang dihadapi oleh disabilitas dalam hal kesempatan memperoleh pelayanan pendidikan, pekerjaan atau kegiatan sosial lainnya; dan (4) persepsi diri yang keliru pada disabilitas yang meragukan kemampuannya sendiri yang mengakibatkan kurangnya motivasi untuk berhasil, kurangnya kesungguhan dalam menyelesaikan tugas dan berkecenderungan menggantungkan diri terhadap orang lain. Terkait dengan permasalahan di atas para penyandang disabilitas sering memperoleh hambatan untuk mendapatkan berbagai akses di lingkungannya baik yang dilakukan oleh institusi negara, masyarakat maupun keluarga penyandang disabilitas sendiri.

Pada tahun 2007, Pemerintah Indonesia turut menandatangani *Convention on The Rights of Persons with Dissabilities* (CRPD) dan mengesahkannya ke dalam Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas.

Regulasi hukum ini merupakan capaian penting dalam upaya memberikan perlindungan bagi pemenuhan hak penyandang disabilitas. Namun, yang lebih penting setelah pengesahan menjadi undang-undang adalah melakukan perubahan peraturan perundangan yang telah ada untuk disesuaikan dengan konvensi, misalnya perubahan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat yang sudah tidak sesuai dengan Konvensi. Di Indonesia, dengan adanya ratifikasi tersebut juga mengubah kalimat ‘penyandang cacat’ menjadi ‘penyandang disabilitas’. Advokasi mengenai pemikiran disabilitas harus terus digalakkan ke setiap elemen masyarakat. Bahwa disabilitas tidak hanya sebatas fungsi fisik saja namun disabilitas terjadi akibat bentuk eksklusi sosial yang dilakukan oleh masyarakat terhadap penyandang disabilitas. Sebagaimana yang dijelaskan oleh (Oliver, 1995: 283-301) sebagai berikut:

“Disability is something imposed on top of our impairments by the way we are unnecessarily and excluded from full participation in society. Disabled people are therefore an oppressed group in society. To understand this it is necessary to grasp the distinction between the physical impairment and the social situation, called “disability”, of people with such impairment. Thus we define impairment as lacking part of or all of a limb or having a defective limb, organ or mechanism of the body; and disability as the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organization which takes no or little account of people who have physical impairments and thus excludes them from participation in the mainstream of social activities. Physical disability is therefore a particular form of social oppression”.

Disabilitas adalah sesuatu yang ditimpakan terhadap keterbatasan fisik karena adanya pengucilan dari masyarakat. Kaum disabilitas merupakan kaum yang tertindas (*oppressed group*) di masyarakat. Pengertian ini mengandung arti bahwa pada dasarnya ada perbedaan antara kecacatan fisik dan situasi sosial yang disebut disabilitas yang dikenakan pada para penyandang disabilitas. Pengertian kecacatan adalah ketiadaan atau ketidaksempurnaan bekerja dari suatu anggota

tubuh atau mekanisme tubuh. Sedangkan disabilitas merupakan pembatasan aktivitas yang disebabkan oleh kondisi institusi sosial yang tidak atau hanya sedikit menaruh perhatian kepada mereka yang memiliki disabilitas fisik sehingga mengucilkan mereka dari kesempatan untuk berpartisipasi dalam berbagai kegiatan sosial. Pengucilan secara sosial (*social exclusion*) yang dilakukan terhadap penyandang disabilitas merupakan bentuk dari penindasan sosial (Oliver, 1990). Pemahaman yang dikemukakan oleh Oliver inilah yang kemudian dijadikan referensi bagi organisasi pemerhati disabilitas untuk melawan stigma negatif dan diskriminasi terhadap penyandang disabilitas.

2.1.2 Jumlah Penyandang Disabilitas di Indonesia

Jumlah penyandang disabilitas menurut data SUSENAS (Survey Sosial Ekonomi Nasional) tahun 2009 mencapai 2.126.785 jiwa dengan perbandingan 1.130.000 penyandang disabilitas laki-laki dan 996.875 penyandang disabilitas perempuan. Prevalensi penyandang disabilitas mengalami kenaikan dari 0,74% pada tahun 2000 menjadi 0,92% pada tahun 2009. Sedangkan jumlah penyandang disabilitas terbesar berada di perdesaan sebesar 1.198.185 jiwa (56,33%) dan sedangkan untuk perkotaan sebesar 928.000 jiwa (43,67%). Di Indonesia, penyandang disabilitas menjadi wewenang Kementerian Sosial. Berkaitan dengan jumlah penyandang disabilitas, data yang dipergunakan dalam Rencana Strategis Kementerian Sosial RI dan RPJM 2010-2015 adalah data dari PUSDATIN Kemensos RI. Berikut data jumlah penyandang disabilitas dalam rumah tangga miskin.

Tabel 1 Jumlah Penyandang Disabilitas dalam Rumah Tangga Miskin

Disabilitas	2002	2004	2006	2008	2009
Anak penyandang disabilitas	367.520	365.868	295.763	-	-
Penyandang disabilitas	1.673.119	1.847.692	2.364.000	1.163.508	1.541.942
Eks Penyakit Kronis	215.543	216.148	150.449	-	-

Sumber: Data PUSDATIN Kemensos RI tahun 2002-2009.

Sedangkan masih berdasarkan data SUSENAS tahun 2009 juga menyebutkan penyandang disabilitas yang terbagi dalam jenis kedisabilitasnya seperti dalam tabel dibawah ini:

Tabel 2 Proporsi Penyandang Disabilitas Menurut Jenis Disabilitas, Tahun 2009

Jenis Disabilitas	Perkotaan	Perdesaan	K+D
Disabilitas Netra	14,55	17	15,93
Disabilitas Rungu	8,63	11,98	10,52
Disabilitas Wicara	7,11	7,12	7,12
Disabilitas Rungu dan Wicara	3,70	3,27	3,46
Disabilitas Tubuh	33,48	33,97	33,75
Disabilitas Grahita	15,94	11,93	13,68
Disabilitas Fisik dan Mental	7,39	6,75	7,03
Disabilitas Mental/ Eks Psikotik	9,20	7,98	8,52
Jumlah	100,00	100,00	100,00

Sumber: Data SUSENAS BPS, 2009

Tabel 3 Proporsi Penyandang Disabilitas Menurut Kelompok Umur, Tahun 2009

Jenis Disabilitas	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah
0-6 tahun	51.231	40.693	91.924
>6 tahun	1.146.954	887.907	2.034.862
Jumlah	1.198.185	928.600	2.126.785

Sumber: Data SUSENAS BPS, 2009

Diperkirakan penyandang disabilitas di Indonesia jauh lebih banyak dibandingkan data-data tersebut. Data yang dikemukakan dari SUSENAS tahun 2009 berbeda dengan estimasi data dari WHO tahun 2003 yang memperkirakan bahwa di suatu negara setidaknya 15,9% penduduknya adalah penyandang disabilitas. Jika menggunakan estimasi WHO, maka di tahun 2003 diperkirakan terdapat sekitar 33 juta penduduk Indonesia yang menjadi penyandang disabilitas dan sepertiganya merupakan penyandang disabilitas anak-anak. Keter-

sediaan data jumlah penyandang disabilitas yang *valid* dan *reliable*, dapat menjadi suatu permasalahan tersendiri bagi Pemerintah Indonesia. Kepastian data jumlah penyandang disabilitas setidaknya dapat memberikan input positif keberlangsungan program bagi penyandang disabilitas. Sedangkan dengan ketidak-pastian data penyandang disabilitas secara tidak langsung dapat menyebabkan ketidakpedulian masyarakat bahwa ada sebagian anggota masyarakat merupakan penyandang disabilitas.

Menurut publikasi *Country Study Report* ILO (2005) menyebutkan bahwa salah satu faktor pendukung mengapa persoalan isu penyandang disabilitas di Indonesia penuh keterbatasan dan tidak maksimal adalah karena anggaran bagi penyandang disabilitas sangat rendah bila dibandingkan dengan anggaran lainnya yaitu hanya 0,5% dari total anggaran nasional (Titiana, 2010: 78-79). Meskipun demikian, Kementerian Sosial sebagai Kementerian yang menangani penyandang disabilitas telah berupaya keras. Hal itu tampak dari jumlah penyandang disabilitas yang ditangani oleh Kemensos mengalami peningkatan demikian pula alokasi anggaran penyandang disabilitas. Pada tahun 2000 secara nasional terdapat 1170 penyandang disabilitas yang ditangani. Tahun 2001, jumlah penyandang disabilitas yang ditangani meningkat menjadi 1287 orang, kemudian menjadi 1557 penyandang disabilitas yang ditangani pada tahun 2003, dan pada tahun 2004 menjadi 1713 penyandang disabilitas yang ditangani. Dalam sisi anggaran penyandang disabilitas di Kemensos RI merupakan bagian dari anggaran untuk Ditjen Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial. Pada tahun 2000 anggaran mencapai Rp.10.998.000.000,- tahun 2001 meningkat menjadi Rp.12.097.800.000,- tahun 2002 juga meningkat menjadi Rp.13.307.508.000,- tahun 2003 sebesar Rp.14.638.338.000 dan pada tahun 2004 anggaran untuk penyandang disabilitas menjadi Rp.16.102.172.000,-. Sedangkan pada tahun 2010, APBN Kemensos RI berjumlah Rp.3.627.706.319.000,- dengan pengalokasian untuk Ditjen Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial adalah Rp.697.915.799.000,- (19% dari total anggaran). Sedangkan dana untuk penyandang disabilitas dari Ditjen Pelayanan dan

Rehabilitasi Sosial sebesar Rp.86.165.060.000,- (12% dari total anggaran Ditjen Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial). Belanja anggaran untuk penyandang disabilitas memang idealnya harus meningkat pertahunnya. Berkaitan dengan anggaran belanja untuk penyandang disabilitas tahun 2010 dapat diketahui pada tabel di bawah ini:

Tabel 4 DIPA Direktorat Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas Kemensos Tahun Anggaran 2010

No	Kegiatan	Anggaran
1	Administrasi kegiatan	120.800.000
2	Terlaksananya kelancaran administrasi kegiatan Dirjen Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial	169.190.000
3	Tersusunnya tujuh jenis buku untuk peningkatan pelayanan penyandang disabilitas	1.040.547.000
4	Tersusunnya program dan rencana kerja pusat, Dekonsentrasi dan UPT Ditjen Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial	893.380.000
5	Terbantunya 13 organisasi sosial penyandang disabilitas dan panti sosial masyarakat yang melayani penyandang disabilitas ganda	401.000.000
6	Tersalurkannya tambahan biaya pemenuhan kebutuhan dasar bagi 11.000 klien dalam panti	12.045.000.000
7	Terlaksananya pelaporan program kegiatan tahun 2009 secara akuntabilitas dan per semester dan tahunan	97.200.000
8	Terselenggaranya konferensi luar negeri untuk peningkatan pelayanan dan rehabilitasi sosial penyandang disabilitas	135.150.000
9	Terlaksananya koordinasi antara pemerintah dan organisasi sosial penyandang disabilitas dalam rangka pemenuhan hak penyandang disabilitas	1.557.249.000
10	Tersedianya buku-buku untuk pelayanan dan rehabilitasi sosial penyandang disabilitas	75.750.000
11	Terselenggaranya penanganan tanggap darurat	172.980.000

No	Kegiatan	Anggaran
12	Terlaksananya kegiatan pelayanan dan rehabilitasi sosial di 33 provinsi sesuai dengan pedoman yang berlaku	478.786.000
13	Terselenggaranya peningkatan kemampuan petugas sosial dalam upaya peningkatan pelayanan dan rehabilitasi sosial penyandang disabilitas	4.050.714.000
14	Terselenggaranya pemberian bantuan dana jaminan sosial bagi 17.000 orang penyandang disabilitas berat	63.287.096.000
15	Adanya kesadaran masyarakat untuk peduli terhadap penyandang disabilitas	1.602.218.000
Total Anggaran		86.165.060.000

Sumber: DIPA Direktorat Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas Kemensos

Berdasarkan data di atas dapat diketahui bahwa alokasi terbesar adalah untuk memberikan bantuan sosial bagi 17.000 penyandang disabilitas berat yaitu sebesar Rp.63.287.096.000 (73% dari total anggaran). Menurut definisi dari penyandang disabilitas berat adalah seseorang dengan disabilitas yang tidak dapat direhabilitasi kembali, tidak dapat melakukan sendiri aktivitas sehari-hari kecuali dengan bantuan orang lain, sepanjang aktivitas kehidupannya sangat bergantung pada bantuan orang lain, tidak tinggal dalam panti, tidak mampu menghidupi diri sendiri serta berasal dari keluarga miskin. Program yang diberikan Kemensos ini merupakan program pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial untuk mempertahankan hidup penyandang disabilitas berat. Berdasarkan data Kemensos, jumlah penyandang disabilitas berat hingga tahun 2009 adalah 163.232 jiwa sedangkan penerima jaminan sosial penyandang disabilitas berat adalah 17.000 orang (10,41%). Pemberian bantuan sosial ini dalam bentuk uang tunai sebesar Rp. 300.000 per bulan. Alokasi anggaran dari Kemensos tersebut masih bervisi untuk memberikan bantuan sosial. Program pemberian bantuan sosial bagi penyandang disabilitas sifatnya baik namun akan lebih bermanfaat apabila terdapat komposisi alokasi anggaran yang seimbang dengan program pemberdayaan bagi

penyandang disabilitas maupun peningkatan kemampuan kapasitas SDM. Dalam hal ini penyandang disabilitas tidak menginginkan adanya rasa belas kasih dari negara dan masyarakat namun membutuhkan pemberdayaan bagi mereka dan kemudahan untuk mengakses pemenuhan hak penyandang disabilitas.

2.2 Daerah Tertinggal

Indonesia merupakan negara dengan wilayah geografis yang unik bila dibandingkan dengan negara-negara lain. Terletak di antara dua benua dan dua samudera, yaitu Benua Asia dan Benua Australia, serta Samudera Hindia dan Samudera Pasifik membuat Indonesia memiliki iklim tropis. Iklim tropis membuat hujan turun sepanjang tahun sehingga tanah di Indonesia terkenal dengan kesuburannya. Selain sektor pertanian, sektor perikanan dan pertambangan juga menjadi aset kekayaan alam yang cukup melimpah. Sumber Daya Alam (SDA) yang sedemikian besar ini tentu saja akan membuat rakyat Indonesia sejahtera dan maju di berbagai bidang. Akan tetapi, kenyataannya tidak semua daerah yang memiliki SDA yang melimpah mampu memanfaatkannya karena keterbatasan SDM (Sumber Daya Manusia) untuk pengelolannya. Jika tidak demikian, suatu daerah yang memiliki SDM cukup, tetapi tidak memiliki SDA untuk dikembangkan. Beberapa faktor inilah yang menyebabkan ada beberapa wilayah di Indonesia yang dapat dikategorikan sebagai daerah tertinggal.

Kesenjangan yang terjadi di antara wilayah-wilayah yang ada di Indonesia ditunjukkan dengan adanya disparitas kualitas sumber daya manusia antar wilayah, perbedaan kemampuan perekonomian antar daerah, serta belum meratanya ketersediaan infrastruktur antar wilayah (Bappenas, 2010: 83). Kesenjangan tersebut menjadikan daerah dengan pencapaian pembangunan yang rendah dari indeks nasional mendapat predikat sebagai daerah tertinggal. Untuk itu, upaya pemerataan pembangunan di berbagai wilayah di Indonesia difokuskan terhadap daerah-daerah yang dikategorikan sebagai daerah tertinggal. Pemerintah melalui Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal

(KPDT) menargetkan pengentasan daerah tertinggal di tahun 2014 mendatang.

Patut untuk disadari kembali bahwa kemerdekaan Indonesia yang sudah berpuluh-puluh tahun lalu memiliki tujuan utama untuk mensejahterakan seluruh rakyat Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia. Dalam arti, tujuan mulia ini hendaknya tidak menimbulkan kesenjangan dalam pemerataan pembangunan dan hasil-hasilnya. Akan tetapi, kenyataan di lapangan menunjukkan masih minimnya pemerataan pembangunan hingga terdapat beberapa daerah yang dikategorikan tertinggal dibandingkan dengan daerah lain yang sudah maju.

Dari 183 kabupaten daerah tertinggal di Indonesia, terdapat persamaan karakteristik permasalahan yang dihadapi, seperti; tingkat rerata pertumbuhan ekonomi dan pendapatan per kapita jauh di bawah tingkat rerata pertumbuhan ekonomi dan pendapatan per kapita nasional. Selain itu, semakin melebarnya kesenjangan pengangguran dan kemiskinan (KPDT, TT: 59). Oleh sebab itu, perlu upaya yang sinergis dan simultan dari tingkat pusat maupun daerah dalam upaya percepatan pembangunan daerah tertinggal agar mampu menuju kondisi yang setara dengan daerah lain yang lebih maju. Hal ini dikarenakan permasalahan daerah tertinggal sangat holistik dan banyak instansi maupun *stakeholder* yang berkepentingan, maka perlu koordinasi yang baik dari tingkat pusat hingga daerah.

2.2.1 Gambaran Umum dan Karakteristik Daerah Tertinggal

Suatu daerah dikategorikan sebagai daerah yang tertinggal jika tingkat pencapaian pembangunan yang rendah dan diperhitungkan memiliki indeks kemajuan pembangunan ekonomi dan sumber daya manusia di bawah rata-rata indeks nasional (KPDT, TT: 42). Artinya, indeks yang dibuat berdasarkan perhitungan secara nasional. Maka dari itu, tidak menutup kemungkinan bahwa daerah tertinggal hanya berada di jauh dari pusat pemerintahan (Jakarta) melainkan dapat menimpa seluruh daerah jika berada di bawah indeks nasional tersebut.

Adapun pengertian daerah tertinggal seperti yang tertuang dalam Peraturan Menteri Negara Pembangunan Daerah Tertinggal No.07/PER/M-PDT/III/2007 adalah daerah kabupaten yang masyarakat dan wilayahnya relatif kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain di Indonesia dalam skala nasional. Dari pengertian tersebut setidaknya ada dua hal yang harus diperhatikan mengenai daerah tertinggal. *Pertama*, daerah kabupaten, yaitu daerah tertinggal yang secara administratif berada di wilayah administratif kabupaten, sehingga dengan sendirinya menafikan daerah administratif kota. Jadi, meskipun infrastruktur atau SDM di kota rendah tidak akan mungkin disebut sebagai daerah tertinggal. *Kedua*, skala nasional, yaitu suatu daerah yang memiliki tingkat pertumbuhan yang rendah dibandingkan dengan pertumbuhan nasional.

R. Bandyopahyay dan S. Datta (1989, dalam KPDT, tt: 44) menyebutkan bahwa daerah tertinggal secara umum memiliki beberapa karakteristik, di antaranya.

- (a) Biasanya berada di kawasan perdesaan dengan keterbatasan fungsi dan fasilitas—bila dibandingkan dengan apa yang dimiliki kawasan perkotaan—serta produktivitas hasil pertanian yang rendah.
- (b) Rendahnya sumber daya yang dimiliki, baik sumber daya manusia maupun sumber daya alam.
- (c) Struktur pasar yang kecil dan tidak efektif.
- (d) Rendahnya standar hidup.
- (e) Sangat jauh dari pusat pembangunan wilayah atau negara.

Adapun suatu daerah dikategorikan sebagai daerah tertinggal dikarenakan beberapa faktor penyebab, antara lain:

- (a) Geografis
Umumnya secara geografis daerah tertinggal relatif sulit dijangkau karena letaknya yang jauh di pedalaman, perbukitan/pegunungan, kepulauan, pesisir, dan pulau-pulau terpencil atau karena faktor geomorfologis lainnya sehingga sulit dijangkau oleh jaringan baik transportasi maupun komunikasi.

(b) Sumber Daya Alam

Beberapa daerah tertinggal tidak memiliki potensi sumber daya alam, daerah yang memiliki sumber daya alam yang besar namun daerah sekitarnya merupakan kawasan yang dilindungi atau tidak dapat dieksploitasi, dan daerah tertinggal akibat pemanfaatan sumber daya alam yang berlebihan.

(c) Sumber Daya Manusia

Pada umumnya masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal mempunyai tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan yang relatif rendah serta kelembagaan adat yang belum berkembang.

(d) Prasarana dan Sarana

Keterbatasan prasarana dan sarana komunikasi, transportasi, irigasi, air bersih, kesehatan, pendidikan, dan pelayanan lainnya yang menyebabkan masyarakat di daerah tertinggal tersebut mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas ekonomi dan sosial.

(e) Daerah terisolasi, rawan konflik, dan rawan bencana

Daerah tertinggal secara fisik lokasinya amat terisolasi, di samping itu seringkali suatu daerah mengalami konflik sosial dan bencana alam, seperti gempa bumi, banjir, dan kekeringan dapat menyebabkan terganggunya kegiatan pembangunan sosial dan ekonomi (KPDT, TT: 61–62).

Kementerian Pembangunan Desa Tertinggal (KPDT) dalam menentukan kriteria daerah tertinggal menggunakan 6 (enam) kriteria dasar dengan 27 (dua puluh tujuh) indikator utama, yaitu:

(1) Ekonomi

Suatu daerah diukur dengan indikator persentase penduduk miskin dan ke dalam kemiskinan.

- (2) Sumber Daya Manusia
Suatu daerah diukur dengan indikator persentase penduduk menganggur, angka harapan hidup, angka melek huruf, dan angka partisipasi sekolah.
- (3) Infrastruktur
Suatu daerah diukur dengan indikator keberadaan jalan, persentase rumah tangga pengguna listrik, pengguna telepon, air bersih, pasar, dan bank.
- (4) Aksesibilitas
Suatu daerah diukur dengan indikator jarak rata-rata dari pusat desa ke ibukota kabupaten.
- (5) Kemampuan Keuangan Daerah
Kemampuan keuangan suatu daerah diukur dengan indikator celah fiskal.
- (6) Karakteristik Daerah
Indikator yang digunakan adalah indikator persentase bencana alam dan konflik sosial (KPDT, TT: 44–45).

Penggunaan enam kriteria dasar tersebut di atas dalam penetapan suatu daerah dikategorikan tertinggal atau bukan di Indonesia tersebut menjadikan 183 kabupaten di Indonesia termasuk kabupaten tertinggal. Dari jumlah tersebut, sebanyak 70% berada di wilayah Indonesia timur sedang sisanya tersebar di wilayah Indonesia lainnya. Persebaran daerah tertinggal yang mayoritas berada di kawasan Indonesia timur tak lain karena faktor pemerataan pembangunan yang masih minim dan SDM yang kurang mumpuni di wilayah tersebut. Meskipun begitu, ternyata faktor kedekatan jarak dengan ibukota pemerintahan tidak serta merta menjadikan dua kabupaten di Jawa Barat, yaitu Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi bebas dari predikat tertinggal. Kedua kabupaten tersebut berdasarkan enam kriteria utama dan indikatornya, termasuk daerah kabupaten tertinggal. Enam kriteria utama tersebut tidak harus

semuanya dimiliki suatu daerah, satu atau dua kriteria saja sudah bisa membuat suatu daerah termasuk daerah tertinggal.

Berikut ini daftar 183 kabupaten tertinggal di Indonesia yang dikeluarkan oleh KPDT (Kementerian Pembangunan Desa Tertinggal) yang menjadi target pembangunan daerah tertinggal dalam RPJMN 2010–2014.

Tabel 5 Daftar Kabupaten Tertinggal di Indonesia

No.	Kabupaten	No.	Kabupaten	No.	Kabupaten
	NAD	5.	Dompu	5.	Bombana
1.	Simeulue	6.	Bima	6.	Wakatobi
2.	Aceh Singkil	7.	Sumbawa Barat	7.	Kolaka Utara
3.	Aceh Selatan	8.	Lombok Utara (DOB)	8.	Buton Utara (DOB)
4.	Aceh Timur	NTT		9.	Konawe Utara (DOB)
5.	Aceh Barat	1.	Sumba Barat	Gorontalo	
6.	Aceh Besar	2.	Sumba Timur	1.	Boalemo
7.	Aceh Barat Daya	3.	Kupang	2.	Pohuwato
8.	Gayo Lues	4.	Timor Tengah Selatan	3.	Gorontalo Utara
9.	Nagan Raya	5.	Timor Tengah Utara	Sulawesi Barat	
10.	Aceh Jaya	6.	Belu	1.	Majene
11.	Bener Meriah	7.	Alor	2.	Poliwali Mandar
12.	Pidie Jaya (Dob)	8.	Lembata	3.	Mamasa
Sumatera Utara		9.	Flores Timur	4.	Mamuju
1.	Nias	10.	Sikka	5.	Mamuju Utara
2.	Tapanuli Tengah	11.	Ende	Maluku	
3.	Nias Selatan	12.	Ngada	1.	Buru Selatan (Dob)
4.	Pakpak Bharat	13.	Manggarai	2.	Maluku Barat Daya (Dob)
5.	Nias Barat (Dob)	14.	Rote Ndao	3.	Maluku Tenggara Barat(Dob)
6.	Nias Utara (Dob)	15.	Manggarai Barat	4.	Maluku Tengah
Sumatera Barat		16.	Manggarai Timur (DOB)	5.	Buru
1.	Kepulauan Mentawai	17.	Nagekeo (DOB)	6.	Kepulauan Aru
2.	Pesisir Selatan	18.	Sabu Raijua (DOB)	7.	Seram Bagian Barat
3.	Solok	19.	Sumba Barat Daya (DOB)	8.	Seram Bagian Timur
4.	Sijunjung	20.	Sumba Tengah (DOB)	Maluku Utara	
5.	Padang Pariaman	Kalimantan Barat		1.	Morotai (DOB)
6.	Solok Selatan	1.	Kayong Utara	2.	Halmahera Barat
7.	Dharmas Raya	2.	Sambas	3.	Halmahera Tengah
8.	Pasaman Barat	3.	Bengkayang	4.	Kepulauan Sula
Sumatera Selatan		4.	Landak	5.	Halmahera Selatan
1.	Ogan Komering Ilir	5.	Sanggau	6.	Halmahera Utara
2.	Lahat	6.	Ketapang	7.	Galmahera Timur

No.	Kabupaten	No.	Kabupaten	No.	Kabupaten
3.	Musi Rawas	7.	Sintang	Papua Barat	
4.	Banyuasin	8.	Kapuas Hulu	1.	Kaimana
5.	Oku Selatan	9.	Sekadau	2.	Teluk Wondama
6.	Ogan Ilir	10.	Melawi	3.	Teluk Bintuni
Bengkulu		Kalimantan Tengah		4.	Sorong Selatan
1.	Kaur	1.	Seruyan	5.	Sorong
2.	Seluma	Kalimantan Selatan		6.	Raja Ampat
3.	Mukomuko	1.	Barito Kuala	7.	Maybrat (DOB)
4.	Lebong	2.	Hulu Sungai Utara	8.	Tambrau (DOB)
5.	Kepahiang	Kalimantan Timur		Papua	
6.	Bengkulu Tengah	1.	Kutai Barat	1.	Merauke
Lampung		2.	Malinau	2.	Jaya wijaya
1.	Lampung Barat	3.	Nunukan	3.	Nabire
2.	Lampung Utara	Sulawesi Utara		4.	Yapen Waropen
3.	Way Kanan	1.	Kepulauan Sangihe	5.	Biak Numfor
4.	Pesawaran	2.	Kepulauan Talaud	6.	Paniai
Bangka Belitung		3.	Kepulauan Sitaro	7.	Puncak Jaya
1.	Bangka Selatan	Sulawesi Selatan		8.	Mimika
Kepulauan Riau		1.	Selayar	9.	Boven Digoel
1.	Natuna	2.	Janeponto	10.	Mappi
2.	Kepulauan Anambas	3.	Pangkajene Kepulauan	11.	Asmat
Jawa Barat		4.	Toraja Utara (DOB)	12.	Yahukimo
1.	Sukabumi	Sulawesi Tengah		13.	Pegunungan Bintang
2.	Garut	1.	Banggai Kepulauan	14.	Tolikara
Jawa Timur		2.	Banggai	15.	Sarmi
1.	Bondowoso	3.	Morowali	16.	Keerom
2.	Situbondo	4.	Poso	17.	Waropen
3.	Bangkalan	5.	Donggola	18.	Supiori
4.	Sampang	6.	Toli-Toli	19.	Deiyai (DOB)
5.	Pamekasan	7.	Buol	20.	Dogiyai (DOB)
Banten		8.	Parigi Moutong	21.	Intan Jaya (DOB)
1.	Pandeglang	9.	Tojo Una-Una	22.	Lanny Jaya (DOB)
2.	Lebak	10.	Sigi (DOB)	23.	Mamberamo Raya (DOB)
NTB		Sulawesi Tenggara		24.	Mamberamo Tengah (Dob)
1.	Lombok Barat	1.	Buton	25.	Nduga (DOB)
2.	Lombok Tengah	2.	Muna	26.	Puncak (DOB)
3.	Lombok Timur	3.	Konawe	27.	Yalimo (DOB)
4.	Sumbawa	4.	Konawe Selatan		

Sumber: Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal, 2009

Daerah tertinggal di Indonesia tersebar di seluruh wilayah, meskipun sebagian besar di wilayah timur Indonesia. Akan tetapi, sebaran tersebut bisa dikelompokkan dalam beberapa kelompok jika

dilihat secara geografis. Berikut ini sebaran wilayah daerah tertinggal di Indonesia:

- (a) Daerah yang terletak di wilayah pedalaman, tepi hutan, dan pegunungan yang pada umumnya tidak atau belum memiliki akses ke daerah lain yang relatif lebih maju.
- (b) Daerah yang terletak di pulau-pulau kecil, gugusan pulau yang berpenduduk dan memiliki kesulitan akses ke daerah lain yang lebih maju.
- (c) Daerah yang secara administratif sebagian atau seluruhnya terletak di perbatasan antarnegara baik batas darat maupun laut.
- (d) Daerah yang terletak di daerah rawan bencana alam, baik gempa, longsor, gunung api, maupun banjir.
- (e) Daerah yang sebagian wilayahnya berupa pesisir (Bappenas, 2009: 2).

2.2.2 Permasalahan-permasalahan di Daerah Tertinggal

Sebagai daerah yang memiliki tingkat kemajuan pembangunan yang lebih rendah dibandingkan dengan daerah lain, daerah tertinggal ternyata memiliki berbagai persoalan tersendiri. Secara umum, permasalahan-permasalahan yang dimiliki oleh daerah tertinggal hampir sama antara satu daerah dengan daerah lainnya. Pada hakikatnya, setiap permasalahan yang terjadi di daerah tertinggal merupakan tantangan bagi pemerintah, baik pemerintah pusat atau pemerintah daerah setempat untuk mengatasinya dan menemukan solusi jitu agar terentaskan dari predikat daerah tertinggal. Tak dapat dipungkiri bahwa kemajuan pembangunan suatu daerah di berbagai bidang akan meningkatkan kesejahteraan dan taraf hidup masyarakat di wilayah tersebut.

Berikut beberapa permasalahan yang jamak ditemukan di daerah tertinggal di Indonesia:

- (a) Pengelolaan potensi sumber daya lokal dalam pengembangan perekonomian daerah tertinggal masih belum optimal.
- (b) Kualitas sumber daya manusia dan tingkat kesejahteraan masyarakat daerah tertinggal masih rendah.

- (c) Koordinasi antar pelaku pembangunan di daerah tertinggal masih lemah.
- (d) Tindakan afirmatif kepada daerah tertinggal belum optimal.
- (e) Aksesibilitas daerah tertinggal terhadap pusat-pusat pertumbuhan wilayah masih rendah.
- (f) Sarana dan prasarana pendukung ekonomi lainnya masih terbatas (Bappenas, 2010: 92).

Berbagai permasalahan tersebut di atas diupayakan oleh pemerintah melalui instansi-instansi terkait untuk dilakukan percepatan pembangunan di daerah tertinggal agar daerah tersebut setara dengan daerah maju. Melalui RPJM (Rencana Pembangunan Jangka Menengah) Nasional, daerah tertinggal mendapat prioritas percepatan pembangunan. Tujuannya agar setara dengan daerah maju lainnya dan turut pula dalam program pemerataan pembangunan dan hasil-hasilnya di seluruh wilayah Indonesia. Upaya untuk menjadikan suatu daerah tidak termasuk daerah tertinggal memerlukan pemberdayaan di segala bidang. Seluruh potensi yang dimiliki oleh suatu daerah harus dikembangkan dengan maksimal. Untuk mencapai hal itu, peran serta masyarakat juga sangat diperlukan oleh pemerintah sebagai pihak yang memiliki tanggung jawab dalam pengentasan daerah tertinggal. Rakyat setempatlah yang mengetahui dengan baik potensi daerahnya dan itulah yang menjadi fokus pembangunan. Tanpa adanya dukungan dari seluruh *stakeholder* terkait maka upaya pengentasan daerah tertinggal di Indonesia akan mengalami kendala dan hambatan.

Berbagai upaya percepatan pembangunan di daerah tertinggal yang dimotori oleh KPDT sebagai kementerian koordinator dapat dilakukan dengan cara meningkatkan perekonomian daerah dengan didukung oleh sumber daya manusia yang kompeten. Selain itu, peningkatan perekonomian suatu daerah akan meningkat secara signifikan jika didukung oleh infrastruktur yang baik sehingga daerah tertinggal dapat berkembang lebih cepat dan menyusul daerah lain yang lebih maju.

Di sisi lain, membangun daerah tertinggal dan mengentaskan dari ketertinggalannya dengan daerah maju merupakan pekerjaan yang besar. Perlu kerja keras dan kerja sama dari seluruh pihak terkait. Jika melihat perkembangan terakhir mengenai jumlah daerah tertinggal di Indonesia, maka tidak bisa dilepaskan dari beberapa faktor. Tumbuhnya beberapa daerah pemekaran baru merupakan salah satu faktor utama bertambahnya jumlah daerah tertinggal di Indonesia. Daerah yang dahulunya tidak tertinggal, kemudian terjadi pemekaran sehingga sumber daya alamnya masuk ke daerah baru maka akan menjadikan daerah tersebut menjadi tertinggal. Sebagai contoh; Papua; ketika terjadi pemekaran dan muncul daerah baru; Papua Barat, maka kekayaan alam yang potensial masuk ke wilayah Papua Barat dan menjadikannya semakin maju, sedangkan Papua semakin tertinggal (al Hamzah, 2013). Faktor lain yang menyebabkan munculnya daerah tertinggal baru adalah bencana alam. Di beberapa wilayah di Indonesia kerap terjadi bencana alam, peristiwa yang tidak bisa diprediksi secara pasti kapan terjadinya ini juga menjadi pemicu lahirnya daerah tertinggal baru. Hal ini dikarenakan daerah rawan bencana di Indonesia berada di tempat yang sulit untuk diakses dan memiliki infrastruktur yang minim.

2.2.3 Pembangunan Daerah Tertinggal; Sebuah Upaya Aktif Pengentasan Ketertinggalan dan Kemiskinan

Agar suatu daerah tertinggal tidak semakin ketinggalan jauh dengan daerah maju lainnya, maka perlu upaya percepatan pembangunan yang terencana dan terstruktur dengan baik dalam segala bidang, terutama pada bidang yang menjadi indikator utama sebuah daerah disebut daerah tertinggal. Pertumbuhan ekonomi, sumber daya manusia, dan infrastruktur merupakan target dari percepatan pembangunan daerah tertinggal.

Kebijakan dalam pembangunan suatu daerah tertinggal juga harus melihat karakteristik dari daerah yang bersangkutan agar tepat sasaran dan sesuai dengan rencana. Percepatan pembangunan daerah tertinggal dilakukan dengan strategi sebagai berikut:

- (a) Pengembangan ekonomi lokal di daerah tertinggal.
- (b) Penguatan kelembagaan masyarakat dan pemerintah daerah dalam pengelolaan sumber daya lokal di daerah tertinggal.
- (c) Peningkatan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau di daerah tertinggal.
- (d) Peningkatan pelayanan pendidikan yang berkualitas di daerah tertinggal.
- (e) Peningkatan sarana dan prasarana infrastruktur daerah tertinggal serta peningkatan aksesibilitas daerah tertinggal dengan pusat-pusat pertumbuhan (Bappenas, 2010: 93-94).

Upaya pembangunan daerah tertinggal tidak terlepas dari pengembangan sumber daya daerah tersebut. Sumber daya utama di daerah tertinggal yang meliputi sumber daya alam (SDA) dan sumber daya manusia (SDM) merupakan dua hal yang menjadi prioritas dalam pengembangan daerah tertinggal. Sumber daya manusia di daerah tertinggal baik secara kualitas maupun kuantitas harus dipercepat pertumbuhannya agar mampu mengoptimalkan potensi sumber daya alam di daerahnya. Sektor pertanian, perikanan, maupun energi mineral merupakan aset yang banyak dimiliki oleh beberapa daerah di Indonesia. Aset ini belum sepenuhnya dimanfaatkan secara optimal oleh pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Hal itulah yang menjadi target dalam percepatan pembangunan, yaitu pemanfaatan aset-aset lokal untuk kesejahteraan rakyat.

Di dalam usaha percepatan pembangunan daerah tertinggal, pemerintah melalui Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal (KPDT) mengkoordinasikan pelaksanaan kebijakan terkait pembangunan daerah tertinggal. Selain sebagai koordinator, KPDT juga bertugas sebagai pemantau dan evaluator terhadap kebijakan dan implementasi pembangunan daerah tertinggal. Sebagaimana tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 yang menyebutkan salah satu fungsi KPDT adalah melakukan koordinasi dan sinkronisasi pelaksanaan kebijakan di bidang pembangunan daerah tertinggal (KPDT, TT: 66). Peran KPDT disini sangat penting sebagai koordinator karena upaya pembangunan daerah tertinggal harus secara

holistik agar terencana dan optimal sesuai dengan Renstra (Rencana Strategis) yang telah dibuat. Sedangkan kementerian lain yang terkait dengan pembangunan dalam bidang tertentu di daerah tertinggal memiliki peran yang tak bisa dikesampingkan begitu saja. Peran aktif dari seluruh *stakeholder* menjadi titik penting dalam percepatan pembangunan daerah tertinggal. Dukungan terhadap pembangunan daerah tertinggal pun perlu diberikan kepada pemerintah.

Faktor lain yang mendorong berhasilnya pengentasan daerah tertinggal menjadi daerah maju adalah partisipasi aktif dari masyarakat setempat. Masyarakat di daerah tertinggal bukan lagi berperan sebagai objek dari pembangunan saja, mereka juga harus menjadi subjek pembangunan di daerahnya sendiri. Hal itu perlu diperhatikan karena merupakan salah satu unsur yang menjadikan pembangunan di daerah tertinggal tetap berkesinambungan. Jika masyarakat sudah sejahtera karena pembangunan di daerahnya semakin maju, maka arus urbanisasi maupun migrasi yang menyebabkan minimnya tenaga kerja di daerah tertinggal dapat dihentikan. Masyarakat lebih tertarik untuk bekerja di daerahnya dan memajukan daerah sendiri karena dukungan investasi terhadap potensi sebuah daerah. Oleh sebab itu, sasaran utama dalam program pembangunan daerah tertinggal adalah menemukan potensi yang belum tergali yang menjadi ciri khas dan memiliki nilai strategis terhadap suatu daerah.

2.2.4 Kondisi Masyarakat di Daerah Tertinggal

Masyarakat merupakan aktor penting dalam pembangunan daerah tertinggal. Keberadaan mereka sangat mempengaruhi upaya keberlangsungan pembangunan di daerah tertinggal. Tanpa peran dan partisipasi masyarakat setempat, maka upaya percepatan pembangunan daerah tertinggal oleh pemerintah akan mengalami kendala. Masyarakat sebagai subyek pembangunan juga perlu diperhatikan agar agenda pembangunan daerah tertinggal dapat terencana dan terlaksana sesuai indikator-indikatornya. Karena, kerap kali pemerintah tidak mengetahui kondisi masyarakat di daerah tertinggal sehingga kurang

dapat membuat program pembangunan yang sesuai dengan masalah dan kebutuhan masyarakat di daerah tertinggal.

Masyarakat Indonesia memiliki karakteristik tersendiri yang berbeda antara satu sama lain, baik adat istiadat maupun budayanya. Kadangkala program pembangunan daerah tertinggal tidak berhasil karena berbenturan dengan kearifan lokal yang dimiliki oleh tiap-tiap daerah. Sebagai contoh pembangunan jalan baru di Paniai dan jaringan irigasi di Nabire, Provinsi Papua, terkendala tuntutan adat. Di Paniai, masyarakat adat menuntut ganti rugi atau hak ulayat atas tanah adat yang terkena pembangunan jalan. Pembangunan di Papua hendaknya mengedepankan aspek antropologis karena terdapat masyarakat modern dan tradisonal yang harus didekati dengan pendekatan yang berbeda (Weningdi, 2013). Kegagalan program seperti ini lebih dikarenakan minimnya data sosial tentang masyarakat setempat. Data sosial dapat berupa cara hidup, adat istiadat, dan kearifan lokal suatu masyarakat. Pengumpulan data sosial di masyarakat dapat dilakukan dengan pembentukan tim khusus dan dibantu partisipasi aktif anggota masyarakat setempat sehingga status data sosial tersebut semakin valid.

Untuk melihat bagaimana kondisi masyarakat di daerah tertinggal dapat dilihat dalam berbagai perspektif, diantaranya:

(1) Kemiskinan

Daerah tertinggal identik dengan kondisi penduduk yang miskin. Pada tahun 2009, jumlah penduduk miskin secara nasional masih tinggi, yaitu 32,53 juta jiwa atau 14,5% dari total penduduk. Daerah tertinggal menjadi konsentrasi kemiskinan, yaitu dengan rata-rata tingkat kemiskinan sebesar 23,4% (BPS, 2007).

(2) Pengangguran

Selain masalah kemiskinan, daerah tertinggal juga mengalami kendala dalam masalah tenaga kerja. Minimnya lapangan pekerjaan di daerah mengakibatkan banyak masyarakat usia produktif menjadi pengangguran. Jumlah pengangguran secara nasional pada tahun 2009 sebanyak 8,96 juta jiwa atau 7,87%.

- (3) **Tingkat Urbanisasi yang Tinggi**
Kondisi lain yang dialami oleh daerah tertinggal adalah tingginya arus urbanisasi masyarakat dari desa ke kota. Banyak faktor yang memicu mereka untuk melakukan urbanisasi, seperti kemiskinan dan pengangguran. Arus urbanisasi yang terus meningkat dari tahun ke tahun juga menyebabkan usaha percepatan pengembangan kualitas SDM terhambat dan perluasan lapangan pekerjaan. Tujuan utama urbanisasi di Indonesia adalah Pulau Jawa. Laju pertumbuhan penduduk di kota metropolitan saat ini adalah 0,16% sampai 0,9%. Sedangkan laju pertumbuhan penduduk di sekitar perkotaan metropolitan adalah 3% sampai dengan 4,13%.
- (4) **SDM (Sumber Daya Manusia) yang Rendah**
Permasalahan yang sering membelenggu daerah tertinggal adalah rendahnya kualitas SDM. Rendahnya kualitas SDM ini dicirikan dengan pencapaian indeks pembangunan manusia (IPM) yang rendah. IPM daerah tertinggal rata-rata hanya 67,7. Bahkan pada tahun 2008, sebanyak 85% berada di bawah IPM nasional, yaitu 71,2. Rendahnya IPM tersebut disebabkan oleh pendapat masyarakat yang rendah ditambah dengan tingkat pelayanan dan pendidikan yang belum memadai. Selain itu juga disebabkan oleh rata-rata lama sekolah (RLS), angka melek huruf (AMH), dan angka harapan hidup (AHH). Rendahnya RLS, AMH, dan AHH masyarakat daerah tertinggal karena mereka tidak tersentuh oleh program-program nasional, selain karena kurangnya infrastruktur dan minimnya fasilitas (KPDT, TT: 48–58).

2.3 Status Kabupaten Garut dan Sukabumi Sebagai Daerah Tertinggal

Memang, jika kita lihat mayoritas daerah tertinggal di Indonesia berada di kawasan Indonesia Timur. Akan tetapi, hal itu tidak menutup kemungkinan munculnya daerah-daerah tertinggal di wilayah lain di Indonesia, bahkan yang berdekatan dengan pusat pemerintahan. Dua daerah di Jawa Barat, yaitu Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi merupakan daerah tertinggal dari 138 daerah

tertinggal yang tersebar diseluruh provinsi Indonesia. Banyak orang yang tidak percaya dengan predikat daerah tertinggal yang disandang oleh kedua kabupaten ini. Akan tetapi, menurut staff ahli menteri pembangunan daerah tertinggal, Lili Romli, setidaknya ada enam aspek yang membuat kedua kabupaten tersebut masuk dalam kategori daerah tertinggal. Keenam aspek itu diantaranya, sumber daya manusia (SDM), infrastruktur, kemampuan ekonomi, celah fiskal, aksesibilitas, dan karakter khusus (Republika, 2013).

Garut dan Sukabumi sebenarnya memiliki modal besar berupa kekayaan alam dan tempat wisata. Sayangnya, potensi tersebut masih belum banyak tergali dan minim publikasi sehingga banyak investor yang kurang melirik kedua daerah ini meskipun berdekatan dengan ibukota, Jakarta. Potensi khusus yang dimiliki oleh Garut maupun Sukabumi harus dipasarkan dan dipublikasikan dengan baik agar proses percepatan pembangunan dapat terlaksana. Minat investor untuk menanamkan saham dapat menyasar kedua kabupaten ini sehingga pemerataan pembangunan dapat terwujud. Investor tak lagi hanya menyasar Jakarta atau Bandung maupun kota besar lainnya, tetapi mulai beralih ke kota-kota penopang yang berada di sekitar ibukota. Jika hal itu terwujud, maka perputaran ekonomi di kedua daerah tersebut dapat meningkat dan berbagai sarana pendukungnya akan semakin terbangun.

Beberapa infrastruktur yang masih minim di kedua kabupaten ini kerap membuatnya seperti terisolir. Infrastruktur jalan yang sangat penting bagi penopang perekonomian daerah tidak dirawat dengan baik, beberapa jalan yang menghubungkan beberapa wilayah di Kabupaten Sukabumi dan Garut masih banyak yang rusak sehingga arus barang dan jasa menjadi terhambat. Gedung sekolah dan fasilitas kesehatan juga masih minim mengingat Kabupaten Sukabumi merupakan kabupaten dengan luas wilayah terluas di Indonesia. Kedua infrastruktur itu sangat penting sebagai penyokong SDM yang handal bagi daerah.

Kemiskinan menjadi salah satu faktor ketertinggalan suatu daerah, khususnya di Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi. Angka kemiskinan menunjukkan bahwa jumlah penduduk miskin di Kabupaten Garut sebesar 317.301 jiwa pada tahun 2012, jumlah ini menurun dari tahun 2009 yang berjumlah sebanyak 365.392 jiwa (Romli, 2013). Akan tetapi, angka kemiskinan di Kabupaten Garut cukup membingungkan karena adanya perbedaan data. Hal ini terlihat dari perbedaan yang cukup signifikan dari RTS (Rumah Tangga Sasaran) penerima Raskin (beras miskin) dengan penerima kartu Jamkesmas. Pada tahun 2013, jumlah penerima kartu Jamkesmas sebanyak 1.137.000 orang, sedangkan rumah tangga miskin (RTM) penerima raskin sebanyak 182.239 RTM. Padahal jika melihat jumlah warga Garut yang hanya 2,4 juta jiwa, maka setengah dari penduduknya adalah warga miskin karena menerima kartu Jamkesmas, belum lagi penerima Jamkesda bagi mereka yang tidak menerima Jamkesmas sebanyak 147.000 orang. Perbedaan terjadi terkait beberapa indikator kemiskinan yang digunakan dalam pendataan berbeda-beda.

Hal yang sama juga terjadi di Kabupaten Sukabumi meskipun jumlahnya tidak sebesar di Kabupaten Garut. Jumlah rumah tangga miskin di Sukabumi di tahun 2011 sebanyak 10,33% (sebanyak 246.108 orang, kondisi bulan September) (BPS Kabupaten Sukabumi, TT). Sedangkan penerima Jamkesmas hanya sekitar 164.160 jiwa dari total kuota 820.804 jiwa yang seharusnya mendapat kartu Jamkesmas (Budiyanto, 2012). Perbedaan data yang kurang akurat di tingkat paling dasar ini cukup berpengaruh terhadap program-program yang berkaitan dengan pengentasan kemiskinan maupun program bagi penyandang disabilitas. Maka jalan yang harus ditempuh adalah perbaikan dan pengakuratan data jumlah penduduk miskin di kedua kabupaten tersebut agar program-program menjadi tepat sasaran dan tidak menimbulkan konflik sosial di masyarakat.

2.4 Penyandang Disabilitas di Kabupaten Daerah Tertinggal

Hidup di daerah tertinggal bukanlah perkara yang mudah, apalagi bagi seseorang dengan disabilitas. Berbagai ketertinggalan

dalam segala bidang, baik ekonomi, sumber daya manusia, sosial, hingga infrastruktur menjadi menu sehari-hari yang harus mereka hadapi. Berdasarkan hasil SUSENAS tahun 2009, ternyata mayoritas jumlah penyandang disabilitas berada di daerah perdesaan yang mencapai 1.198.185 jiwa (56,33%) dan sedangkan untuk perkotaan sebesar 928.000 jiwa (43,67%). Pemerintah daerah di daerah tertinggal mengalami dilema dalam menjalankan kebijakan terkait pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas, terutama dalam hal yang berkaitan dengan hak kesehatan dan hak jaminan sosial. Keterbatasan pemerintah daerah dalam pendanaan menjadi kendala utama dalam isu penanganan disabilitas ini.

Penyandang disabilitas sama seperti warga negara yang lain juga memerlukan interaksi sosial di dalam masyarakat agar tumbuh kepercayaan diri mereka. Namun, mayoritas yang terjadi adalah ruang interaksi sosial bagi mereka menjadi sangat tertutup. Hal ini dikarenakan, masyarakat hingga saat ini masih memberikan stigma negatif kepada penyandang disabilitas. Disabilitas masih dianggap sebagai ketidakmampuan fisik oleh sebagian besar masyarakat. Sehingga eksklusi sosial yang terbentuk di masyarakat, menganggap bahwa penyandang disabilitas perlu untuk dikasihani dan bukan untuk diberdayakan. Eksklusi sosial ini juga menjadi salah satu faktor yang menjadikan para penyandang disabilitas mengalami kemiskinan karena sulit dalam melakukan kegiatan perekonomian.

Eksklusi sosial terhadap penyandang disabilitas dapat dihilangkan jika ada dukungan keluarga dan penerimaan masyarakat terhadap mereka. Selain keluarga, masyarakat juga memainkan peran penting dalam kehidupan penyandang disabilitas. Penerimaan masyarakat, terutama yang berdekatan rumah di dalam kehidupan sehari-hari akan menjadikan kepercayaan diri mereka semakin meningkat. Perasaan diakui sebagai bagian anggota masyarakat merupakan kebanggaan tersendiri bagi penyandang disabilitas sehingga mereka bisa memainkan perannya sesuai kemampuan dirinya.

Pada kenyataannya, kesadaran sosial (*social awareness*) dari keluarga dan masyarakat sekitar terhadap penyandang disabilitas mampu menaikkan kepercayaan diri dalam menjalani kerasnya kehidupan. *Social awareness* dapat dibangun dari unit terkecil dalam keluarga dan kemudian ditingkatkan ke ranah masyarakat yang tinggal di sekitar penyandang disabilitas. Banyak definisi mengenai *social awareness* yang dikemukakan oleh para ahli. Salah satunya, menurut Wegner dan Giuliano mengemukakan bahwa kesadaran sosial adalah representasi jiwa seseorang akan dirinya sendiri dan orang lain (Wegner dan Giuliano, 1982:165-198). Sedangkan menurut Goleman dan Boyatzis, (1999, dalam Bachrie, 2009) mengungkapkan bahwa *social awareness* merupakan kemampuan untuk mengenali dan merasakan emosi orang lain yang tergantung pada kesadaran diri. Dimensi untuk terbentuknya *social awareness* ini terdiri dari tiga kompetensi, yaitu:

(1) ***Empathy***

Suatu kondisi untuk mengerti perasaan orang lain dan memberikan perhatian secara aktif terhadap masalah-masalah orang lain

(2) ***Organizational Awareness***

Suatu kondisi yang membaca keadaan emosional kelompok dan kekuatan hubungan masyarakat

(3) ***Service Orientation***

Suatu kondisi mengantisipasi, mengenal dan mengetahui kebutuhan di masyarakat

Dari definisi yang disebutkan tersebut dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa lahirnya kesadaran sosial dalam diri seseorang akan muncul saat melihat kondisi dirinya, orang lain, dan lingkungannya. Interaksi dengan masyarakat dan pengetahuan tentang lingkungan sekitar akan menumbuhkan sikap kepedulian sosial. Sesuatu yang perlu ditekankan dalam penanganan ataupun interaksi dengan penyandang disabilitas adalah kesadaran sosial. Mereka bukan lagi sebagai obyek yang harus dikasihani, tetapi mereka memiliki peran dan fungsi dalam kehidupan bermasyarakat. Peran dan fungsi mereka akan dapat toptimalkan jika masyarakat memiliki kesadaran dan kepedulian

sosial terhadap mereka dengan memberikan kesempatan dan ruang bagi mereka (penyandang disabilitas).

Hubungan dalam bermasyarakat akan menumbuhkan kesadaran sosial akan apa yang terjadi di lingkungan dan akan menumbuhkan kepedulian sosial manakala terjadi sesuatu yang tidak sesuai menurut hati nurani. Pada gilirannya, kepedulian sosial seseorang terhadap masyarakat maupun lingkungannya akan membawa implikasi kepada kemandirian orang lain. Bentuk kesadaran sosial sangat beragam, tidak hanya berbentuk *charity*, tetapi bisa juga dalam bentuk kepedulian dan apresiasi atas usaha orang lain. Kesadaran sosial terhadap para penyandang disabilitas tentu sangat berpengaruh terhadap kehidupan mereka. Kepedulian dan apresiasi atas usaha yang dilakukan oleh para penyandang disabilitas akan menumbuhkan semangat mereka dalam menjalani kehidupan. Rasa percaya diri dan mandiri dalam menjalani usaha akan terus muncul ditengah keterbatasan yang mereka miliki. Artinya, para penyandang disabilitas tersebut merasa keberadaan mereka di dalam kehidupan bermasyarakat memiliki peran dan fungsi sebagaimana orang lain.

Dalam hal ini, kesadaran sosial dari seluruh komponen masyarakat sangat penting keberadaannya dalam implementasi hak asasi manusia bagi penyandang disabilitas. Seperangkat alat hukum yang telah disahkan berupa undang-undang hanyalah penegas dan penguat, sedangkan aktor utama dalam implementasi hak-hak penyandang disabilitas adalah adanya kesadaran sosial dari seluruh *stakeholder*, baik pemerintah, masyarakat, keluarga, maupun penyandang disabilitas itu sendiri.

BAB III

HAK KESEHATAN DAN JAMINAN SOSIAL BAGI PENYANDANG DISABILITAS DI DAERAH TERTINGGAL

Sejak diproklamirkan sebagai negara merdeka pada 17 Agustus 1945 yang lalu, Indonesia telah menjamin hak warga negaranya untuk mendapatkan kualitas kesehatan (hak kesehatan) dan kualitas hidup yang layak (jaminan sosial). Hal ini tertuang dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar yang menegaskan salah satu tujuan dibentuknya Pemerintahan Indonesia, yaitu memajukan kesejahteraan umum berdasarkan Pancasila. Lebih terperinci diatur dalam Batang Tubuh Undang-Undang Dasar (UUD) yang hingga saat ini telah empat kali diamandemen.

Kualitas kesehatan yang optimal dan kualitas hidup yang layak ini adalah hak setiap warga negara Indonesia tanpa terkecuali, termasuk warga negara yang menjadi penyandang disabilitas. Bahkan sebagai kelompok rentan (*vulnerable group*), penyandang disabilitas berhak untuk mendapat perlakuan khusus sesuai dengan kebutuhannya. Oleh sebab itu, para penyandang disabilitas ini juga disebut sebagai kelompok berkebutuhan khusus.

Penyandang disabilitas tersebar di hampir seluruh wilayah Indonesia sehingga kualitas kesehatan dan hidup mereka menjadi sebuah permasalahan besar bagi negara ini karena pada umumnya penyandang disabilitas ini termasuk keluarga miskin. Mereka tidak mampu mengakses layanan kesehatan karena secara umum juga mereka tinggal di daerah yang infrastrukturnya masih kurang memadai sehingga susah untuk menjangkau fasilitas kesehatan. Seperti misalnya daerah tertinggal dan wilayah perbatasan atau wilayah terluar negara Indonesia.

Umumnya kabupaten di Pulau Jawa dinilai lebih maju dan telah terpenuhi hak setiap penduduknya. Hal ini karena secara infrastruktur yang lebih baik dibanding kabupaten lain di luar Jawa. Distribusi kebutuhan pokok pun lebih terjamin karena dekat dengan berbagai sumber logistik yang ada di Pulau Jawa. Namun demikian, ternyata masih ada beberapa daerah yang terkategori sebagai Daerah Tertinggal sehingga akses pemenuhan hak bagi penduduknya juga belum sepenuhnya terpenuhi. Akses terhadap layanan publik yang belum menyebar hingga pelosok wilayah mengakibatkan kerawanan terhadap berbagai aspek kehidupan, seperti misalnya hak kesehatan dan jaminan sosial bagi mereka yang tergolong sebagai penyandang disabilitas. Oleh sebab itu, perlu dikaji lebih dalam tentang hak kesehatan dan jaminan sosial bagi penyandang disabilitas di Daerah Tertinggal.

3.1 Hak Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas di Daerah Tertinggal

Undang-Undang Dasar 1945 mengamanatkan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia. Pada Pasal 28 H menyatakan bahwa, *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”* Selanjutnya pada Pasal 34 ayat (3) bahwa, *“Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.”* Penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata ini juga diatur secara khusus dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 14, *“Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.”* Namun, upaya pemerataan kesehatan di Indonesia belum sepenuhnya terlaksana secara optimal dikarenakan kendala geografis dan sosial terutama bagi mereka yang tinggal di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Isu prioritas yang harus segera ditangani adalah masalah akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu,

pemenuhan SDM kesehatan yang diikuti oleh distribusi SDM yang tersebar secara merata serta sistem rujukan di instalasi kesehatan (Lestari, 2013). Permasalahan utama sistem rujukan terletak pada pelayanan kesehatan tambahan seperti puskesmas pembantu (pustu) dan puskesmas dengan rumah sakit terdekat.²

Penyediaan pelayanan kesehatan di 183 kabupaten yang tergolong sebagai daerah tertinggal harus dipercepat. Hal itu dilakukan untuk mendukung pemberlakuan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bidang kesehatan yang akan dimulai per-1 Januari 2014. SJSN merupakan jaminan sosial untuk seluruh warga Indonesia guna menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar warga. Jaminan sosial itu terbagi ke dalam dua bidang, yaitu kesehatan dan tenaga kerja. Namun menurut Kementerian Daerah Tertinggal Urusan Sumber Daya Kesehatan, penerapan SJSN bidang kesehatan yang akan dimulai tahun 2014 berpotensi terhambat karena masih kurangnya tenaga medis dan fasilitas kesehatan, terutama di kabupaten daerah tertinggal (Kompas, 2013). Pengembangan sumber daya manusia merupakan salah satu dari delapan fokus prioritas pembangunan kesehatan dalam kurun waktu 2010–2014. Rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk belum memenuhi target yang ditetapkan sampai dengan tahun 2010. Dari pendataan tenaga kesehatan pada tahun 2010, ketersediaan tenaga kesehatan di rumah sakit milik pemerintah (Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah), telah tersedia 7.336 dokter spesialis, 6.180 dokter umum, 1.660 dokter gigi, 68.835 perawat/bidan, 2.787 S-1 Farmasi/Apoteker, 1.656 asisten apoteker, 1.956 tenaga kesehatan masyarakat, 4.221 sanitarian, 2.703 tenaga gizi, 1.598 tenaga keterampilan fisik, dan 6.680 tenaga keteknisian medis. Dengan memperhatikan standard ketenagaan rumah sakit yang berlaku, maka pada tahun 2010 masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di rumah sakit milik pemerintah (Kementerian Kesehatan dan Pemerintah

²Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia 2012, jumlah rumah sakit di Indonesia 1.721 unit dengan 170.656 tempat tidur. Dengan jumlah ideal yang seharusnya adalah 237.000 tempat tidur di rumah sakit.

Daerah), sejumlah 2.098 dokter spesialis, 902 dokter umum, 443 dokter gigi, 6.677 perawat/bidan, 84 orang S-1 Farmasi/Apoteker, 979 asisten apoteker, 149 tenaga kesehatan masyarakat, 243 sanitarian, 194 tenaga gizi, 800 tenaga keterampilan fisik, dan 2.654 tenaga keteknisian medis. Pada tahun yang sama, dengan memperhatikan standard ketenagaan Puskesmas yang berlaku, maka pada tahun 2010 masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di Puskesmas, sejumlah 149 dokter umum, 2.093 dokter gigi, 280 perawat gigi, 21.797 bidan, 5.045 asisten apoteker, 13.019 tenaga kesehatan masyarakat, 472 sanitarian, 303 tenaga gizi, dan 5.771 tenaga keteknisian medis (Kementerian Kesehatan, 2011: 9-10). Pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan untuk daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan tahun demi tahun diupayakan untuk ditingkatkan, namun belum dapat mencapai harapan.

Pengembangan sumber daya manusia kesehatan ditetapkan sebagai salah satu prioritas karena Indonesia masih menghadapi masalah tenaga kesehatan, baik jumlah, jenis, kualitas maupun distribusinya. Sesuai dengan data yang dikeluarkan oleh Pusat Data dan Informasi Ikatan Dokter Indonesia bahwa persebaran dokter di Indonesia sangat tidak merata. Pada tahun 2013, sekitar 50% dari 109.000 dokter berada di Jawa dan hanya 5% dokter di kawasan Indonesia timur (Pusat Data dan Informasi Ikatan Dokter Indonesia, 2013). Hal ini disebabkan karena tidak ada kewajiban bagi setiap tenaga kesehatan yang telah lulus untuk bertugas di wilayah-wilayah daerah tertinggal. Penyebab lainnya adalah masih banyak keengganan pemerintah daerah untuk memberikan tambahan insentif kepada tenaga kesehatan tersebut sehingga menyebabkan mereka lebih suka untuk bekerja di perkotaan atau daerah maju. Untuk mengatasinya dimulai tahun 2014 Kementerian Daerah Tertinggal bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan untuk memberikan kewajiban kepada tenaga medis khususnya dokter dan dokter gigi untuk melakukan masa bakti dokter selama dua tahun. Pemerintah menyadari bahwa fasilitas pelayanan kesehatan di daerah tertinggal masih sangat kurang. Untuk mempercepat terwujudnya pelayanan kesehatan yang memadai didaerah tertinggal, melalui Kementerian Daerah Tertinggal Deputy

Urusan Sumber Daya Kesehatan akan menganggarkan sebesar Rp.9 triliun yang akan dipergunakan untuk mencukupi kebutuhan tenaga medis, peralatan kesehatan dan kebutuhan teknis lainnya. Dana yang dianggarkan tersebut masih sekitar 30% dari kebutuhan yang telah dianggarkan. Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal dan Kementerian Kesehatan berkomitmen dalam memprioritaskan penempatan tenaga kesehatan di 158 kabupaten daerah tertinggal. Beberapa pengembangan kebijakan di bidang kesehatan dilakukan melalui upaya (Kementerian Kesehatan, 2011):

- (1) Memperkuat strategi percepatan keterjangkauan pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas berbasis perdesaan sesuai dengan karakteristik daerah tertinggal dan meningkatkan partisipasi masyarakat;
- (2) Membangun keterkaitan kebijakan (*policy linkages*) antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam pemenuhan ketersediaan dokter puskesmas bagi setiap puskesmas, bidan desa bagi setiap desa, air bersih dan sanitasi untuk setiap rumah tangga serta gizi yang seimbang untuk ibu hamil, ibu menyusui dan balita;
- (3) Penetapan prioritas sasaran lokasi dengan meningkatkan distribusi dan redistribusi tenaga kesehatan khususnya dokter puskesmas, bidan desa, promosi kesehatan, gizi, kesehatan lingkungan sesuai kebutuhan daerah tertinggal;
- (4) Mengembangkan kapasitas daerah dalam perumusan isu kebijakan percepatan keterjangkauan pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas dalam kerangka peningkatan kualitas perencanaan pembangunan (*bottom up planning*);
- (5) Pengembangan instrumen bagi upaya peningkatan motivasi tenaga kesehatan dokter puskesmas dan bidan desa, melalui pola insentif, sistem karir, ketersediaan sarana dan prasarana kerja yang baik (rumah dinas, kendaraan dan biaya operasional kerja, jaminan perlindungan keamanan melalui asuransi) dan/atau penambahan kewenangan khusus disertai pelatihan yang diperlukan; dan

- (6) Pengembangan regulasi SPM kesehatan yang berpihak pada karakteristik wilayah perdesaan masing-masing kabupaten daerah tertinggal.

Jaminan kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara yang dijamin oleh konstitusi. Jaminan Kesehatan adalah salah satu bentuk Jaminan Sosial (*Social Security*) yang diamanatkan oleh UUD 1945 Pasal 27 ayat (2), yaitu “*Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat,...*”. Adapun hak tersebut meliputi hak atas pelayanan kesehatan yang mudah dan kualitas pelayanan kesehatan yang baik. Negara saat ini telah memiliki dasar hukum yang kuat dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Dalam Pasal 1 Undang-Undang No. 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), disebutkan bahwa jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Undang-Undang SJSN ini secara jelas juga menyatakan bahwa pemerintah wajib menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi semua warga negara Indonesia. Dalam Undang-Undang SJSN Pasal 19 secara tegas disebutkan bahwa: (1) jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas; dan (2) jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 20 juga memberikan mandat kepada Negara untuk melaksanakan jaminan kesehatan bagi masyarakat tanpa terkecuali. Isi pasal 20 UU No. 36/ 2009 adalah:

- (1) Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial bagi upaya kesehatan perorangan

- (2) Pelaksanaan sistem jaminan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam upaya pemenuhan hak kesehatan bagi penyandang disabilitas, Negara juga turut meratifikasi hasil *Convention on The Rights of Person with Disabilities* (CRPD) kedalam Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on The Rights of Person with Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas). Dalam Pasal 25 CRPD (daftar lampiran) menyebutkan tentang hak penyandang disabilitas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk jaminan kesehatan serta kewajiban negara-negara pihak untuk mewujudkannya. Beberapa peraturan baik di tingkat lokal maupun internasional terkait jaminan kesehatan bagi penyandang disabilitas, menunjukkan bahwa Negara mempunyai peran yang sangat vital dalam upaya pemenuhan hak kesehatan bagi penyandang disabilitas. Sebelum berbicara lebih lanjut mengenai hak kesehatan, kita perlu memahami mengenai definisi penyandang disabilitas menurut Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 Pasal 1 adalah:

“Orang-orang termasuk mereka yang memiliki kerusakan fisik, mental, intelektual, atau sensorik jangka panjang yang dalam interaksinya dengan berbagai hambatan dapat merintangi partisipasi mereka dalam masyarakat secara penuh dan efektif berdasarkan pada asas kesetaraan”

Sedangkan, beberapa jenis disabilitas adalah sebagai berikut:

(a) Gangguan Penglihatan

Gangguan penglihatan dapat terjadi karena berbagai sebab, baik itu yang terjadi sejak lahir karena bermacam-macam faktor, kelainan genetik, maupun yang disebabkan oleh penyakit tertentu, dan gangguan atau kerusakan penglihatan yang terjadi pada saat usia kanak-kanak, remaja maupun usia produktif (dewasa), yang disebabkan oleh banyak hal seperti kecelakaan, penyakit dan sebab-sebab lainnya.

(b) Gangguan Pendengaran

Gangguan pendengaran adalah ketidakmampuan secara parsial atau total untuk mendengarkan suara pada salah satu atau kedua telinga.

(c) Gangguan Bicara

Gangguan bicara adalah kesulitan seseorang untuk berbicara yang disebabkan antara lain oleh gangguan pada organ-organ tenggorokan, pita suara, paru-paru, mulut, lidah, dan akibat gangguan pendengaran.

(d) Gangguan Motorik dan Mobilitas

Gangguan motorik dan mobilitas adalah disabilitas yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam mengendalikan gerakan otot yang terkadang membatasi mobilitas

(e) *Cerebral Palsy*

Cerebral palsy adalah suatu gangguan atau kelainan yang terjadi pada suatu kurun waktu dalam perkembangan anak, mengenai sel-sel motorik di dalam susunan saraf pusat, bersifat kronik dan tidak progresif akibat kelainan atau disabilitas pada jaringan otak yang belum selesai pertumbuhannya.

(f) Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktif

Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif adalah seorang anak yang selalu bergerak, mengetuk-ngetuk jari, menggoyang-goyangkan kaki, mendorong tubuh anak lain tanpa alasan yang jelas, berbicara tanpa henti, dan bergerak gelisah sering kali disebut hiperaktif. Anak-anak tersebut juga sulit berkonsentrasi pada tugas yang sedang dikerjakannya dalam waktu yang tertentu yang wajar.

(g) Autis

Autis adalah suatu kondisi mengenai seseorang sejak lahir ataupun saat masa balita, yang membuat dirinya tidak dapat membentuk hubungan sosial atau komunikasi yang normal. Akibatnya anak tersebut terisolasi dari manusia lain dan masuk dalam dunia repetitif, aktivitas dan minat yang obsesif.

(h) Epilepsi

Epilepsi adalah penyakit saraf menahun yang menimbulkan serangan mendadak berulang-ulang tak beralasan.

(i) Tourette's Syndrome

Tourette's syndrome adalah kelainan saraf yang muncul pada masa kanak-kanak yang dikarakteristikan dengan gerakan motorik dan suara yang berulang serta satu atau lebih tarikan saraf yang bertambah dan berkurang keparahannya pada jangka waktu tertentu.

(j) Gangguan Sosialitas, Emosional, dan Perilaku

Gangguan sosialitas, emosional, dan perilaku adalah individu yang mempunyai tingkah laku menyimpang/ kelainan, tidak memiliki sikap, melakukan pelanggaran terhadap peraturan dan norma-norma sosial dengan frekuensi yang cukup besar, tidak/kurang mempunyai toleransi terhadap kelompok dan orang lain, serta mudah terpengaruh oleh suasana, sehingga membuat kesulitan bagi diri sendiri maupun orang lain.

(k) Retardasi Mental

Retardasi mental adalah kondisi sebelum usia 18 tahun yang ditandai dengan rendahnya kecerdasan (biasanya nilai IQ-nya di bawah 70) dan sulit beradaptasi.

Dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat termasuk penyandang disabilitas, idealnya diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat berdasarkan prinsip non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia. Aturan mengenai upaya kesehatan bagi penyandang disabilitas juga telah diakomodir dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Beberapa pasal dalam Undang-Undang kesehatan tersebut terkait penyandang disabilitas antara lain:

- (1) Pasal 4: Setiap orang berhak atas kesehatan,
- (2) Pasal 5 ayat (2): Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau,
- (3) Pasal 5 ayat (3): Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya,
- (4) Pasal 10: Setiap orang berkewajiban menghormati hak orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat, baik fisik, biologis, maupun sosial,
- (5) Pasal 14 ayat (1): Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat,
- (6) Pasal 19: Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau,
- (7) Pasal 47: Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan,
- (8) Pasal 51 ayat (1): Upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi individu atau masyarakat,
- (9) Pasal 139 ayat (1): Upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis, dan bermartabat,
- (10) Pasal 139 ayat (2): Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis,
- (11) Pasal 140: Upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia dan penyandang cacat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 dan Pasal 139 dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Dasar pembangunan kesehatan dalam undang-undang tersebut menyebutkan bahwa pada dasarnya setiap orang mempunyai hak yang sama untuk mengakses pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau serta berhak untuk menentukan pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Artinya, setiap orang termasuk penyandang disabilitas memiliki hak yang sama untuk menikmati pelayanan kesehatan yang optimal. Upaya kesehatan itu sendiri dapat dilakukan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif* yang terpadu dan berkesinambungan. Selain itu, pemerintah secara hukum telah menjamin hak bagi penyandang disabilitas atas jaminan kesehatan dalam Pasal 25 Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 Tentang Pengesahan *Convention on The Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas) yang menyatakan secara spesifik hak penyandang disabilitas terkait dengan pembiayaan dan pelayanan kesehatan, yaitu:

“Negara-negara Pihak mengakui bahwa orang-orang penyandang disabilitas memiliki hak untuk menikmati pelayanan kesehatan yang setinggi mungkin dapat dicapai tanpa diskriminasi atas dasar kecacatan. Negara-negara Pihak harus mengambil semua langkah yang layak untuk menjamin akses orang-orang penyandang disabilitas atas pelayanan kesehatan yang sensitif-gender, termasuk rehabilitasi yang berkaitan dengan kesehatan”.

Dalam Pasal tersebut memuat kewajiban khusus bagi Negara-negara Pihak harus:

- (1) Menyediakan bagi orang-orang penyandang disabilitas dengan pelayanan dan program-program kesehatan yang layak, berkualitas, dan bebas biaya, sebagaimana disediakan bagi orang-orang lain, termasuk di bidang kesehatan seksual dan reproduksi serta program-program kesehatan publik yang berdasarkan pada populasi;
- (2) Menyediakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh orang-orang penyandang disabilitas karena kecacatan mereka, termasuk

identifikasi di tahap awal dan intervensi yang diperlukan, serta pelayanan yang dirancang untuk meminimalisir dan mencegah kecacatan lebih lanjut, termasuk di antara anak-anak dan orang-orang tua;

- (3) Menyediakan pelayanan kesehatan yang sedekat mungkin dengan masyarakat di mana orang-orang tersebut bertempat tinggal, termasuk di daerah-daerah perdesaan;
- (4) Menyediakan profesional medis untuk memberikan perawatan kepada orang-orang penyandang disabilitas dengan kualitas yang sama seperti pada orang-orang lainnya, termasuk atas dasar persetujuan yang diberikan secara bebas dan diketahui secara menyeluruh, misalnya dengan meningkatkan kesadaran tentang hak asasi manusia, martabat manusia, otonomi dan kebutuhan orang-orang penyandang disabilitas melalui pelatihan dan penyebarluasan standar-standar etika pelayanan kesehatan publik dan privat;
- (5) Melarang diskriminasi terhadap orang-orang penyandang disabilitas dalam ketentuan tentang asuransi kesehatan, dan asuransi jiwa di mana asuransi semacam itu diperkenankan dalam hukum nasional, yang harus disediakan dengan cara yang adil dan layak;
- (6) Mencegah diskriminasi atas penyangkalan pemberian perawatan kesehatan atau pelayanan kesehatan atau makan dan cairan atas dasar kecacatan.

Penyandang disabilitas seringkali dikecualikan (*exclude factor*) di semua bidang baik sektor sosial, ekonomi dan keterlibatan secara politik seringkali tidak mempunyai kekuatan penuh dalam ikut terlibat dalam pengambilan keputusan. Pengumpulan data tentang jumlah penyandang disabilitas tidak pernah menjadi prioritas dalam pembuatan kebijakan. Kecilnya cacah jiwa penyandang disabilitas di masyarakat mengakibatkan keberadaan mereka tidak nampak. Terdapat beberapa faktor yang turut mendukungnya diantaranya adalah masih adanya stigma malu di keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan disabilitas. Stigma itulah yang mendorong keluarga untuk tidak

membiarkan mereka bersosialisasi di masyarakat. Faktor stigma merupakan sebagai faktor awal pemicu tereksklusinya penyandang disabilitas.

Hubungan antara disabilitas dengan kemiskinan sangat bervariasi yang tidak hanya ditunjukkan dengan tingkat ekonomi. Perlu adanya penekanan bahwa kemiskinan pada disabilitas tidak selalu berkaitan dengan pendapatan tetapi juga erat berkaitan dengan eksklusi sosial dan ketidakberdayaan. Simon Maxwell (1998) menulis bahwa seseorang menjadi miskin dikarenakan mereka tereksklusi sosial oleh masyarakat yang berdasarkan pada status, hak istimewa, ras dan gender. Eksklusi mengarah pada rendahnya sumber daya, tingkat kesehatan dan tingkat pendidikan. Dalam hal ini, masalah disabilitas menjadi sangat kompleks jika dikaitkan dengan tingkat ekonomi dan eksklusi sosial di masyarakat.

CRPD memberikan amanat pada pemerintah (Pusat dan Daerah) untuk menjalankan kewajibannya memberikan hak-hak dasar kepada penyandang disabilitas, salah satu diantaranya hak atas jaminan kesehatan sebagaimana yang tercantum dalam Pasal 25 CRPD. Hak atas jaminan kesehatan bagi penyandang disabilitas tentu tidak terlepas dari kebutuhan khusus (*special measure*) yang harus disesuaikan dengan indikasi medis. Adapun kebutuhan khusus atas jaminan kesehatan bagi penyandang disabilitas menurut peneliti dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

- (1) Jaminan atas pembiayaan kesehatan yang terjangkau (*affordable*), yaitu bahwa setiap biaya pemberian layanan kesehatan harus dapat dijangkau oleh penyandang disabilitas baik dengan biaya sendiri dan atau dibiayai oleh pemerintah. Termasuk didalamnya pembiayaan yang meliputi obat-obatan dan tindakan yang diperlukan secara khusus karena kedisabilitasnya, di mana hal tersebut sering menjadi hal-hal yang tidak bertanggung dalam pembiayaan kesehatan oleh pemerintah. Sebagai contoh adalah vitamin A dosis tinggi, alat bantu kesehatan seperti *hearing aid* dan terapi secara rutin kepada paraplegia atau anak CP (*Cerebral Palsy*) yang

menjadi kewajiban bagi pemerintah untuk memfasilitasinya karena merupakan kebutuhan khusus bagi penyandang disabilitas.

- (2) Jaminan atas pelayanan kesehatan yang dapat dengan mudah diakses oleh penyandang disabilitas. Kemudahan tersebut dapat diartikan secara fisik bangunan gedung dengan sarana prasarananya (adanya *ramp*), pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu) yang mudah diakses oleh penyandang disabilitas. Termasuk juga pelayanan dari petugas medis (mampu mendampingi dan mengetahui kebutuhan khusus penyandang disabilitas).

Kedua prinsip tersebut mengandung arti, jika secara *affordable* pembiayaan pelayanan kesehatan harus terjangkau oleh setiap penyandang disabilitas, hal tersebut dilakukan dengan dua cara yaitu mereka yang tidak mampu membayar harus dibayarkan Negara, dan yang mampu membayar atau melakukan secara mandiri. Sedangkan secara aksesibilitas pembiayaan pelayanan kesehatan tersebut memberikan kemudahan kepada penyandang disabilitas menjadi peserta yang dibiayai negara ataupun secara mandiri, dengan memberikan informasi dan layanan yang mudah diakses oleh penyandang disabilitas. Namun, nampaknya isu disabilitas yang telah diratifikasi dalam perundangan belum diadopsi secara lengkap oleh negara.

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2013 disebutkan bahwa yang menerima secara otomatis sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan gelandangan yang telah terdata oleh Dinas Sosial Kabupaten/ Kota. Penyandang disabilitas oleh Dinas Sosial digolongkan sebagai Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS). Dalam data yang dikeluarkan setiap tahun oleh masing-masing Dinas Sosial seluruh Indonesia, yang termasuk salah satu kategori PMKS adalah fakir miskin, anak terlantar, penyandang disabilitas. Sehingga adanya data PMKS per kategori tersebut dapat diasumsikan bahwa penyandang disabilitas kemungkinan besar tidak secara otomatis terdaftar sebagai PBI Jaminan Kesehatan.

Selanjutnya dalam PP Nomor 12 tahun 2013 Pasal 8 ayat (1) juga menyebutkan bahwa, “Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami Cacat Total dan tidak mampu, berhak menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan”, sedangkan pada ayat (2) bahwa “Penetapan Cacat Total Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh dokter yang berwenang. Jika merujuk pada Undang-Undang SJSN Pasal 1 Angka 16 yang dimaksud cacat total tetap adalah cacat yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan. Pendefinisian mengenai cacat (baca:disabilitas) total tetap dalam jaminan kesehatan tersebut kemungkinan akan semakin memarjinalkan hak kesehatan bagi seluruh penyandang disabilitas. Jika melihat data penyandang disabilitas, justru yang terbesar berasal dari penyandang disabilitas dengan kategori tidak berat. Sebagian besar penyandang disabilitas berasal dari kelompok ekonomi miskin. Pembedaan klasifikasi tersebut menurut peneliti hendaknya tidak perlu dilakukan karena setiap penyandang disabilitas juga mempunyai kebutuhan akan kesehatan.

Pemerintah nampaknya masih memahami bahwa hak kesehatan bagi penyandang disabilitas hanyalah rehabilitasi medis saja. Dalam PP Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 22 tentang Jaminan Kesehatan menyebutkan bahwa salah satu pelayanan kesehatan yang didapat adalah rehabilitasi medis. Sebagaimana telah disebutkan di atas, penyandang disabilitas memiliki beberapa kebutuhan khusus yang perlu untuk diperhatikan. Meskipun demikian rehabilitasi medis ini juga masih penting dilakukan namun pelaksanaannya masih terkendala oleh fasilitas dan tenaga SDM dari pelayanan kesehatan. Pelayanan rehabilitasi medik adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsional yang diakibatkan oleh keadaan atau kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui panduan intervensi medik, keterampilan fisik untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal. Pelayanan rehabilitasi medik meliputi:

(1) Pelayanan Fisioterapi

Adalah bentuk pelayanan kesehatan untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi organ tubuh dengan

penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, elektro terapiutik dan mekanis pelatihan)

(2) **Pelayanan Okupasi Terapi**

Adalah pelayanan kesehatan untuk mengembangkan, memelihara, memulihkan fungsi dan untuk mengupayakan adaptasi untuk aktivitas sehari-hari dan produktivitas. Terapi ini untuk membantu seseorang menguasai ketrampilan motorik halus dengan lebih baik. Keterampilan motorik halus merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu dengan otot-otot kecil yang ada didalam tangan.

Bagi penyandang disabilitas yang tinggal di daerah perkotaan kemungkinan dapat dengan mudah melakukan rehabilitasi medis di rumah sakit, YPAC maupun puskesmas. Akan tetapi, bagi penyandang disabilitas di daerah tertinggal akan sangat sulit melakukan rehabilitasi medis karena masih harus pergi ke kota yang menerima pelayanan kesehatan rehabilitasi medis. Hingga saat ini puskesmas sebagai pelayanan tingkat dasar di masyarakat masih banyak yang tidak memiliki tenaga fisioterapi sehingga rehabilitasi medis kemungkinan masih belum dapat dilakukan secara maksimal.

Pemerintah telah menyelenggarakan beberapa skema jaminan kesehatan untuk warga negara diantaranya yang telah diselenggarakan oleh pemerintah pusat (Jamkesmas) dan pemerintah daerah (Jamkesda). Jamkesmas (Jaminan kesehatan Masyarakat) adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga Indonesia yang memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah pusat agar kebutuhan dasar kesehatan yang layak dapat terpenuhi. Program Jamkesmas diselenggarakan berdasarkan konsep asuransi sosial. Secara umum tujuan dari Jamkesmas adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Sedangkan tujuan khususnya adalah: (1) meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang

mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit; (2) meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, dan (3) terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Sedangkan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), adalah sistem jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah yang penyelenggaraannya berdasarkan atas usaha bersama dan kekeluargaan untuk menggabungkan risiko seseorang ke dalam suatu kelompok masyarakat yang pembiayaannya dilakukan secara praupaya serta mutu terjamin. Jamkesda ini dapat terdiri dari dua macam, yaitu: (1) Jamkesda kabupaten atau kota, yaitu sistem jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Kabupaten atau Kota yang sumber pembiayaan menggunakan APBD Kabupaten/Kota; dan (2) Jamkesos (Jaminan Kesehatan Sosial), yaitu Jaminan Kesehatan Sosial yang diselenggarakan dengan menggunakan sumber pembiayaan dari APBD provinsi dan/atau pembiayaan bersama APBD kabupaten kota melalui mekanisme COB (*Coordination of Benefit*) artinya berbagi manfaat dalam jaminan kesehatan sosial.

Namun, dari beberapa kasus yang ada terlihat bahwa kebijakan dan skema jaminan kesehatan tersebut ternyata masih belum mampu menjawab kebutuhan kesehatan bagi penyandang disabilitas. Pada dasarnya, permasalahan penyandang disabilitas membutuhkan keterlibatan lintas sektor. Tidak hanya dibutuhkan campur tangan Pemerintah (Pusat dan Daerah) namun juga keterlibatan aktif dari masyarakat sangat membantu terwujudnya lingkungan yang inklusif. Beberapa permasalahan yang masih sering muncul adalah kurangnya informasi yang diperoleh para penyandang disabilitas terhadap kebijakan jaminan kesehatan tersebut dan masih terbatasnya paket manfaat yang ditanggung. Hal ini dapat diartikan bahwa masih ada kesenjangan antara kebutuhan penyandang disabilitas terkait pembiayaan maupun paket manfaat dengan realita pemenuhan hak atas jaminan kesehatan. Berkait dengan permasalahan tersebut, menjadi penting untuk para penyandang disabilitas dan keluarga untuk mengetahui skema-skema kebijakan jaminan kesehatan yang ada, agar

dapat mengakses jaminan kesehatan. Pemberian advokasi yang melibatkan para pemangku kepentingan baik di tingkat pusat maupun daerah hendaknya juga dilakukan.

3.2 Hak Jaminan Sosial Bagi Penyandang Disabilitas di Daerah Tertinggal

Berdasarkan Pasal 28H ayat (3) UUD Amandemen II, setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Hak atas kualitas hidup yang layak bagi manusia ini dikuatkan oleh Pasal 34 ayat (2) UUD Amandemen IV yang mewajibkan kepada Negara untuk menjamin pemenuhan hak warganya dalam mengembangkan jaminan sosial dan memberdayakan masyarakat lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaan.

Penyandang disabilitas telah dijamin pemenuhan kualitas hidupnya oleh Negara. Beberapa peraturan bahkan secara khusus mengatur pemenuhan hak tersebut, antara lain:

- (1) Pasal 16 Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat, yang menyatakan bahwa Pemerintah dan/ atau masyarakat menyelenggarakan upaya:
 - (a) Rehabilitasi
 - (b) Bantuan sosial
 - (c) Pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial.
- (2) Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, yang menjelaskan bahwa Jaminan Sosial dimaksudkan untuk menjamin fakir miskin, anak yatim piatu terlantar, lanjut usia terlantar, penyandang cacat fisik, cacat mental, cacat fisik dan mental eks-penyakit kronis yang mengalami masalah ketidakmampuan sosial ekonomi agar kebutuhan dasarnya terpenuhi.

- (3) Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 06B/HUK/2010 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial di 50 kabupaten daerah tertinggal.

Ketiga peraturan tersebut menegaskan bahwa negara merupakan agen pemenuhan jaminan sosial bagi penyandang disabilitas, termasuk yang berada di daerah tertinggal. Sehingga dapat dipastikan bahwa secara peraturan perundang-undangan perlindungan sosial bagi penyandang disabilitas di Indonesia sesungguhnya telah cukup lengkap dan baik, yang masih menjadi kendala adalah implementasinya yang masih jauh dari harapan.

Penyandang disabilitas adalah kelompok rentan yang secara moral menjadi tanggung jawab seluruh lapisan masyarakat. Meskipun tidak semua penyandang disabilitas berasal dari keluarga miskin, namun keberadaan mereka di tengah masyarakat menjadi tantangan bagi seluruh orang di lingkungannya untuk bisa beradaptasi dengan kondisi fisik dan mental yang berbeda kemampuannya dibanding orang normal pada umumnya. Terlebih lagi penyandang disabilitas yang tinggal di Daerah Tertinggal yang pada umumnya infrastruktur di wilayah tersebut masih jauh dari layak dari segi jumlah dan fungsinya. Para penyandang disabilitas di wilayah tersebut harus berjuang tiga kali lebih keras dibanding penyandang disabilitas di daerah lain. Pertama, mereka harus bisa mengatasi kemiskinan keluarga sehingga tidak ada biaya untuk berobat dan memperoleh pendidikan yang layak sebagai bekal hidupnya. Kedua, mereka seringkali harus berjuang mengatasi kondisi alam tempat tinggal mereka karena Daerah Tertinggal umumnya memiliki wilayah yang cukup luas dan susah untuk dijangkau karena keterbatasan infrastrukturnya. Dan ketiga, mereka juga hampir selalu tertinggal dalam informasi akibat keterbatasan sumber daya manusia yang menjadi agen pemenuhan layanan publik yang dibutuhkan oleh penyandang disabilitas di wilayah itu.

Pada dasarnya, Negara telah berupaya melindungi seluruh penyandang disabilitas agar dapat mengakses seluruh hak yang dimilikinya sebagai Warga Negara Indonesia (WNI) sesuai dengan

kebutuhan, jenis disabilitas dan derajat disabilitasnya. Artinya, secara pondasi dalam rangka penegakan hak asasi manusia bagi penyandang disabilitas di Indonesia, Negara telah mengakomodir setiap kebutuhan bagi persamaan kedudukan dan kesempatan untuk hidup sejahtera seperti WNI lainnya. Bahkan peraturan turunannya pun telah banyak diterapkan di berbagai Daerah di Indonesia. Seperti misalnya di Provinsi Jawa Barat, Provinsi DKI Jakarta, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Kota Bandung, Kabupaten Sleman dan Kota Surakarta yang telah memiliki Perda yang khusus mengatur perlindungan bagi penyandang disabilitas di wilayahnya. Perda itu juga mencakup jaminan sosial bagi penyandang disabilitas di wilayah tersebut. Lalu bagaimana nasib penyandang disabilitas yang hidup di Daerah Tertinggal? Apakah pemenuhan hak itu juga dapat diakses berdasarkan Perda yang ada di wilayahnya? Apakah Daerah-nya telah memiliki Perda bagi penyandang disabilitas?

Sejak tahun 1997 secara formal Pemerintah Indonesia telah mengakomodir kebutuhan akan adanya jaminan sosial bagi penyandang disabilitas. Dalam Pasal 16 Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat telah dinyatakan bahwa baik Pemerintah maupun masyarakat menyelenggarakan upaya rehabilitasi, bantuan sosial dan pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial. Pasal ini memberikan tugas kepada Pemerintah dan seluruh lapisan masyarakat untuk peduli terhadap penyandang disabilitas terutama dalam hal pemenuhan kebutuhan hidupnya. Bantuan sosial dalam pasal ini diartikan bagi Pemerintah sebagai kewajiban untuk memberikan jaminan sosial bagi penyandang disabilitas.

Berdasarkan data dari Pemerintah Pusat (Kementerian Sosial), hingga saat ini di seluruh Indonesia tercatat 22.000 (dua puluh dua ribu) jiwa penyandang disabilitas yang menerima bantuan jaminan sosial Rp.300.000 tiap bulan. Bantuan itu diberikan kepada Orang Dengan Kecacatan (ODK) Berat, istilah yang masih digunakan oleh Kementerian Sosial hingga saat ini. Jaminan sosial bagi ODK Berat tersebut dibayarkan langsung ke ODK Berat yang bersangkutan melalui PT Pos Indonesia. Hal ini untuk memudahkan distribusi

mengingat bahwa PT. Pos Indonesia telah menjangkau hampir seluruh pelosok Indonesia.

Pemberian jaminan sosial bagi ODK Berat di tiap provinsi tidak selalu sama jumlahnya sesuai dengan penilaian hasil *assessment* (penaksiran) yang dilakukan oleh Kementerian Sosial melalui Dinas Sosial di provinsi yang bersangkutan. Pemberian jaminan sosial ini belum bisa dibagikan dengan prioritas berdasarkan otonomi daerah. Bahkan hingga saat ini belum ada prioritas bagi penyandang disabilitas di Daerah Tertinggal. Pembagian jumlah penyandang disabilitas berat (ODK Berat) penerima jaminan sosial tetap menjadi kewenangan Dinas Sosial di provinsi. Pemberian jaminan sosial Rp.300.000,-/bulan itu dialokasikan untuk pemenuhan kebutuhan dasarnya, terutama pemenuhan gizi penyandang disabilitas berat (termasuk vitamin, susu, dan pampers).

Pada praktiknya, penggunaan jaminan sosial itu juga diawasi oleh Tim Kesejahteraan Sosial Tingkat Kecamatan (TKSK) dari Dinas Sosial setempat atau Kader RBM di tiap kecamatan. Hal itu dilakukan untuk menjamin penggunaannya agar sesuai dengan tujuan pemberian jaminan sosial bagi penyandang disabilitas berat. Beberapa TKSK/ Kader RBM menyampaikan bahwa di lapangan ditemukan kasus penyalahgunaan jaminan sosial tersebut oleh keluarga penyandang disabilitas berat penerimanya. Pembayaran jaminan sosial yang umumnya 3-6 bulan sekali itu justru digunakan untuk membeli kendaraan roda dua, hewan ternak atau kebutuhan hidup lainnya yang tidak ada kaitannya dengan peningkatan gizi atau kebutuhan penyandang disabilitasnya. Menghadapi kasus yang demikian. Dinas Sosial setempat biasanya langsung menghentikan pemberian jaminan sosial pada tahun berikutnya dan mengalihkan untuk penyandang disabilitas berat lainnya yang ada di wilayah Kabupaten tersebut.

Selama ini konsep tentang kebutuhan dasar bagi seseorang selalu diasumsikan hanya sandang, pangan dan papan saja. Artinya, selama seseorang memiliki tempat berteduh dari panas matahari dan hujan, berpakaian, dan makan sehari tiga kali terpenuhi, orang tersebut

telah terpenuhi kebutuhan dasarnya. Padahal kebutuhan dasar itu tidak semata-mata hanya makan sehari tiga kali saja. Kandungan gizi dalam makanan itu pun harus terpenuhi sesuai dengan kebutuhan pertumbuhan dan daya tahan tubuhnya. Seorang penyandang disabilitas membutuhkan asupan gizi yang jauh lebih besar dibanding orang yang secara fisik dan mental lebih normal atau sehat. Belum lagi perlunya asupan obat yang menyangkut jenis dan derajat disabilitasnya. Fisioterapi dan terapi okupasi bagi penyandang disabilitas juga menjadi kebutuhan dasar mengingat pentingnya melatih mereka agar bisa beraktifitas sebatas kemampuan fisik dan mentalnya serta mandiri (makan, minum, mandi, berpakaian, dan sebagainya).

Apabila mengacu pada Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, maka setiap penyandang disabilitas di Indonesia berhak atas segala bentuk jaminan sosial, termasuk di dalamnya mendapatkan rehabilitasi dan pemberdayaan sosial. Dalam undang-undang tersebut ditegaskan bahwa setiap warga negara yang termasuk dalam kelompok rentan (termasuk penyandang disabilitas) berhak atas kesejahteraan sosial yang dalam Pasal 1 ayat (1) dan (2) disebutkan sebagai kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya. Kesejahteraan sosial ini dalam bentuk pelayanan sosial yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial dan perlindungan sosial. Undang-undang ini pun secara tegas menyebutkan bahwa penyandang disabilitas yang berhak mendapat jaminan sosial adalah penyandang cacat fisik dan mental, termasuk mereka yang eks penyakit kronis seperti kusta agar dapat terpenuhi kebutuhan dasarnya. Yang menjadi persoalan sekarang adalah bagaimana bentuk jaminan sosial agar tepat sasaran dan manfaatnya optimal?

Berdasarkan Pasal 9 ayat (2) Undang-Undang No.11/2009, jaminan sosial yang dimaksud berbentuk asuransi kesejahteraan sosial dan bantuan langsung berkelanjutan. Perlu dipahami dulu apa itu asuransi kesejahteraan sosial dan bantuan langsung berkelanjutan. Asuransi kesejahteraan sosial sering disebut juga Askesos. Berdasarkan

Peraturan Dirjen Perbendaharaan Nomor 30/PB Tahun 2006 tentang Asuransi Kesejahteraan Sosial (Askesos) adalah:

“Sistem perlindungan sosial untuk memberikan jaminan pertanggung jawaban dalam bentuk pengganti pendapatan keluarga bagi warga masyarakat sebagai pekerja mandiri di sektor informal terhadap resiko menurunnya tingkat kesejahteraan sosial akibat pencari nafkah utama dalam keluarga yang menderita sakit, mengalami kecelakaan dan/atau meninggal dunia yang belum terjangkau oleh asuransi lain”.

Sementara bantuan langsung berkelanjutan adalah bantuan yang diberikan dalam bentuk uang secara berkala dan tetap untuk pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi golongan masyarakat tertentu yang lemah atau tidak mandiri secara ekonomi, seperti fakir miskin, anak yatim piatu terlantar, lanjut usia terlantar, penyandang cacat fisik, cacat mental, eks penyakit kronis, pejuang, perintis kemerdekaan dan keluarga pahlawan. Dari kedua pengertian yang ada maka yang dapat diterima oleh penyandang disabilitas hanya bantuan langsung berkelanjutan.

Bagi penyandang disabilitas, selain bantuan langsung berkelanjutan juga diberikan rehabilitasi medis untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuannya agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar. Rehabilitasi medis itu mempunyai fungsi:

(a) **Kuratif**

Memberikan layanan yang berfungsi sebagai penyembuhan dari gangguan yang dialami oleh individu yang membutuhkan layanan khusus dalam bidang koordinasi, gerak motorik, komunikasi, psiko sosial, pendidikan.

(b) **Rehabilitatif**

Memberikan layanan yang berfungsi sebagai pemulihan atau memberi kemampuan pada individu yang mengalami gangguan koordinasi, gerak motorik, komunikasi, psiko sosial, pendidikan.

(c) **Promotif**

Memberikan layanan yang berfungsi sebagai upaya peningkatan kemampuan yang sudah dimiliki dengan harapan individu yang membutuhkan layanan khusus mengalami peningkatan kondisi yang lebih normal secara optimal.

(d) **Preventif**

Memberikan layanan pencegahan dari kondisi disabilitas, agar tidak menjadi lebih parah atau lebih berat. Dengan adanya fungsi pencegahan terhadap gangguan melalui layanan rehabilitasi diharapkan individu yang membutuhkan layanan khusus dapat terhindar dari disabilitas yang lebih berat.

Rehabilitasi medis yang menjadi *domain* Kementerian Kesehatan pada kenyataannya belum mampu menjangkau seluruh pelosok tanah air sehingga masih sangat banyak penyandang disabilitas terutama dari keluarga miskin yang tidak mendapat rehabilitasi medis. Hal ini hampir selalu terjadi di daerah tertinggal akibat minimnya jumlah tenaga medis (baca: fisioterapis) dan infrastruktur yang masih belum memadai. Kedua hal tersebut menjadi kendala utama dalam pemenuhan akses pelayanan kesehatan sehingga seringkali *domain* ini diambil alih oleh tenaga sukarela/Kader RBM/TKSK dari Dinas Sosial setempat yang telah dilatih untuk melakukan terapi bagi para penyandang disabilitas di wilayahnya.

Hingga saat ini, jaminan sosial atau bantuan langsung berkelanjutan yang diberikan oleh Kementerian Sosial diperuntukan bagi penyandang disabilitas berat. Adapun jaminan sosial yang bersifat *livelihood rights* masih harus dikoordinasikan dengan Dinas Sosial terkait dan UPT agar bisa memberikan kesempatan mengikuti program pemberdayaan yang ada. Hanya saja keinginan tersebut selalu terkendala oleh hal-hal yang bersifat klasik, yaitu: kurangnya sumber daya manusia, minimnya dana operasional, wilayah dan kondisi geografis yang susah dijangkau karena keterbatasan infrastruktur di wilayah tersebut.

Berdasarkan data dari PUSDATIN tahun 2010, penyandang disabilitas berat di seluruh Indonesia mencapai 11.580.117 jiwa. Penyandang disabilitas berat mencapai 855.169 jiwa. Sementara itu, Kementerian Sosial baru memberi jaminan sosial bagi 22.000 jiwa penyandang disabilitas berat di seluruh Indonesia, itu berarti baru 2,6% penyandang disabilitas berat yang mendapat bantuan untuk memenuhi kebutuhan dasar hidupnya. Alasan belum terpenuhinya kebutuhan penyandang disabilitas berat itu:

- (1) Sampai saat ini pemberian jaminan sosial itu masih merupakan uji coba karena dana ada di Pemerintah Pusat (Kementerian Sosial), dan
- (2) Masih menguji tingkat efektifitas kebutuhan penyandang disabilitas berat.

Sejak pertama kali diujicobakan tahun 2006 hingga saat ini, anggaran jaminan sosial untuk rehabilitasi sosial bagi penyandang disabilitas berat dan panti sosial hanya mampu untuk 52.000 jiwa, yang terdiri dari 22.000 jiwa penyandang disabilitas berat, 15.000 jiwa penerima manfaat di LKS (*outsourcel*/yayasan berbentuk panti), sisanya diberikan kepada penyandang disabilitas yang ada di luar panti dalam bentuk pelatihan dan terapi. Hal ini sesuai dengan Pasal 34 ayat (2) UUD Amandemen IV yang menyatakan bahwa Negara wajib untuk mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaan. Adapun penerima manfaatnya masih belum dapat dikatakan mayoritas berada di daerah tertinggal. Satu-satunya yang bisa dipastikan hanyalah status ekonomi mereka yang berasal dari keluarga miskin.

Sampai detik ini, Kementerian Sosial belum bisa memberikan jaminan sosial dengan prioritas otonomi daerah. kabupaten daerah tertinggal belum bisa menjadi prioritas dalam pembagian jaminan sosial bagi warganya yang penyandang disabilitas. Hal itu sangat terkait pada anggaran Kementerian Sosial untuk Rehabilitasi Sosial yang terhitung masih sangat kecil jumlahnya dibanding jumlah calon

penerima manfaat yang ada. Kondisi itulah yang kemudian membuat Pemerintah mendorong keterlibatan pihak swasta dan seluruh anggota masyarakat agar lebih memperhatikan kebutuhan penyandang disabilitas di sekitarnya.

Saat ini mulai terjadi perubahan paradigma tentang penyandang disabilitas. Yang semula bersifat *charity* (amal) mulai berubah pada konsep hak asasi manusia yang non diskriminatif. Penyandang disabilitas tidak boleh lagi dipandang sebagai beban masyarakat yang perlu dikasihani dan diadakan kebutuhan dasarnya (tentunya hal ini tidak berlaku bagi penyandang disabilitas berat dari keluarga miskin yang sudah sewajarnya menerima jaminan sosial). Penyandang disabilitas yang masih mampu berkarya untuk hidup mandiri perlu diberi akses agar dapat memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri dan tidak lagi bergantung pada belas kasihan orang lain. Yang dibutuhkan disini adalah pemberdayaan bagi mereka sehingga bantuan itu hanya merupakan pembuka jalan dalam usahanya.

Beberapa waktu yang lalu mulai muncul wacana agar tahun 2014 dana jaminan sosial didekonsentrasi-kan ke Pemerintah Daerah. Namun keputusannya masih harus menunggu sampai disahkannya Undang-Undang Bantuan Sosial. Sementara itu Pemerintah telah memutuskan beberapa Kementerian untuk mengalokasikan anggarannya bagi pembiayaan pemberdayaan penyandang disabilitas yang terkait di berbagai Kementerian, seperti misalnya:

- (1) Untuk pelatihan kerja: Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi.
- (2) Untuk aksesibilitas: Kementerian Pekerjaan Umum.
- (3) Untuk informasi: Kementerian Komunikasi Dan Informasi.
- (4) Untuk pelayanan di panti dan di luar panti: Kementerian Sosial.
- (5) Untuk pendidikan: Kementerian Pendidikan Dan Kebudayaan.

Dalam Undang-Undang SJSN tahun 2004 diatur tentang jaminan sosial bagi penyandang disabilitas. Hanya saja yang dimaksud disabilitas dalam undang-undang ini adalah mereka yang menjadi disabilitas akibat kecelakaan kerja dan bukan penyandang disabilitas

pada umumnya. Hal ini tercantum pada Pasal 29 ayat (2) yang menyatakan bahwa jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja.

Dari uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa sampai saat ini di seluruh Indonesia, jaminan sosial bagi penyandang disabilitas (terutama penyandang disabilitas berat) hanya berasal dari Kementerian Sosial saja. Beberapa daerah di tingkat provinsi dan kabupaten/kota ada yang telah mengalokasikan anggaran dalam APBD-nya guna memberi jaminan sosial bagi warganya yang penyandang disabilitas. Namun kebijakan baik tersebut tidak serta merta dapat ditiru oleh Pemerintah Daerah lainnya mengingat kemampuan PAD di setiap daerah tidak sama bahkan ada yang tertinggal. Oleh sebab itu sudah menjadi rahasia umum bahwa anggota masyarakat yang penyandang disabilitas dan miskin terutama di Daerah Tertinggal harus berjuang tiga kali lebih kuat dibanding penyandang disabilitas lainnya agar bisa mengakses pemenuhan kebutuhan dasarnya.

BAB IV

PENYANDANG DISABILITAS DI KABUPATEN SUKABUMI

4.1 Selayang Pandang Kabupaten Sukabumi

Kabupaten Sukabumi merupakan kabupaten terluas se-Jawa dan Bali. Hal itu tidak terlepas dari karakteristik geografis Sukabumi dan luas wilayah yang dimiliki oleh salah satu kabupaten di Jawa Barat ini. Jika dilihat secara geografis, Kabupaten Sukabumi terletak di antara 6057'– 7025' Lintang Selatan dan 106049'–107000' Bujur Timur. Adapun luas wilayah yang dimiliki oleh Kabupaten Sukabumi sebesar 4.161 km² atau 11,21% dari luas Jawa Barat atau 3,01% dari seluruh luas Pulau Jawa. Dengan luas wilayah administratif yang dimilikinya, menjadikan Sukabumi menjadi kabupaten dengan wilayah administratif terluas di Jawa dan Bali.

Kabupaten Sukabumi terletak di Provinsi Jawa Barat dengan jarak 96 km dari Bandung (Ibukota Provinsi Jawa Barat) dan 119 km dari Jakarta (Ibukota Negara Indonesia). Bentang alam atau bentuk permukaan bumi yang dimiliki oleh Kabupaten Sukabumi cukup banyak, ada dataran tinggi, dataran rendah dan pantai. Ketiganya merupakan aset bagi Pemerintah Daerah dalam memajukan pembangunan di wilayahnya. Kabupaten Sukabumi berbatasan dengan Kabupaten Bogor di utara, Kabupaten Cianjur di timur, Samudera Hindia di selatan, dan Kabupaten Lebak di Barat. Sebagai bagian dari wilayah Jawa Barat, Kabupaten Sukabumi memiliki posisi geografis di bagian selatan. Posisi ini agak kurang menguntungkan karena wilayah bagian selatan Jawa Barat memiliki banyak keterbatasan alamiah sehingga kurang dapat bersaing dalam konstalasi regional maupun nasional. Kondisi ini juga mempengaruhi predikat Kabupaten Sukabumi sebagai salah satu daerah tertinggal di Indonesia, karena perkembangan pembangunannya masih kurang. Hal itu sangat

mempengaruhi tingkat kemajuan kualitas manusia, ekonomi, sosial budaya, dan lingkungan.

Sebesar 40% wilayah di Kabupaten Sukabumi berbatasan dengan lautan dan sebesar 60% berbatasan dengan daratan. Berdasarkan data yang ada, penggunaan lahan di Kabupaten Sukabumi adalah sebagai berikut; pekarangan/perkampungan 18.814 ha (4,48%), sawah 62.083 ha (14,78%), tegalan 103.443 ha (24,63%), perkebunan 95.378 ha (22,71%), danau/kolam 1.486 ha (0,35%), hutan 135.004 ha (32,15%), dan penggunaan lainnya 3.762 ha (0,90%) (Website Pemerintah Kabupaten Sukabumi, 2013).

Dalam penyelenggaraan pemerintahan, Kabupaten Sukabumi memiliki beberapa karakteristik utama, yaitu:

a. Kawasan Daerah Tertinggal

Kabupaten Sukabumi termasuk salah satu dari 183 Kabupaten di Indonesia yang masuk kategori sebagai daerah tertinggal. Di Jawa Barat sendiri, terdapat dua kabupaten yang masih termasuk kategori daerah tertinggal, yaitu Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi. Sebagai wilayah yang dekat dengan pusat pemerintahan, yaitu Jakarta dan Bandung, Kabupaten Sukabumi termasuk kabupaten yang memiliki kriteria-kriteria sebagai daerah tertinggal. Faktor kedekatan jarak dari pusat pemerintahan ternyata tidak menutup kemungkinan bahwa suatu daerah bisa termasuk daerah tertinggal.

Selama ini, kawasan daerah tertinggal identik dengan daerah terpencil dan jauh dari pusat pemerintahan. Akan tetapi, dengan masuknya Kabupaten Sukabumi dan Garut sebagai daerah tertinggal mematahkan asumsi tersebut. Predikat sebagai daerah tertinggal bisa dimiliki oleh setiap daerah di Indonesia jika tidak mampu memaksimalkan potensi untuk mempercepat pembangunan di daerahnya. Menurut Bupati Sukabumi, H. Sukmawijaya dan Ketua DPRD Kabupaten Sukabumi, Badri Suhendi bahwa Kabupaten Sukabumi seharusnya sudah lepas dari predikat sebagai Daerah tertinggal mengingat capaian tingkat Indeks Pembangunan Manusia

(IPM) di Kabupaten Sukabumi sudah mengalami peningkatan selama kurun waktu lima tahun terakhir yang diukur dari parameter pendidikan, kesehatan, dan daya beli. Akan tetapi, target dari Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal (KPDT) bahwa Kabupaten Sukabumi akan lepas dari predikat daerah tertinggal pada tahun 2014 bersama 50 daerah lain di Indonesia (Asy'ari, 2013).

b. Bentuk Lahan yang Bervariasi

Sebagai salah satu daerah tertinggal di Jawa Barat, Kabupaten Sukabumi memiliki ciri fisik geografis yang unik. Wilayah Kabupaten Sukabumi memiliki lahan yang bervariasi, dari dataran sampai gunung. Dataran (lereng dengan kemiringan 0–2%) sekitar 9,4%; berombak sampai bergelombang (lereng 2–15%) sekitar 22%; bergelombang sampai berbukit (lereng 15–40%) sekitar 42,7%; dan berbukit sampai bergunung (kemiringan lebih besar dari 40%) sekitar 25,9%. Ketinggian tanah wilayah Kabupaten Sukabumi juga bervariasi antara 0 – 2.958 meter di atas permukaan laut (KPDT, TT: 280).

Bentuk tanah yang bervariasi ini juga mempengaruhi tingkat pemanfaatannya. Sebagian besar tanah di Kabupaten Sukabumi berjenis tanah latosol dan podsolik dengan tingkat kesuburan yang rendah. Jenis tanah ini banyak terdapat di kawasan Kabupaten Sukabumi bagian selatan. Maka tak mengherankan jika bagian selatan inilah yang merupakan daerah tertinggal di Kabupaten Sukabumi. Kondisi tanah yang kurang subur di Kabupaten Sukabumi berdampak pada sektor pertanian, yaitu berkurangnya tenaga kerja di sektor pertanian karena pergeseran tenaga kerja dari sektor pertanian ke non-pertanian. Sektor pertanian kini kurang dilirik oleh masyarakat karena hasilnya kurang begitu memuaskan. Selain itu, ada juga tanah jenis andosol dan regosol (di daerah pegunungan dan pantai), serta tanah aluvial (di daerah lembah dan sungai).

c. Wilayah Administratif yang Luas

Kabupaten Sukabumi merupakan daerah kabupaten yang memiliki luas wilayah administratif terluas se-Jawa dan Bali. Data terakhir menunjukkan bahwa Kabupaten Sukabumi terdiri atas 47 kecamatan, yang meliputi 364 desa dan 3 kelurahan. Sebagian wilayah Kabupaten Sukabumi adalah pegunungan, kecuali di sebagian pantai selatan yang berupa dataran rendah. Beberapa puncak berada di bagian utara, di antaranya Gunung Halimun (1.929 meter), Gunung Salak (2.211 meter), dan Gunung Gede (2.985). Adapun sungai yang mengalir di Kabupaten Sukabumi adalah Sungai Cilandar dan Sungai Cikaso yang muaranya berada di Samudera Indonesia (KPDT, TT: 280–281). Topografi yang sangat beragam serta luas wilayah yang sangat luas ini menjadikan pembangunan infrastruktur di Kabupaten Sukabumi agak terkendala. Masih banyak jalan-jalan utama yang rusak, dan belum banyak jalan desa yang diaspal menjadikan arus ekonomi belum bisa terdistribusi dengan baik ke seluruh wilayah di Kabupaten Sukabumi. Pusat ekonomi masih tersentral di ibukota kabupaten dan daerah-daerah yang memiliki infrastruktur baik. Daerah yang infrastruktur jalannya masih rusak agak tertinggal di bidang ekonomi bila dibandingkan daerah lain di Kabupaten Sukabumi.

4.2 Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi

Sebagai daerah yang menyandang status daerah tertinggal, Kabupaten Sukabumi masih mengalami berbagai masalah dalam berbagai bidang pembangunan dan kesejahteraan masyarakat. Isu lain yang masih menjadi kendala di Kabupaten Sukabumi adalah penyandang disabilitas. Sebagai bagian dari masyarakat Kabupaten Sukabumi, mereka memiliki hak dan kewajiban yang sama di mata hukum, meskipun dalam ragam maupun bentuk yang berbeda mengingat perbedaan kemampuan mereka.

Menangani isu disabilitas yang cukup sensitif di masyarakat perlu perhatian khusus dari pihak-pihak terkait agar tidak menimbulkan permasalahan lain. Peran pemerintah melalui dinas terkait, dalam hal

ini dinas sosial perlu menjadi perhatian. Selama ini, program-program dinas sosial selalu terkendala masalah pendanaan, misalnya; program asistensi sosial³ untuk penyandang disabilitas berat ternyata tidak mencukupi untuk semua jumlah penyandang disabilitas berat yang terdata. Hanya sebagian kecil saja dari mereka yang mendapat asistensi sosial ini. Hal ini tentunya dapat menimbulkan kecemburuan sosial di masyarakat karena tidak meratanya pembagian asistensi sosial ini.

Mengenai jumlah penyandang disabilitas pun terjadi perbedaan pendataan, baik yang dilakukan oleh BPS maupun Dinas Sosial setempat. Padahal data penyandang disabilitas yang valid dan selalu *up to date* (terbarukan) akan mempermudah dalam pelaksanaan kebijakan program-program yang akan dilakukan. Dari data yang dikeluarkan oleh Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat Tahun 2013, jumlah total penyandang disabilitas di Kabupaten Sukabumi tercatat sebanyak 3,868 orang. Sedangkan data BPS 2011 menunjukkan jumlah penyandang disabilitas sebanyak 6.364 orang. Perbedaan penurunan jumlah penyandang disabilitas yang cukup signifikan ini perlu divalidasi kembali, meskipun terdapat perbedaan waktu dua tahun dan dari dua instansi yang berbeda. Bahkan, beberapa pejabat baik dari dinas sosial maupun dinas kesehatan masih menyangsikan akan validitas data yang dikeluarkan oleh BPS.⁴ Adapun rinciannya adalah sebagaimana terdapat dalam tabel berikut ini.

³Asistensi sosial adalah bentuk pemberian jaminan sosial bagi orang dengan disabilitas berat dari pemerintah melalui kementerian sosial untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, seperti; pangan, sandang, dan papan. Kebijakan pemberian bantuan jaminan sosial kepada penyandang disabilitas berat oleh pemerintah diantar ke rumah wali penyandang disabilitas berat yang bersangkutan oleh petugas PT. Pos kecamatan setiap bulan sebesar Rp.300.000,-

⁴Wawancara dengan Ujang Zulkifli, Kepala Bidang Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi tanggal 23 Mei 2013.

Tabel 6. Data Penyandang Cacat/Disabilitas di Kabupaten Sukabumi 2013

No.	Jenis Disabilitas/Kecacatan	Jumlah
1.	Tuna Daksa/Cacat Fisik	605
2.	Tuna Grahita	1341
3.	Tuna Netra	-
4.	Tuna Rungu Wicara	271
5.	Cacat Ganda	575
6.	Eks Psikotik	680
7.	Cacat Berat	195
8.	Eks Penyakit Kronis	201
9.	Lain-Lain	-
Jumlah		3868

Sumber: Diolah dari "Data Penyandang Cacat Dari Kabupaten dan Kota di Jawa Barat Bulan Desember 2012" Dinas Sosial Jawa Barat

Tabel 7. Data Penyandang Cacat/Disabilitas di Kabupaten Sukabumi 2011

No.	Kecamatan	Jmlh	No.	Kecamatan	Jmlh	No.	Kecamatan	Jmlh
1.	Ciomas	155	17.	Simpenan	86	33.	Cibadak	261
2.	Ciracap	111	18.	Warungkiara	195	34.	Cicantayan	191
3.	Waluran	102	19.	Bantargadung	101	35.	Caringin	44
4.	Surade	1	20.	Jampangtengah	241	36.	Nagrak	138
5.	Cibitung	91	21.	Purabaya	33	37.	Ciambar	184
6.	Jampangkulon	108	22.	Cikembar	141	38.	Cicurug	35
7.	Cimanggu	150	23.	Nyalindung	78	39.	Cidahu	87
8.	Kalibunder	130	24.	GegerBitung	246	40.	ParakanSalak	969
9.	Tegalbuleud	110	25.	Sukaraja	95	41.	Parung Kuda	110
10.	Cidolog	97	26.	KebonPedes	67	42.	Bojonggenteng	173
11.	Sagaranten	133	27.	Ciurenghas	64	43.	Kalapanunggal	132
12.	Cidadap	112	28.	Sukalarang	56	44.	Cikidang	117
13.	Curugkembar	77	29.	Sukabumi	112	45.	Cisolok	49
14.	Pabuaran	154	30.	Kadudampit	43	46.	Cikakak	31
15.	Lengkong	86	31.	Cisaat	236	47.	Kabandungan	58
16.	Palabuhanratu	194	32.	Gunungguruh	180	Jumlah 2011		6.364
Jumlah 2010								365
Jumlah 2009								365

Sumber: BPS KabupatenSukabumi Dalam Angka 2012

Adapun data jumlah penyandang disabilitas yang dikeluarkan oleh BPS Kabupaten Sukabumi sebanyak 6.364 orang pada tahun 2011. Perbandingan jumlah penyandang disabilitas menurut data dari BPS Kabupaten Sukabumi dengan data dari Dinas Sosial Provinsi Jawa

Barat terlihat perbedaan yang cukup signifikan. Maka dari itu perlu validasi di lapangan agar jumlah penyandang disabilitas dapat diketahui dengan pasti. Sehingga jika ada program-program disabilitas dapat menyentuh seluruh penyandang disabilitas tanpa ada yang terlewat dan ada diskriminasi. Pemerataan program di lapangan akan mengeleminir terjadinya konflik sosial di masyarakat, khususnya di kalangan para penyandang disabilitas dan keluarganya.

Bagaimanapun juga perbedaan data jumlah penyandang disabilitas di Kabupaten Sukabumi hendaknya tidak menjadikan pemenuhan terhadap hak-hak mereka terkendala. Dinas-dinas terkait, seperti dinas sosial melalui berbagai programnya melakukan upaya pemenuhan hak para penyandang disabilitas, terutama hak sosial dan hak kesehatan. Lewat skema Usaha Ekonomi Produktif (UEP) yang dikoordinir oleh Dinsos Kabupaten Sukabumi, beberapa penyandang disabilitas tiap tahunnya mendapat modal untuk usaha perekonomian. Selain itu, ada skema program Kelompok Usaha Bersama (KUBE)⁵ yang diberikan untuk membuka usaha baru. Meskipun dengan nama usaha kelompok, akan tetapi kendala jarak rumah penyandang disabilitas satu sama lainnya tidak memungkinkan untuk membuka usaha bersama, maka kebijakan lain diambil dengan membagi rata modal KUBE tersebut kepada masing-masing penerima untuk membuka usaha mandiri, tetap dengan pengawasan pendamping dari dinas sosial. Bantuan dana modal diberikan bagi penyandang disabilitas yang masih ada harapan untuk usaha produktif, sedangkan bagi penyandang disabilitas berat mendapat asistensi sosial sebesar 300 ribu per bulan dari kementerian sosial.

⁵Kelompok Usaha Bersama (KUBE) adalah salah satu program pemerintah yang ada pada Kementerian Sosial RI yang bertujuan untuk memberdayakan kelompok masyarakat miskin dengan pemberian modal usaha melalui program BLPS (Bantuan Langsung Pemberdayaan Sosial) untuk mengelola Usaha Ekonomi Produktif (UEP).

Tetapi pada kenyataannya, tidak semua penyandang disabilitas berat mendapat asistensi sosial ini. Kuota penerima asistensi sosial dari tahun ke tahun ternyata tidak mengalami kenaikan sehingga ada yang tidak mendapatkannya meskipun terdata sebagai penyandang disabilitas berat. Maka dari itu, untuk menyiasati ketiadaan penambahan kuota penerima, sistem tambal sulam penerima terpaksa dilakukan. Artinya, penerima asistensi sosial baru akan masuk daftar jika ada penerima yang lama meninggal atau pindah tempat tinggal.

Hidup di daerah tertinggal bukanlah perkara yang mudah, apalagi bagi seseorang dengan disabilitas. Berbagai ketertinggalan dalam segala bidang, baik ekonomi, sumber daya manusia, sosial, hingga infrastruktur menjadi menu sehari-hari yang harus mereka hadapi. Pemerintah daerah di daerah tertinggal seperti Pemkab Sukabumi mengalami dilema dalam menjalankan kebijakan terkait pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas, terutama dalam hal yang berkaitan dengan hak kesehatan dan hak jaminan sosial. Keterbatasan pemerintah daerah dalam pendanaan menjadi kendala utama dalam isu penanganan disabilitas ini.

Keterkaitan antara penyandang disabilitas dengan hak asasi manusia adalah mereka juga memiliki hak asasi sebagaimana manusia pada umumnya. Tanpa adanya pengecualian tersebut, penyandang disabilitas juga memiliki hak yang harus terpenuhi. Pemenuhan hak mereka akan terlaksana dengan baik jika didukung oleh instrumen hukum yang kuat serta kepedulian pemerintah dan masyarakat terhadap para penyandang disabilitas. Kepedulian merupakan prasyarat tidak tertulis dalam menangani isu disabilitas, karena persepsi sosial masyarakat terhadap para penyandang disabilitas masih beragam dan cenderung negatif. Tanpa adanya kepedulian yang tumbuh dari masing-masing pribadi yang *concern* terhadap para penyandang disabilitas, pemenuhan terhadap hak-hak mereka akan melewati jalan yang amat panjang.

Bagaimana pun juga, semua sikap sosial terhadap penyandang disabilitas yang muncul di masyarakat tak lain untuk membedakan mereka dengan non-penyandang disabilitas (orang normal). Sikap ini sebenarnya memunculkan diskriminasi terhadap mereka. Akan tetapi, dalam perkembangan modern sekarang ini, sikap sosial terhadap penyandang disabilitas sudah mengarah kepada kesetaraan, sama-sama sebagai manusia yang memiliki hak asasi manusia. Kesadaran bahwa penyandang disabilitas juga merupakan warga negara yang memiliki hak dan kewajiban yang sama di mata hukum semakin meningkat di masyarakat. Meskipun dalam implementasinya masih belum menunjukkan tingkat ideal, terutama di daerah-daerah yang notabene termasuk kawasan daerah tertinggal.

Manusia sebagai makhluk sosial tentu melakukan interaksi sosial dalam kehidupan sehari-hari. Begitu juga para penyandang disabilitas juga perlu melakukan interaksi sosial di dalam masyarakat agar tumbuh kepercayaan diri mereka. Di sisi lain, masyarakat pun hendaknya memberikan ruang bagi mereka untuk tetap bisa melakukan interaksi sosial, meskipun mayoritas yang terjadi hingga kini masih terjadi eksklusi sosial terhadap penyandang disabilitas dalam kehidupan bermasyarakat. Eksklusi sosial ini juga menjadi salah satu faktor yang menjadikan para penyandang disabilitas mengalami kemiskinan karena susah dalam melakukan kegiatan perekonomian.

Eksklusi sosial terhadap penyandang disabilitas dapat dihilangkan jika ada dukungan keluarga dan penerimaan masyarakat terhadap mereka. Selain keluarga, masyarakat juga memainkan peran penting dalam kehidupan penyandang disabilitas. Penerimaan masyarakat, terutama yang berdekatan rumah di dalam kehidupan sehari-hari akan menjadikan kepercayaan diri mereka semakin meningkat. Perasaan diakui sebagai bagian anggota masyarakat merupakan kebanggaan tersendiri bagi penyandang disabilitas sehingga mereka bisa memainkan perannya sesuai kemampuan dirinya.

Hubungan dalam bermasyarakat akan menumbuhkan kesadaran sosial akan apa yang terjadi di lingkungan dan akan menumbuhkan kepedulian sosial manakala terjadi sesuatu yang tidak sesuai menurut hati nurani. Pada gilirannya, kepedulian sosial seseorang terhadap masyarakat maupun lingkungannya akan membawa implikasi kepada kemandirian orang lain. Bentuk kesadaran sosial sangat beragam, tidak hanya berbentuk *charity* terhadap kaum lemah saja, tetapi bisa juga dalam bentuk kepedulian dan apresiasi atas usaha orang lain. Kesadaran sosial terhadap para penyandang disabilitas tentu sangat berpengaruh terhadap kehidupan mereka. Kepedulian dan apresiasi atas usaha yang dilakukan oleh para penyandang disabilitas akan menumbuhkan semangat mereka dalam menjalani kehidupan. Pentingnya kesadaran sosial dari keluarga maupun masyarakat dapat dilihat dari beberapa kisah kehidupan penyandang disabilitas di Kabupaten Sukabumi di bawah ini:

1. Fatimah: Tekanan untuk Meraih Sukses

Fatimah (45 Tahun) adalah mantan TKW yang pernah bekerja di Arab Saudi beberapa kali dan ke Malaysia satu kali, namun uangnya selalu habis. Pertama kali bekerja di Mekah Fatimah masih belum berkeluarga. Kepergian pertama ini berhasil karena Fatimah mampu membeli sawah. Kepergian berikutnya Fatimah sudah memiliki suami dan anak. Karena anaknya banyak maka uang yang dikirim ke kampung selalu habis untuk biaya hidup suami dan anaknya. Suami Fatimah sebenarnya orang yang bertanggung jawab. Uang kiriman dari Arab Saudi digunakan untuk kepentingan keluarga yaitu sebagai biaya hidup. Hal ini dilakukan karena suami Fatimah sulit bekerja di luar rumah karena harus mengasuh anak.

Setelah beberapa kali merantau ke Arab Saudi Fatimah mencoba keberuntungan ke Malaysia selama 18 bulan namun tidak berhasil. Waktu berangkat ke Malaysia Fatimah dalam keadaan hamil 3 bulan. Sesampainya di Malaysia majikan mengetahui bahwa Fatimah hamil, oleh karena itu majikan membawanya ke rumah sakit untuk dikuret. Biaya kuret harus ditanggung Fatimah melalui pemotongan

gaji selama tiga bulan. Pada saat dikuret majikan tidak pernah mendiskusikannya terlebih dahulu, melainkan langsung dibawa ke rumah sakit untuk dilakukan tindakan kuret. Selama bekerja di Malaysia Fatimah dioper dari majikan satu majikan yang lain. Beberapa jenis pekerjaan yang diingatnya adalah mengasuh anak dan bekerja di perkebunan. Beban kerja selama di Malaysia sangat banyak sehingga Fatimah kurang istirahat. Masalah lain yang dihadapi Fatimah adalah status keimigrasian. Karena berpindah-pindah majikan maka *working permit* Fatimah sudah tidak berlaku lagi dan Fatimah dianggap sebagai pekerja ilegal. Suatu ketika Fatimah pernah ditemukan orang di jalan kemudian diantar ke sebuah keluarga untuk dipekerjakan. Tetapi karena statusnya ilegal maka majikan tersebut ketakutan akhirnya Fatimah dipulangkan melalui Batam. Dari Batam Fatimah naik pesawat ke Jakarta.

Setelah kembali ke Indonesia Fatimah menjual sawah untuk membeli mobil angkutan umum, membangun rumah dan membeli ternak. Ternyata penghasilan dari usaha mobil angkutan kurang untuk menghidupi 4 orang anak. Hidup kekurangan membuat Fatimah tertekan. Pada saat yang sama masyarakat sekitar termasuk keluarga memberi tekanan kepada Fatimah. Bentuk tekanannya adalah tuntutan kesuksesan. Di wilayah kampungnya kesuksesan seorang perantau yang pernah bekerja di luar negeri diwujudkan dalam membangun rumah. Pada kasus Fatimah dia tidak mampu membangun rumah bagus sebagaimana dilakukan mantan Tenaga Kerja Wanita (TKW) lainnya. Perpaduan antara hidup kekurangan dan tuntutan kesuksesan membuat Fatimah depresi kemudian sering berteriak-teriak. Teriakan tersebut dia lakukan untuk mencari perhatian dari orang lain. Fatimah menuturkan sebagai berikut: "Saya tidak punya beras, saya teriak-teriak tetapi tetangga yang uangnya juta-jutaan tidak ada yang menolong".⁶

Sebagai penderita penyakit kejiwaan Fatimah sering melakukan tindakan di luar kesadaran. Dia pergi ke berbagai tempat dengan menumpang truk, mencuri jemuran tetangga, mengambil ayam milik

⁶ Wawancara dengan Fatimah, 24 Mei 2013.

orang lain, meminta-minta beras. Tindakan tersebut dilakukan karena ada perintah dari suara-suara yang membisikinya (“*waham*”). Obsesinya adalah mengatasi kebutuhan hidup dan kesuksesan (yang diwujudkan dalam bentuk kepemilikan rumah permanen). Dalam alam bawah sadarnya Fatimah memiliki keyakinan bahwa bagi keluarga yang pernah barangnya dicuri olehnya maka dia menjadi kaya. Secara kebetulan beberapa keluarga yang barangnya pernah dia curi ekonominya meningkat. Fatimah mempercayai bahwa kesuksesan tetangga tersebut karena dirinya. Oleh karena itu, Fatimah berharap mereka membagi sedikit rejeki kepadanya. Karena dianggap mengganggu warga maka Fatimah dipasung. Pemasungan pertama dilakukan selama 27 hari. Pemasungan kedua dilakukan selama 3 (tiga) bulan. Pemasungan berakhir bersamaan dengan program bebas pasung sedunia.

Ketika program UILS mulai dibuka Fatimah merupakan salah seorang binaan. Sebagai seorang binaan Fatimah mendapat bantuan peningkatan ekonomi melalui Program Peningkatan Ekonomi Produktif (UEP). Dalam program UEP Fatimah diprospek sebagai pedagang kosmetika. Oleh karena itu, Fatimah diberikan seperangkat dagangan kosmetika. Dagangannya sebenarnya laris, namun uang yang terkumpul dari hasil berdagang tersebut tidak diputar kembali tetapi dibelikan keramik dan semen untuk memperbaiki rumahnya. Hal ini dilakukan untuk memenuhi obsesinya yaitu menunjukkan kesuksesan melalui kepemilikan rumah permanen. Obsesinya menunjukkan kesuksesan semakin menggebu-gebu karena dia menganggap bahwa dia dibedakan oleh orang tuanya karena adik laki-lakinya dibuahkan rumah di sebelah rumah orangtuanya.

Kini Fatimah sudah tidak pernah mengamuk lagi. Obat yang diberikan oleh program UILS mampu mengantarnya menjadi manusia produktif. Sebelumnya Fatimah sempat dirawat di Rumah Sakit Bunut, Phala Marta, kemudian ke Grogol. Menurut Fatimah, setelah minum obat dirinya menjadi tenang, tidak ada lagi suara-suara. Faktor yang menyebabkan Fatimah sakit ada dua macam. Selain karena tekanan ekonomi, faktor genetik juga memberikan sumbangan. Mamad, ayah

Fatimah merupakan orang pertama dalam keluarga yang mengidap penyakit jiwa. Namun penyakit ayahnya tidak parah sehingga ayahnya masih produktif sebagai petani sekaligus pedagang jagung rebus yang telah disisir. Penderita kedua adalah adiknya. Diduga karena malu dan sering diejek kawan-kawannya karena ayahnya menderita penyakit jiwa maka Zuli, adik Fatimah mengurangi interaksi dengan kawan-kawannya. Beberapa tahun kemudian Agus adik Zuli juga terkena penyakit jiwa. Melalui program UEP ayah Fatimah mendapat bantuan peralatan dagang seperti kompor gas, dan belanga untuk meningkatkan produktivitas dagangnya. Zuli suka beternak, oleh karena itu bantuan diberikan dalam bentuk kambing dan Agus diberikan alat-alat untuk membuat opak. Salah seorang anak Fatimah juga diduga memiliki bakat menjadi penderita dan kini sudah mulai dibina di UILS.

2. Aisyah: Kehilangan Harta dan Suami

Aisyah merupakan binaan UILS yang mendapat bantuan UEP dalam bentuk warung. Namun karena Aisyah yang tujuh tahun terakhir menderita penyakit jiwa belum sembuh akhirnya warung bantuan UEP modalnya habis karena dimakan anak-anaknya. Kini dalam keadaan sakit Aisyah masih harus menanggung beban mengurus tiga orang anak yang diperolehnya dari pernikahan pertama dan kedua. Pernikahan ketiga tidak mendapatkan anak. Meskipun tidak memiliki anak, pernikahan terakhir inilah yang membuat hidup Aisyah semakin terpuruk.

Aisyah merupakan mantan TKW yang sudah beberapa kali bekerja di luar negeri. Perantauan pertama sampai dengan ketiga membuahkan kesuksesan, pada perantauan terakhir yaitu di Kuwait, Aisyah mendapat perlakuan buruk dari majikan. Hal tersebut merupakan pemicu timbulnya penyakit jiwa. Ketika pertama kali bekerja di Arab Saudi uangnya dikirim ke suami untuk membeli rumah. Kepergian kedua menghasilkan sawah. Kepergian ketiga kurang sukses, Aisyah hanya membawa uang sedikit. Uang tersebut dipergunakan untuk membangun pagar depan rumah. Kepergian keempat yaitu ke

Kuwait tidak membuahkan hasil bahkan diduga menderita penyakit jiwa sejak masih di Kuwait.

Ketika tim peneliti mengunjungi rumahnya Aisyah sedang tiduran di karpet sambil menonton televisi. Sekitar hampir enam bulan terakhir Aisyah tidak mau mandi. Aisyah juga jarang bicara, bahkan Aisyah tidak bersedia menjawab pertanyaan peneliti satu patah katapun. Kondisi Aisyah masih sakit, bahkan kelihatan putus asa. Oleh karena itu, peneliti melakukan wawancara kepada pihak keluarga yaitu adik dan ibu Aisyah. Karena ibunya Aisyah lebih banyak menggunakan bahasa daerah maka pendamping ULS bertindak sebagai penterjemah.

Sekitar tujuh tahun lalu Aisyah dipulangkan dari luar negeri ke perusahaan yang memberangkatkan. Di penampungan perusahaan tersebut kondisinya sudah *stress*. Kemudian sponsor (orang yang merekrut) memberi kabar ke keluarganya bahwa: "*Aisyah sudah pulang tapi gila*". Awalnya, pihak keluarga tidak percaya tetapi khawatir hal tersebut benar-benar terjadi maka keluarga berinisiatif untuk mengambil Aisyah di Jakarta. Pengobatan yang dilakukan oleh keluarga dengan membawa Aisyah ke Kyai untuk mendapatkan kesembuhan. Setelah agak sembuh dia menceritakan kejadian di Kuwait, setelah itu tidak pernah bicara lagi mengenai kejadian di Kuwait. Sesekali Aisyah bicara namun tidak fokus, hanya marah-marah. Menurut Aisyah, ketika bekerja di Kuwait dia diperlakukan buruk oleh suami majikan. Aisyah dianggap memiliki kesalahan dalam memasak nasi. Hal tersebut membuat suami majikan marah lalu Aisyah diinjak-injak dengan menggunakan sepatu. Karena perlakuan buruk tersebut membuat Aisyah tertekan lalu mengalami depresi. Akhirnya dalam kurun waktu lima bulan sebanyak sembilan kali Aisyah dipindah-pindahkan oleh agen dari satu majikan ke majikan lainnya.

Kisah hidup Aisyah cukup berliku-liku. Dari perkawinan pertamanya Aisyah mendapat satu anak. Setelah bercerai dari suami pertama Aisyah menikah lagi dan memiliki dua anak. Karena kondisi Aisyah sakit maka suami kedua menceraikannya. Walaupun perkawin-

an dengan suami pertama dan kedua berakhir dengan perceraian namun kedua suami tersebut tidak mengambil harta Aisyah. Setelah bercerai keluarga membawa Aisyah berobat ke RS Bogor, kemudian sembuh. Ketika sembuh Aisyah menikah untuk ketiga kalinya dengan R. Pernikahan dengan R inilah yang membuat kondisi Aisyah makin buruk. R meminta Aisyah menjual sawahnya kemudian uangnya digunakan untuk kepentingan R. Selain sawah R juga menghabiskan uang tabungan Aisyah.

Apabila dilihat dari riwayat penyakitnya, maka sebenarnya Aisyah pernah sembuh setelah berobat dari Rumah Sakit Bogor. Pengobatan di RS Bogor menggunakan paradigma *institutional base*. Oleh karena itu, rumah sakit menyarankan setelah pulang Aisyah harus memiliki lingkungan baru. Namun sayang lingkungan baru tersebut kurang mendukung sehingga Aisyah sakit lagi. Setelah sakit untuk yang kedua kalinya Aisyah termasuk salah seorang yang dibina di UILS. Namun sayang Aisyah kelihatannya masih putus asa sehingga semangatnya untuk sembuh kurang. Obat dari UILS jarang diminum, bahkan Aisyah pernah berkata: "*Kalau diobatin percuma nggak bakalan sembuh*". Seringkali keluarga memaksa Aisyah minum obat tetapi tidak selalu berhasil.

3. Sarah: Harta Habis, Suami Kawin Lagi

Sarah (33 tahun) adalah seorang mantan TKW yang sakit jiwa karena harta yang dikirim digunakan oleh suami untuk menikah lagi. Sebelum ada program UILS Sarah sudah berobat ke RS Bunut tetapi tidak rutin, hanya kalau memiliki uang. Pertama kali sakit sekitar tahun 2008 melalui pengobatan medis Sarah sembuh, namun 1 tahun terakhir sakit lagi. Apabila dilihat dari penyakit jiwa Sarah bisa dikatakan perkembangannya cukup baik karena kini tidak ada lagi suara-suara (waham) yang menyuruh-nyuruh dia untuk berbuat sesuatu. Namun Sarah memiliki persoalan lain yaitu kesehatan mata. Sekitar 2 kali seminggu matanya seolah terbalik jadi Sarah hanya bisa melihat keatas. Dokter RS Bunut meminta Sarah berobat ke RS Mata Cicendo, Bandung namun belum dilakukan karena terkendala dana. Hal ini yang

membuat Sarah menjadi kurang produktif. Ketika badannya sehat Sarah membantu ayahnya di sawah. Sarah sebenarnya punya Jamkesda tetapi sudah habis masa berlakunya. Oleh karena itu, Sarah hanya bisa mengakses layanan kesehatan UILS tetapi tidak bisa digunakan untuk yang lain

Sarah pernah bekerja di Arab Saudi selama 1,5 tahun dan pulang sebelum habis kontrak Sarah pulang karena memiliki firasat buruk tentang suaminya. Ternyata firasat Sarah benar. Setelah pulang dari Arab Saudi, Sarah mengetahui kabar tentang hubungan suaminya dengan salah seorang tetangga dan akhirnya mereka menikah. Selama Sarah bererja di Arab Saudi gaji dikirim ke suami namun uang tersebut dibawa suami beserta istri barunya. Padahal Sarah menginginkan uang hasil jerih payahnya tersebut digunakan untuk membangun rumah. Karena rasa marah dengan mantan suami dipendam maka Sarah mengalami gangguan jiwa. Setelah sembuh dari sakit Sarah sempat menikah lagi, namun suami keduanya sudah dua tahun pergi merantau ke Jakarta dan tidak ada kabar lagi.

Penerimaan tetangga terhadap Sarah cukup baik. Kalau sedang sakit tetangga sering menengok. Para tetangga sering mengajak mengobrol, berkunjung ke tetangga dan menerimanya bergabung dalam kelompok pengajian. Namun kalau tiba-tiba kumat Sarah segera pulang. Setelah sembuh dari penyakit Sarah yang lulusan Tsanawiyah ini juga sempat menjadi kader posyandu.

4. Deuis: Perceraian

Deuis (47) adalah seorang perempuan paruh baya yang mengalami gangguan jiwa setelah ditinggal suaminya menikah lagi. Deuis sering melamun dan mengkhayal, kemudian muncullah suara bermacam-macam, ada orang yang mengejek, mencaci-maki, membawa golok karena ingin membunuh. Dengan maksud ingin menjawab ejekan tersebut Deuis sering berbicara sendiri. Lamunan Deuis umumnya adalah tentang suami dan kecemburuan terhadap istri barunya. Hal itu dilakukan karena begitu cintanya Deuis terhadap

mantan suami. Perilaku Deuispun berubah. Ketika kecil suka bergaul, tetapi setelah menikah menjadi pendiam dan tertutup. Setelah bercerai sifat pendiamnya semakin parah.

Sewaktu Deuis pertama kali sakit, keluarga dan masyarakat sekitar tidak bisa berbuat apa-apa karena di kampung tersebut belum pernah ada kejadian seperti itu. Hal tersebut membuat keluarga ketakutan. Almarhumah ibunya menganggap Deuis kemasukan setan, oleh karena itu Deuis dibawa dari satu *ajengan* (guru agama/ustadz) satu ke *ajengan* lainnya. Namun Deuis tidak kunjung sembuh. Akhirnya sekitar tahun 2000 seorang teman dari adik Deuis memberi informasi bahwa Deuis menderita penyakit jiwa. Dari informasi tersebut Deuis dibawa ke psikiatri di Klinik As-Syifa. Setelah minum obat yang diberikan dokter suara-suara tersebut hilang. Deuis dan keluarga semula tidak percaya bahwa suara tersebut hilang setelah minum obat. Namun pengobatan di As-Syifa tidak dilakukan secara rutin, melainkan hanya dilakukan kalau punya uang.

Kini di kecamatan Deuis tinggal sudah ada UILS sehingga pengobatan Deuis bisa dilakukan secara rutin. Deuis memiliki semangat tinggi untuk sembuh. Deuis dengan sadar mengkonsumsi obat secara rutin. Sebelum ada UILS dokter Puskesmas tidak bersedia memberikan obat penyakit jiwa. Setelah ada UILS Deuis secara rutin dikontrol oleh dokter dari Phala Marta.

UILS mengubah hidup Deuis karena selain mendapatkan pelayanan kesehatan juga memiliki teman senasib untuk saling tukar pikiran. Deuis bergabung dengan perkumpulan yang diorganisir oleh UILS. Perhatian dari pendamping yang sering mengunjungi rumahnya untuk mengajaknya mendiskusikan masalah membuat Deuis tidak kesepian. Pandangan tetangga terhadap Deuis juga berubah. Kini tetangga memiliki pemahaman tentang penyakit kejiwaan dari penyuluhan yang dilakukan UILS. Deuis sekarang tidak mau lagi memikirkan mantan suaminya. Program UILS memberinya bantuan berupa mesin jahit membuat Deuis disibukkan dengan hobi lamanya yaitu menjahit.

4.3 Hak Kesehatan Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi

Kabupaten Sukabumi tidak memiliki jaminan kesehatan khusus bagi penyandang disabilitas. Pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas dilayani melalui program Jaminan Kesehatan (Jamkes), baik Jamkesmas maupun Jamkesda. Menurut Kepala Bidang Promosi Kesehatan (Kabid Promkes) Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi, kewenangan menangani penyandang disabilitas di Kabupaten Sukabumi ada di bawah Dinas Sosial Kabupaten. Dalam struktur organisasi Dinas Sosial terdapat seksi Jamkes yang menangani jaminan kesehatan bagi penyandang disabilitas dan masalah sosial lainnya. Oleh karena itu, program Jamkes tidak mengatur secara khusus jaminan kesehatan bagi penyandang disabilitas.

Sampai dengan tahun 2013 program jaminan kesehatan masyarakat diberikan melalui program Jamkesmas dan Jamkesda. Namun mulai tahun 2014 konsepnya berubah. Tahun 2014-2019 merupakan masa persiapan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Konsep BPJS adalah seluruh masyarakat Indonesia dijamin asuransi. Pada masa transisi tersebut kepesertaan masyarakat dalam jaminan sosial dimulai dari empat kelompok masyarakat yaitu:

- (1) Masyarakat miskin.
- (2) PNS dan keluarganya (selama ini baru dua anak yang dijamin).
- (3) TNI dan Polri.
- (4) Buruh.

Dari empat kelompok masyarakat yang dijamin kepesertaannya dalam BPJS penyandang disabilitas tidak disebut secara eksplisit.

Uraian di atas secara implisit menunjukkan bahwa tidak semua penyandang disabilitas mendapat jaminan kesehatan. Hal ini disebabkan karena banyak pihak yang terkait dengan pelayanan Jamkes. Lebih lanjut Kabid Promkes menjelaskan bahwa pada dasarnya pelayanan Jamkes meliputi tiga hal yaitu kepesertaan, pelayanan dan pembiayaan. Pintu masuk yang utama dalam pengelolaan Jamkes

adalah kepesertaan. Data kepesertaan diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS). Hal ini disebabkan karena Undang-undang Statistik mengatur bahwa institusi yang berhak melakukan survei adalah BPS. Namun demikian data BPS dianggap sangat bermuatan politis karena ketika kepentingannya berbeda maka datanya berbeda. BPS dianggap kurang tepat dalam menangani data mikro, oleh karena itu sebaiknya untuk data mikro seperti data pendidikan dan kesehatan diserahkan kepada pemerintah daerah. Simpang siurnya data mengenai jumlah penduduk miskin berdampak pada kepemilikan Jamkes.

Hal lain yang berpengaruh terhadap kepesertaan Jamkes adalah manajemen kepesertaan. Selama ini manajemen kepesertaan Jamkes berada dibawah PT. Askes, oleh karena itu distribusi kartu Jamkes dilakukan oleh PT. Askes. Dari hasil evaluasi di lapangan ternyata tidak semua kartu tersalur. Sebagai contoh, pada tahun 2012 menurut PT. Askes jumlah peserta Jamkes mencapai 820.000. Namun ketika Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi melakukan penelitian dengan jumlah responden 1.000 orang yang terdaftar sebaagai peserta Jamkes menurut versi BPS, hasilnya menunjukkan bahwa kartu yang tersalur hanya sekitar 19%. Dari temuan tersebut Dinas Kesehatan melakukan protes kepada PT. Askes. Dari segi pembiayaan juga ada persoalan. Selama ini pengeluaran Jamkesda jauh lebih besar dibanding dengan Jamkesmas. Pengeluaran Jamkesmas hanya Rp.6,- milyar setahun sementara pengeluaran Jamkesda hampir Rp.20,- milyar setahun. Padahal seharusnya pengeluaran Jamkesda lebih kecil. Apabila dilihat dari perhitungan angka kemiskinan versi Keluarga Pra-Sejahtera dan Keluarga Sejahtera 1 (KS 1), maka jumlah orang miskin di Kabupaten Sukabumi mencapai 1.000.050 sementara yang dijamin Jamkesmas 820.000. Dengan demikian masyarakat miskin yang ditanggung Jamkesda hanya sekitar 230.000 saja. Logikanya jumlah masyarakat yang dijamin Jamkesda lebih sedikit, maka seharusnya pengeluarannya lebih kecil. Namun kenyataannya pengeluaran Jamkesda lebih besar dibanding dengan pengeluaran Jamkesmas. Keadaan seperti ini merugikan pemerintah daerah.

Kesalahan pada data kepesertaan berdampak pada pelayanan masyarakat. Pada tahun 2011 anggaran Jamkesda Kabupaten Sukabumi mencapai 16 milyar rupiah. Karena masyarakat yang dilayani sangat banyak maka anggaran tersebut hanya cukup sampai bulan Oktober. Menurut Kepala Bidang Promosi Kesehatan Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi, cara mengatasi kendala tersebut adalah melalui efisiensi antara lain dengan cara menyeleksi warga penerima bantuan Jamkesda. Jangan sampai pemberian Jamkesda salah sasaran. Bagi warga yang masih tergolong mampu tidak harus meminta bantuan Jamkesda, bantuan Jamkesda tersebut diberikan hanya untuk orang-orang yang benar-benar tidak mampu. Kabid Promkes menjelaskan lebih lanjut bahwa salah satu penyebab salah sasaran dalam pemberian Jamkesda adalah: (1) mekanisme penerbitan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) yang kurang tepat sasaran; (2) rendahnya efisiensi mekanisme rujukan serta (3) belum jelasnya pengaturan limitasi pembiayaan pada pasien yang dijamin oleh Jamkesda. Dari latar belakang tersebut di atas maka Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi memahami bahwa belum semua penyandang disabilitas terlayani oleh Jamkes. Selain tidak punya rumah sakit yang menangani khusus bagi penyandang disabilitas, kadang data kepesertaannya juga tidak ada.

Permasalahan kedua dalam pelayanan kesehatan adalah kapasitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Sukabumi yang belum mampu melayani keseluruhan penduduk. Idealnya setiap 10.000 penduduk harus disediakan satu tempat tidur rumah sakit. Jadi kalau Kabupaten Sukabumi memiliki 2,5 juta penduduk maka harus tersedia 2.500 tempat tidur. Kenyataannya, jumlah tempat tidur yang ada baru 600. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan harus komprehensif, tidak hanya mengutamakan kepesertaan namun juga pelayanan. Apabila terjadi kesenjangan antara kedua hal tersebut maka terdapat penduduk yang preminya dibayar akan tetapi tidak bisa mendapatkan pelayanan.

Permasalahan ketiga adalah pembiayaan. Kepastian dalam hal pembiayaan mempermudah penduduk mendapat pelayanan. Para petugas kesehatan menginginkan adanya kepastian dalam pembiayaan. Oleh karena itu, kejelasan kepesertaan baik dalam Jamkesmas maupun

Jamkesda sangat diperlukan agar petugas kesehatan tidak ragu-ragu dalam memberikan pelayanan karena ada yang menjamin pembiayaannya.

Menurut Kabid Promkes Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi, apabila persoalan tersebut di atas dikaitkan dengan program BPJS, maka pemerintah daerah akan kewalahan. Kalau terjadi kekurangan dalam pelayanan jaminan kesehatan dikhawatirkan pemerintah daerah akan menjadi "kambing hitam". Persoalan yang diperkirakan akan mengemuka adalah ketika masyarakat memiliki persepsi bahwa akumulasi dana untuk pelayanan kesehatan dalam program BPJS sangat besar, namun pelayanan yang diberikan tidak sesuai harapan. Prediksi mengenai kemungkinan timbulnya keresahan tersebut didasarkan pada asumsi bahwa data BPS sering tidak konsisten, misalnya data kemiskinan untuk bantuan langsung tunai (BLT) berbeda dengan data untuk Jamkes.

Faktor lain yang diprediksi sebagai penyebab timbulnya keresahan masyarakat adalah kemampuan institusi pengelola BPJS yaitu gabungan antara PT. Askes, Asabri dan Jamsostek dalam mengelola jaminan kesehatan. Sebagai sebuah organisasi yang bergerak di bidang jaminan kesehatan hakekatnya merupakan organisasi nirlaba. Akan tetapi, kenyataannya PT. Askes berorientasi profit. Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi pernah melakukan evaluasi terhadap jaminan sosial, salah satunya adalah PT. Askes. Hasilnya menunjukkan bahwa PT. Askes secara faktual kurang memiliki komitmen terhadap pelayanan. Dalam melayani pelanggan PT. Askes menganut hukum ekonomi yaitu berusaha mengeluarkan uang sekecil-kecilnya. Hal ini berlawanan dengan filosofi sebuah institusi pelayanan kesehatan yang menyebutkan bahwa untuk institusi pelayanan kesehatan hukum ekonomi kurang cocok.

Dari evaluasi tersebut ditemukan bahwa PT. Askes hanya membayar sekitar 3-5 milyar rupiah per tahun, sementara uang yang disetor mencapai hampir 40 milyar. Oleh karena itu, ketika ada pegawai negeri yang sakit harus *cost sharing*. Sebenarnya, dalam

Permenkes Nomor 416 Tahun 2011 *cost sharing* tidak diperbolehkan. Akan tetapi praktiknya harus selalu *cost sharing*. Menanggapi hal tersebut PT. Askes berkilah bahwa terdapat subsidi ke daerah lain. Dari diskusi dengan daerah lain di Jawa Barat ternyata hal yang sama juga terjadi. Hal tersebut diungkapkan oleh Kabid Promkes sebagai berikut:

“...boleh saja ada subsidi silang tetapi utamakan dulu daerahnya sendiri. Artinya utamakan dulu haknya sebelum membantu orang lain”. Dana *cost sharing* tersebut cukup merepotkan Sebagai contoh, ketika ada pegawai negeri golongan rendah yang harus *cost sharing* misalnya 20 juta rupiah maka Dinas Kesehatan harus mengalokasikan dana Jamkesda untuk membantu pegawai negeri tersebut”.⁷

Mengenai jaminan kesehatan di masa datang, menurut Kabid Promkes ide BPJS sebenarnya bagus tetapi sebenarnya Indonesia belum siap. Program tersebut mungkin cocok untuk 20-30 tahun mendatang. Sebelum BPJS diterapkan sebaiknya program Jamkes harus dibenahi terlebih dahulu. Persiapan tersebut diantaranya menyangkut konsep-konsep teknisnya. Kelemahan persiapan BPJS menurut Kepala Bidang Promkes salah satunya disebabkan oleh pengambil kebijakan kurang memahami kondisi masyarakat Indonesia sehingga cara berpikirnya kurang empiris, terlalu teoritis dan tidak melihat fakta aktualnya di lapangan. Akibatnya adalah banyak undang-undang yang tidak sesuai. Apabila dibandingkan dengan model Amerika, pembuatan undang-undang dilakukan secara bertahap. Masyarakat butuh waktu untuk didorong, dan disiapkan. Disini peran peneliti diperlukan untuk melakukan advokasi kepada pembuat kebijakan. Di era Otonomi Daerah sebenarnya pemerintah pusat sifatnya hanya fasilitasi dan asistensi.

⁷Wawancara dengan Kabid Promkes, Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi tanggal 23 Mei 2013.

4.4 Jaminan Sosial Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi

Perhatian Pemerintah Kabupaten Sukabumi terhadap pemenuhan hak ekonomi dan hak sosial bagi penyandang disabilitas cukup baik. Dalam melayani hak ekonomi pada penyandang disabilitas berat sebagaimana diamanatkan dalam undang-undang, Pemerintah Kabupaten Sukabumi dalam hal ini Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi menyediakan pendamping bagi penyandang disabilitas berat dalam mengakses jaminan sosial. Kegiatan pendampingan ini disebut dengan asistensi. Tugas utama pendamping adalah menjembatani pihak PT Pos sebagai institusi yang ditunjuk oleh Kementerian Sosial untuk menyampaikan jaminan sosial secara langsung kepada penyandang disabilitas berat tanpa ada pemotongan. Tugas lain adalah melakukan monitoring kegunaan dan manfaat dana tersebut. Biasanya pemanfaatannya sesuai dengan juklak dan juknis dari Kemensos yaitu untuk biaya hidup dan pengobatan, misalnya untuk membeli pampers, susu serta makanan lainnya. Selain mendampingi petugas pos, pendamping juga melakukan komunikasi dengan penyandang disabilitas beserta keluarganya dan memberikan masukan-masukan mengenai penggunaan dana tersebut serta cara perawatan penyandang disabilitas. Dengan kata lain tugas pendamping adalah memproteksi hak penyandang disabilitas. Para pendamping juga memiliki tugas memperbarui data penyandang disabilitas jika ada informasi baru dari masyarakat. Sebab, mayoritas penduduk masih menganggap disabilitas sebagai sebuah aib yang harus ditutupi. Di Kabupaten Sukabumi juga terdapat program bagi penyandang disabilitas tidak berat dan penyandang disabilitas psikotik. Beberapa program yang telah dilakukan oleh Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi tersebut memperlihatkan sudah ada komitmen dari Pemda Kabupaten Sukabumi untuk memberdayakan dan melibatkan penyandang disabilitas dalam kehidupan sehari-hari.

4.4.1 Program Usaha Ekonomi Produktif (UEP) dan Kelompok Usaha Bersama (KUBE) bagi Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi

Pemenuhan hak ekonomi bagi penyandang disabilitas (kategori tidak berat) juga telah dilakukan melalui program Usaha Ekonomi Produktif (UEP) dan Kelompok Usaha Bersama (KUBE). Namun demikian penganggaran kedua program tersebut berasal dari Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat. Untuk meningkatkan kesejahteraan penyandang disabilitas, Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi mengirim surat ke Pemerintah Pusat agar diijinkan menyediakan dana pendamping yang dibiayai APBD. Karena dana pendamping yang diijinkan sekitar 10%, maka APBD bisa menambah biaya untuk memberikan jaminan sosial bagi sembilan penyandang disabilitas berat, tetapi ide tersebut ditolak oleh Pemerintah Pusat jadi angkanya tetap 87 orang.⁸

Struktur organisasi pendamping adalah koordinator sebanyak tiga orang dan anggota dua belas orang. Seorang pendamping bertugas di minimal dua kecamatan dan mendampingi 8-12 orang. Honor pendamping hanya Rp.200.000,- per bulan. Motivasi mereka pada umumnya adalah ingin berbuat untuk sesama. Menurut data BPS, penyandang disabilitas di Kabupaten Sukabumi berjumlah 1600 orang lebih, tetapi belum semua penyandang disabilitas memperoleh manfaat.

Keberadaan pendamping sangat diperlukan mengingat Kabupaten Sukabumi merupakan kabupaten daerah tertinggal di mana infrastruktur menuju tempat tinggal penyandang disabilitas kadang kurang bagus. Selain itu, Kabupaten Sukabumi memiliki wilayah yang sangat luas dengan 47 kecamatan sehingga cukup sulit bagi petugas PT. Pos untuk menemukan alamat penyandang disabilitas apabila tanpa didampingi pendamping. Karena wilayah Kabupaten Sukabumi sangat luas maka kadang dana sampai pada penerima manfaat memerlukan

⁸ FGD tanggal 20 Mei 2013.

waktu setengah hari perjalanan dengan topografi yang sulit berupa pegunungan, lembah dan tidak semua bisa dilalui kendaraan.

Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi belum mampu memberikan jaminan sosial bagi seluruh penyandang disabilitas berat. Hal ini disebabkan anggaran jaminan sosial penyandang disabilitas merupakan anggaran dari pusat (APBN). Sedangkan data yang dirujuk dalam pemberian jaminan sosial juga bukan merupakan data dari Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi namun dari Badan Pusat Statistik (BPS). Oleh karena itu, jumlah dana jaminan sosial tidak sesuai dengan data lapangan yang dimiliki oleh Pemerintah Kabupaten Sukabumi. Menurut data dari Dinsos Kabupaten Sukabumi pada tahun 2012 untuk jumlah penyandang disabilitas berat tercatat 400 orang. Namun, yang mendapat asistensi dari Kementerian Sosial berjumlah 87 orang. Perbedaan pendataan inilah yang menyebabkan Pemerintah Kabupaten Sukabumi merasa berkepentingan untuk melakukan pendataan karena data dari BPS dinilai sudah usang. Hal ini sangat berpengaruh terhadap anggaran karena acuan pemerintah adalah data BPS. Selain itu *updating* data diperlukan sehubungan dengan mobilitas penduduk, misalnya ada penyandang disabilitas yang pindah tempat tinggal. Jumlah penerima asistensi tersebut selalu tetap dari tahun ke tahun tanpa ada penambahan kuota penerima sejak tahun 2009 hingga 2013. Jumlah yang selalu tetap ini menimbulkan kecemburuan sosial. Akhirnya dilakukan “tambal sulam”, dalam arti kalau ada yang meninggal baru diganti yang lain sesuai kriteria yaitu cacat permanen. Kecemburuan sosial ini memicu isu negatif bahwa untuk mendapatkan jaminan sosial perlu memberi “suap” pada petugas. Kalau petugas melakukan pendataan masyarakat seringkali berpikir bahwa bulan depan mereka mendapat jaminan sosial. Masyarakat yang tidak mendapat bantuan sering melayangkan protes ke pendamping atau langsung mendatangi Dinas Sosial dengan mengatakan: “*Pak, bulan kemarin sudah dilakukan pendataan kok belum dapat juga*”.

Program bantuan bagi penyandang disabilitas yang tidak berat ada tetapi tidak berkelanjutan. Alokasi dana bantuan bagi penyandang disabilitas tidak berat berasal dari Pemerintah Provinsi Jawa Barat

melalui program Usaha Ekonomi Produktif (UEP). Pada tahun 2013 dianggarkan untuk 20 orang tapi kelanjutannya belum tentu bisa dijamin. Untuk alat bantu, bantuan dari pemerintah provinsi pada tahun anggaran 2012 hanya satu kursi roda dan satu tongkat ketiak. Kurangnya pemenuhan hak ekonomi bagi penyandang disabilitas disebabkan oleh pelaksanaan otonomi daerah yang kurang konsisten. Secara konseptual, dalam otonomi daerah pemerintah kabupaten bisa menentukan anggaran sendiri. Namun kenyataannya tidak demikian, beberapa kegiatan anggarannya ada di pemerintah provinsi. Ketimpangan anggaran ini mengakibatkan disfungsi pemerintah. Karena anggaran dari pusat tidak berkelanjutan maka pelaksanaan kegiatan Bidang Rehabilitasi Medik, Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi lebih berorientasi pada kegiatan yang didanai APBD. Program yang disusun Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi adalah bagaimana memandirikan penyandang disabilitas dari keterbatasannya. Menurut Kepala Bidang Rehabilitasi Medik: "*Kalau kita hanya memberikan makanan kapan mandirinya?*"⁹ Kabid Rehab Medik menjelaskan lebih lanjut bahwa walaupun sasarannya orang dengan kecacatan (ODK) berat tetapi sasarannya adalah memandirikan keluarganya sehingga ODK punya imbas. Dengan jaminan sosial berupa uang Rp.300.000 per bulan belum tentu ODK yang mendapat jaminan mengetahui adanya hal tersebut.

Dalam melaksanakan programnya Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi membuat kategorisasi, yaitu: (1) ODK berat yang perlu mendapatkan jaminan sosial; (2) ODK yang perlu diberdayakan agar hidupnya mandiri; dan (3) ODK yang hanya perlu alat bantu. APBD fokusnya pada alat bantu. Pada tahun ini pengadaan alat bantu meliputi kursi roda 10 buah, tongkat ketiak 10 buah, tongkat putih 10 buah, serta *hearing aid*.

Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi mengusulkan bantuan perbaikan rumah bagi orang dengan kecacatan (ODK) agar menjadi rumah sehat dan layak huni karena umumnya tempat tinggal ODK

⁹ FGD tanggal 20 Mei 2013.

tidak layak huni. Menanggapi banyaknya ODK yang tidak memiliki kartu Jamkesmas, Kabid Rehab Medik Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi berpendapat bahwa hal tersebut merupakan kesalahan pemerintah. Pendataan yang dilakukan oleh BPS tidak sesuai dengan kriteria. Menurutnya, jika dilihat dari persyaratan fisik dari rumah penyandang disabilitas secara mayoritas tidak layak huni. Tingkat ekonomi dari penyandang disabilitas juga berada di bawah garis kemiskinan. Namun, BPS tidak memasukkannya ke dalam pendataan. Sehingga mengakibatkan penyandang disabilitas banyak yang tidak memiliki kartu Jamkesmas. Menanggapi tentang kesalahan pendataan, Kabid Rehab Medik Dinas Sosial merasa bahwa BPS, dalam hal ini mantri statistik kurang berinteraksi dengan instansi lain di wilayah kerjanya. Hal tersebut diungkapkan dalam kalimat berikut:

"Sejak saya bekerja disini 3 tahun lalu juga ketika masih berkantor di Pelabuhan Ratu saya belum pernah kenal mantri statistik tetapi kalau memunculkan data seolah-olah paling akurat. Mereka merasa sebagai pegawai instansi vertikal sehingga merasa tidak perlu mengenal orang pemerintah daerah. Karena tidak pernah kenal maka dijuluki 'siluman'. Ketika pendataan gas menimbulkan kericuhan karena datanya tidak akurat. Hal itu karena tidak mengikut- sertakan RT/RW. Kesimpangsiuran data membuat acuan kebijakan berbeda. Untuk APBD menggunakan data Dinas untuk APBN menggunakan data BPS".¹⁰

Dalam pelaksanaan program KUBE dan UEP harus dilakukan secara berkelompok. Dasar pemikirannya adalah agar terjadi silaturahmi antar penyandang disabilitas, karena kadang para penyandang disabilitas kurang mau bergaul dengan lingkungan. Sebagai contoh, Andi dari kecil sampai dewasa tidak mau bergaul. Setelah mendapat pendidikan di LBK Andi tidak mau pulang karena merasa memiliki komunitas senasib sehingga membuatnya betah. Peserta didik di BLK memiliki kecacatan yang berbeda yaitu tuna rungu, tuna daksa dan cacat mental, tetapi mereka mampu

¹⁰ FGD tanggal 20 Mei 2013.

berkomunikasi dan bergurau. Kemampuan mereka untuk berkomunikasi membuat beberapa anak didik BLK mendapat jodoh. Agar komunikasi antar penyandang disabilitas terjalin dengan baik, Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi mengusulkan adanya *homecare* (seperti rumah singgah) agar penyandang disabilitas yang memerlukan pendampingan datang ke *homecare*.

4.4.2 Program UILS Bagi Penyandang Disabilitas Mental di Kabupaten Sukabumi

Jumlah penyandang disabilitas, terutama disabilitas mental di Kabupaten Sukabumi cukup tinggi. Salah satu daerah dengan tingkat prevalensi tinggi untuk disabilitas mental berada di Kecamatan Kebonpedes yang dijadikan *pilot project* Unit Informasi Layanan Sosial (UILS). Program ini merupakan salah satu kegiatan penanganan disabilitas mental yang dilakukan oleh Dinas Sosial. Sebagaimana yang telah dilakukan terhadap penyandang disabilitas fisik, Dinas Sosial juga menyediakan pendamping bagi penderita disabilitas mental. Adapun pendamping disabilitas mental diantaranya adalah memberikan obat-obatan bagi mereka dan berkonsultasi di Unit Informasi Layanan Sosial (UILS) mengenai perkembangan mereka. Selain itu, petugas juga memberikan pemahaman tentang pentingnya mengonsumsi obat. Pemahaman tidak hanya diberikan kepada penyandang disabilitas psikotik, melainkan juga kepada keluarga atau tetangga terdekat mereka. Pemahaman ini penting dilakukan karena keluarga maupun masyarakat sekitar turut berperan membantu kesembuhan penyandang disabilitas mental.

Kabupaten Sukabumi merupakan daerah tertinggal, namun demikian bantuan dari Kementerian Daerah Tertinggal (KPDT) untuk Dinas Sosial tidak ada. Biasanya bantuan KPDT untuk pemerintah daerah berupa bantuan fisik yang berkaitan dengan ekonomi. Partisipasi pihak luar dalam menangani jaminan sosial bagi penyandang disabilitas jiwa sedang dirintis. Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi sedang merintis kerjasama dengan Perhimpunan Jiwa Sehat (PJS). Salah satu program PJS adalah membebaskan orang yang

dipasung. Salah satu yang dibebaskan adalah penyandang disabilitas jiwa yang dipasung selama 23 tahun. Penderita tersebut kemudian dimandikan dan diberi obat. Kini penderita tersebut sudah beraktifitas kembali dan bergabung dengan PJS sebagai relawan. Dalam waktu dekat kegiatan yang dilakukan adalah seminar dan bazar. Kegiatan pada masa yang akan datang diharapkan makin luas karena PJS memiliki jaringan internasional.

Dalam seminar tersebut akan ditampulkan karya eks psikotik. Tujuannya adalah untuk menunjukkan pada masyarakat bahwa eks psikotik bisa berdaya melalui bimbingan ketrampilan misalnya membuat keset atau berdagang. Tujuannya dari acara tersebut adalah menumbuhkan *awareness*. Terminologi yang digunakan untuk penderita psikotik adalah kelainan jiwa. Kini penggunaan terminologi 'gila' tidak diperkenankan. Penderita kelainan jiwa adalah manusia bukan sampah. Pendampingan terhadap mereka dimulai dengan pendampingan terhadap keluarga. Keluarga diminta memotivasi penderita agar minum obat secara rutin. Pada saatnya diharapkan penderita memiliki kesadaran minum obat sendiri. Pendampingan diutamakan pada pemahaman bahwa penderita psikotik tidak bisa hidup normal tanpa obat. Oleh karena itu, Dinas Sosial melakukan komunikasi dengan Dinas Kesehatan dan menghasilkan MoU antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial dan Pemerintah Daerah dalam menangani disabilitas jiwa. Dalam MoU tersebut disepakati bahwa pengadaan obat dilakukan oleh Kemenkes, sedangkan pendampingan dilakukan oleh Dinsos.

Unit Informasi Layanan Sosial (UILS) adalah sebuah kegiatan penanganan disabilitas mental yang dilakukan oleh Kementerian Sosial bekerjasama dengan Dinas Sosial. Kegiatan uji coba UILS meliputi:

- (1) Pendataan.
- (2) Pelatihan-pelatihan yang ditangani lintas Dinas termasuk Dinas Sosial dan Dinas Tenaga Kerja.
- (3) Sosialisasi ke masyarakat termasuk ke Muspika tentang program UILS.

- (4) Tim dari RS Marzuki Mardi datang untuk memeriksa penderita.
- (5) Pengobatan (beberapa orang dirujuk ke RS Marzuki Mahdi).
- (6) Program ketrampilan.
- (7) Program UEP dari Phala Marta yang bergerak dibidang peternakan, perikanan, dan warung.
- (8) Pendataan.
- (9) Pelatihan-pelatihan yang ditangani lintas Dinas termasuk Dinas Sosial dan Dinas Tenaga Kerja.

Kecamatan Kebonpedes dijadikan *pilot project* karena di wilayah ini pernah terjadi kejadian luar biasa (KLB) di mana 79 orang kesurupan secara bersamaan. Oleh kepala desa temuan tersebut dikoordinasikan dengan camat. Informasi tersebut memacu camat turun ke lapangan, kemudian semua kepala desa diminta mendata penderita disabilitas mental yang ada di desanya. Setelah didata ditemukan angka 79, beberapa hari kemudian bertambah menjadi 117 orang. Dari data tersebut ditemukan bahwa di Desa Sasagaran Kecamatan Kebonpedes terdapat satu keluarga menderita disabilitas mental karena keturunan dengan penderita tiga generasi yaitu kakek, bapak-ibu, dan anak. Keseluruhan penderita kemudian dibawa ke dokter Rumah Sakit Suharto Herjan di Jakarta. Karena tidak mudah membawa penderita disabilitas mental dalam jumlah banyak secara bersamaan maka perjalanan tersebut dibantu oleh petugas dari Rumah Sakit Jiwa Phala Marta, Kabupaten Sukabumi. Selain itu pemberian obat untuk disabilitas mental juga telah diberikan oleh Puskesmas Kebonpedes yang merupakan MoU antara Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial.

Beberapa bulan setelah kejadian tersebut program Unit Informasi Layanan Sosial (UILS) digagas. Pada tahun 2010-2011 dimulai dengan perencanaan program, tahun 2012 selama enam bulan dilakukan uji coba, kemudian di tahun 2013 dilanjutkan dengan pembinaan lanjutan. Inisiator program UILS adalah Direktorat Orang dengan Disabilitas Kementerian Sosial. Dari 117 penderita, yang dibina program UILS sebanyak 50 orang. Penderita yang dibina adalah yang memiliki usia produktif (45 tahun ke bawah). Pembinaan tersebut

cukup sukses, terdapat penderita yang sembuh kemudian menjadi sukarelawan di kantor desa. Program UILS menyediakan 12 pendamping atau pekerja sosial masyarakat (PSM) yang tersebar di lima desa. Pendamping dipilih orang-orang yang memiliki latar belakang kepekaan sosial, misalnya ketika tetangganya sakit dia membantu mengurus surat-surat.

Selain adanya kejadian luar biasa, pada saat yang sama Kementerian Sosial sedang menggagas perubahan paradigma dalam pemulihan kesehatan jiwa dari *institutional base* ke *community base*. Lokasi yang diinginkan Kementerian Sosial adalah dekat dengan panti rehabilitasi, maka lokasi Kebonpedes memenuhi kriteria. Penganut paradigma *institutional base* berpikir bahwa rehabilitasi sebaiknya dilakukan di panti. Karena rehabilitasi dilakukan di panti maka penderita terpisah dari lingkungan sosialnya sehingga penderita menjadi *assylum*. Penganut paradigma *community base* berpikir bahwa sebaiknya rehabilitasi dilakukan di luar panti yaitu di masyarakat.¹¹

Terdapat beberapa hal yang melatar-belakangi kejadian luar biasa tersebut. Kebonpedes termasuk kecamatan miskin karena sumber daya alam tidak mendukung dan tidak ada industri. Oleh karena itu, umumnya penduduk menjadi buruh migran. Permasalahan yang terjadi selama menjadi buruh migran merupakan *trigger* diantaranya adalah perlakuan dari majikan, misalnya gaji tidak dibayar, ada kekerasan dari majikan, uang dihabiskan suami atau suaminya menikah lagi. Mayoritas penderita disabilitas jiwa di Kecamatan Kebonpedes (sekitar 60%) adalah mantan TKW yang bekerja di Arab Saudi. Selebihnya adalah masalah putus cinta, tidak diterima di universitas favorit, dan faktor ekonomi keluarga.¹²

Menurut Ojang (Kepala Desa Sasagaran sekaligus Koordinator UILS) penderitaan para buruh migran dimulai dari *recruitment*. Proses

¹¹Wawancara dengan Kabid Rehab Medik, Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi, 20 Mei 2013.

¹²Wawancara dengan Ojang Supandi, Kepala Desa Sasagaran, Kecamatan Kebonpedes, sekaligus pembina UILS.

recruitment kental dengan nuansa *human trafficking*. Orang yang merekrut (biasa disebut dengan sponsor) tidak melihat latar belakang pendidikan. Sponsor hanya memikirkan *fee* yang didapat dari merekrut yaitu sekitar 4 juta rupiah per orang. Di penampungan milik PJTKI calon buruh migran juga dieksploitasi. Birokrasi yang sulit dan penuh suap juga merupakan wujud dari eksploitasi. Sampai di negara tujuan, TKI masih dieksploitasi oleh perusahaan penyalur. Dari proses eksploitasi tersebut bisa menghasilkan total Rp.20.000.000,-. Setelah sampai di tangan majikan seringkali diperlakukan semena-mena karena majikan merasa sudah membeli. “Ini merupakan perbudakan moderen,” tegas Ojang.¹³

Sifat pekerjaan ketika menjadi buruh migran juga berpengaruh. Ketika berangkat mereka direkrut sebagai pembantu rumah tangga tetapi sampai di Arab Saudi menjadi penggembala domba di padang pasir yang berbulan-bulan tidak berjumpa dengan manusia. Mereka pada umumnya sulit berkomunikasi dengan keluarga. Memang sering terjadi antara kontrak dengan pekerjaan riil jauh berbeda. Penyebab depresi lainnya adalah lingkungan keluarga. Bisa saja karena melihat orangtua sakit jiwa membuat anak ikut depresi akhirnya tanggung renteng memikirkan masalah keluarga yang berakibat pada seluruh keluarga menjadi sakit.

Pada umumnya masalah kesehatan jiwa disembunyikan oleh keluarga maupun pemerintah. Hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan jiwa seringkali mendapat stigma buruk dari masyarakat. Bukan hanya pasiennya yang mendapatkan stigma dari masyarakat tetapi dokternya juga. Keberhasilan Camat Kebonpedes mengungkapkan kemudian menindaklanjuti masalah kesehatan jiwa akan dijadikan sebagai model untuk kecamatan lain se-Kabupaten Sukabumi, bahkan ke depan dikembangkan ke seluruh wilayah Indonesia. Salah satu program UITS adalah mengedukasi masyarakat tentang kesehatan jiwa bahwa mereka bisa disembuhkan dalam arti selalu mengkonsumsi obat. Penyembuhan dilakukan melalui medis bukan melalui dukun. Namun

¹³*Ibid.*

sayangnya fasilitas untuk kesehatan jiwa terbatas. Jumlah dokter terbatas. Jumlah kamar di RS Bunut untuk kesehatan jiwa hanya dua kamar.

Struktur organisasi UILS terdiri atas seorang Kepala UILS yang wilayah kerjanya meliputi seluruh Kecamatan Kebonpedes. Di masing-masing desa terdapat tiga orang pengurus yaitu kepala desa dan dua orang pendamping. Sedangkan dokter puskesmas tugasnya melakukan pelayanan kesehatan. Dalam menangani pasien dokter puskesmas dibantu oleh dokter dari Rumah Sakit Jiwa Phala Marta. Dokter RS Phala Marta datang ke Puskesmas Kebonpedes untuk memeriksa pasien. Hasil pemeriksaan diserahkan kepada puskesmas, kemudian puskesmas menindak-lanjuti dengan memberikan obat rutin setiap bulan. Namun karena pengobatan penyakit jiwa harus dilakukan secara rutin maka sebelum obat habis biasanya obat sudah dikirim.

Program UILS tidak hanya pengobatan, tetapi juga peningkatan kesejahteraan. Para pendamping dididik terlebih dahulu di Phala Marta pengetahuan tentang pemberian kegiatan dalam rangka penyembuhan dan peningkatan kesejahteraan. Tujuannya agar mantan penderita penyakit jiwa (biasa disebut dengan eks psikotik) bisa hidup mandiri. Salah satu pelajaran adalah membuat keset. Pembuatan keset memiliki 2 fungsi, yaitu: (1) melatih konsentrasi dan konsistensi; dan (2) meningkatkan penghasilan. Hasil produksi keset sudah ada yang memesan. Harga jual per keset Rp.7.000,-. Setelah dikurangi biaya produksi maka pengrajin keset diberikan keuntungan Rp.2.000,- per keset. Target produksinya mencapai 50 buah keset per minggu. Namun pada saat permintaan tinggi yaitu pada saat musim hujan harga keset bisa mencapai Rp.10.000. Pembelinya adalah masyarakat sekitar. Para binaan UILS juga mendapat bantuan peningkatan kesejahteraan melalui Program Usaha Ekonomi Produktif (UEP). Untuk tahun anggaran 2013 terdapat sepuluh orang binaan UILS yang mendapat bantuan UEP.

Pendamping juga memiliki tugas untuk mendidik masyarakat agar masyarakat memiliki pemahaman tentang penyakit jiwa. Untuk keperluan tersebut pendamping melakukan penyuluhan ke masyarakat.

Masyarakat diminta untuk mengawasi keluarga dan masyarakat sekitar. Pendamping memberikan pemahaman bahwa kalau ada anggota masyarakat yang tiga hari tidak mandi¹⁴, maka masyarakat harus mengajak dialog apakah orang tersebut memiliki masalah, misalnya ada tekanan baik dari teman maupun keluarga. Kalau ditemukan hal-hal tersebut maka keluarga atau masyarakat sekitar harus melapor ke pendamping. Salah seorang pendamping yang juga mantan TKW mengatakan bahwa dirinya juga hampir terkena penyakit jiwa. Tekanan hidup karena suami meninggal, kemudian ketika menikah lagi suami barunya menghabiskan harta peninggalan almarhum suaminya beserta harta dicari ketika masih menjadi TKW menyebabkan dirinya tertekan. Pendamping tersebut menceritakan lebih lanjut bahwa: "*Alhamdulillah dari segi jasmani dan rohani saya kuat jadi saya tidak kena, tapi orang lain belum tentu tegar seperti saya*".¹⁵ Dari pengalaman yang dimilikinya, maka pendamping tersebut memiliki empati pada orang lain.

4.5 Social Awareness (Pihak Keluarga dan Masyarakat) Terhadap Penyandang Disabilitas di Kabupaten Sukabumi

Sub bab ini akan menggambarkan mengenai pentingnya *social awareness* terhadap penyandang disabilitas yang dilakukan oleh keluarga dan masyarakat sekitar. Seperti yang telah dikemukakan dipenjelasan sebelumnya, bahwa *social awareness* (kepedulian sosial) dari masyarakat maupun keluarga akan membawa implikasi kepada kemandirian bagi penyandang disabilitas. Bentuk kesadaran sosial sangat beragam, tidak hanya berbentuk *charity*, tetapi bisa juga dalam bentuk kepedulian dan apresiasi atas usaha orang lain. Keadaan di Sukabumi berbeda dengan keadaan di Kabupaten Garut. Jika, di Kabupaten Garut dapat dijumpai LSM pemerhati penyandang

¹⁴Ciri-ciri orang depresi adalah murung dan tidak mengurus diri. Salah satu indikator bahwa orang tersebut tidak mengurus diri adalah tidak mau mandi.

¹⁵Wawancara dengan Yuyun, 24 Mei 2013

disabilitas, namun di Kabupaten Sukabumi ternyata lebih banyak dijumpai LSM yang berfokus pada otonomi daerah.

Adanya *social awareness* yang diberikan oleh keluarga maupun masyarakat sekitarnya akan memberikan dukungan moril bagi penyandang disabilitas sehingga dapat memainkan perannya di kehidupan bermasyarakat. Berikut, dua kisah yang dapat memberikan contoh mengenai arti penting dari *social awareness* terhadap penyandang disabilitas. Kisah pertama, Bu Fatimah, ia adalah seorang penyandang disabilitas psikotik. Beberapa tahun yang lalu ia pernah bekerja sebagai TKW di Timur Tengah dan Malaysia. Peristiwa tragis harus ia alami selama bekerja di luar negeri sehingga mengganggu kesehatan mentalnya. Hal ini diperparah dengan adanya beberapa anggota keluarganya yang juga menderita disabilitas psikotik, yaitu ayah dan adiknya. Setelah mendapat pengobatan dari Puskesmas lewat skema ULS (Unit Informasi Layanan Sosial), ia pun berangsur sehat. Tetapi, kondisi rumah yang berada di ujung desa dan dekat sawah, serta jauh dari tetangga membuatnya agak terisolir dari kehidupan bermasyarakat. Hal ini ditambah dengan keengganan tetangga untuk sekedar main ke rumahnya sehingga komunikasi dengan orang lain sangat kurang. Semua faktor tersebut membuatnya kurang optimis dalam menjalani kehidupan dan kurang bisa menjangkan perannya dalam kehidupan sosial dan bermasyarakat.

Berbeda dengan kisah penyandang disabilitas kedua, Santia (29 tahun) yang merupakan seorang penyandang disabilitas fisik. Sebagai warga Kabupaten Sukabumi, tepatnya di Kecamatan Kebonpedes, ia hidup sebagai penyandang disabilitas sejak lahir. Sejak lahir ia sudah tidak memiliki tangan, sehingga kini aktivitas sehari-hari ia lakukan dengan kaki. Ia merupakan putri kelima dari tujuh orang bersaudara. Terlahir dalam kondisi yang tidak sempurna tidak menjadikannya patah semangat dan larut dalam kesedihan. Pribadinya yang ceria tampak dalam kehidupan sehari-hari tanpa ada rasa minder dengan teman-teman maupun masyarakat sekitar.

Di usianya yang sudah dewasa, ia menjadi tumpuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Sejak muda, ia telah melakukan berbagai usaha untuk menopang kebutuhan perekonomian keluarga. Hal ini dilakukannya karena sang ayah bekerja di luar daerah (Aceh) dan pulang hanya setahun sekali. Beberapa usaha yang pernah dan masih dijalankannya hingga kini antara lain; jual-beli pulsa, kue basah, dan kredit *bedcover*. Santia merupakan salah satu penyandang disabilitas yang mendapat program bantuan dana UEP (Usaha Ekonomi Produktif) dari Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat yang pengawasan penggunaannya dilakukan oleh Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi. Modal yang diterima ia gunakan untuk membeli etalase, *handphone*, dan modal pulsa. Hasil yang didapatkannya memang cukup lumayan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari maupun keluarga. Akan tetapi, lokasi yang kurang strategis menjadi kendala karena hanya berjualan di depan rumahnya yang terletak agak ke dalam sehingga omset yang didapatkan pun sedikit. Ia menginginkan untuk bisa mendapat tambahan modal agar bisa menyewa tempat di pinggir jalan supaya mudah menjaring dan menambah pelanggan.

Menyadari bahwa satu usaha pulsa saja tidak cukup, Santia yang memiliki minat di bidang bisnis ini mencoba peruntungan dalam usaha kredit *bedcover*. Konsumen yang disasanya adalah para tetangga dekat tempat tinggal dengan sistem pembayaran kredit. Usaha yang baru dijalannya ini pun cukup menjanjikan dari sisi penghasilan. Dari kedua usaha yang sedang dijalannya tentu membutuhkan pembukuan yang rapi dan tertib. Lalu, dari mana dia belajar membaca dan menulis? Ternyata, Santia tidak pernah mengenyam pendidikan formal dari kecil. Ia belajar itu semua dari saudaranya, baik membaca, menulis, dan berhitung. Keinginan yang gigih bahwa menjadi terpelajar akan mengangkat harkat dan martabat dirinya di tengah segala kekurangan. Santia yang juga memiliki hobi membaca ini menyadari bahwa membaca merupakan jendela ilmu pengetahuan. Membaca akan menjadikan dirinya mengetahui berbagai hal dan sebagai bekal dalam mengarungi kerasnya hidup.

Potret Santia dalam menjalani kehidupan sebagai penyandang disabilitas yang tegar tak lepas dari dukungan keluarga. Ia selalu menyatakan bahwa dirinya tetap bersyukur dengan keadaannya dan berusaha untuk mampu menghidupi dirinya sendiri, bahkan keluarganya. Kesadaran yang muncul dalam dirinya untuk dapat hidup mandiri tidak lepas dari keyakinan bahwa selama mau berusaha pasti ada jalan. Jika ia hanya bergantung dengan orang lain maka kemiskinan pun tak akan terlepas dari diri dan keluarganya. Sebagaimana diketahui bahwa penyandang disabilitas identik dengan kemiskinan karena mayoritas dari mereka berasal dari keluarga miskin dan kurang mampu. Dengan usaha yang dijalannya sekarang ini, Santia berusaha mendobrak paradigma dua hal yang susah untuk dilepaskan ini, yaitu disabilitas dan kemiskinan.

Jika melihat sedikit kesuksesan Santia dalam usaha yang dijalankannya, tak lepas dari penerimaan masyarakat terhadap dirinya. Ia pun kerap aktif dalam berbagai acara kegiatan keagamaan di masyarakat sebagai panitia karena kemampuan yang dimilikinya. Memang pro dan kontra tetap terjadi di dalam kehidupan, akan tetapi ia tetap menyikapinya dengan positif dan tak menganggapnya sebagai masalah yang berarti selama ia berada dalam hal-hal positif sebagaimana yang diungkapkannya.¹⁶ Letak rumah yang dekat dengan tetangga sekitar dan penerimaan dalam kehidupan sosial masyarakat sangat penting dan menjadi nilai positif bagi kehidupan seorang penyandang disabilitas, seperti sosok Santia.

Banyak anak disabilitas menjadi anak jalanan. Bahkan, dalam beberapa kasus, disabilitas sengaja dijadikan sebagai alasan untuk meminta-minta. Meskipun kasus anak penyandang disabilitas yang hidup di jalanan cukup tinggi, tetapi mereka seringkali tidak masuk dalam program-program anak jalanan, karena disabilitas itu merupakan suatu isu spesial (Yeo, 2001: 10). Memang permasalahan disabilitas dengan kemiskinan erat terkait satu sama lain. Program-program untuk

¹⁶ Wawancara dengan Santia (29 tahun), salah satu penyandang disabilitas fisik di Kecamatan Kebonpedes, Kabupaten Sukabumi.

disabilitas juga diarahkan agar disabilitas mampu mandiri secara ekonomi. Akan tetapi, tanpa kesadaran dari diri penyandang disabilitas untuk mandiri secara ekonomi akan menghambat program yang direncanakan. Begitulah kesadaran yang tumbuh dalam diri Santia untuk bisa mandiri secara finansial dan bahkan mampu menjadi penopang kebutuhan ekonomi keluarga.

BAB V

PENYANDANG DISABILITAS DI KABUPATEN GARUT

5.1 Selayang Pandang Kabupaten Garut

Kabupaten Garut terletak di bagian selatan Provinsi Jawa Barat dan memiliki luas wilayah administratif mencapai 306.519 ha (3.065,19 km²). Wilayah ini berbatasan dengan Kabupaten Bandung dan Kabupaten Sumedang di bagian Utara, Kabupaten Tasikmalaya di bagian Timur, Samudera Indonesia di bagian Selatan dan Kabupaten Bandung dan Kabupaten Cianjur di bagian Barat. Letak geografis yang juga berdekatan dengan Kota Bandung (ibukota Jawa Barat) ini menempatkan Kabupaten Garut sebagai daerah penyangga dan *hinterland* bagi pengembangan wilayah Bandung Raya. Oleh karenanya, posisi Kabupaten Garut cukup strategis dalam memasok kebutuhan warga Kota dan Kabupaten Bandung sekaligus sebagai pengendali keseimbangan lingkungan di Jawa Barat.

Letak Ibukota Kabupaten Garut dikelilingi oleh Gunung Karacak (1.838 m), Gunung Cikuray (2.821 m), Gunung Papandayan (2.622 m), dan Gunung Guntur (2.249 m). Bentang alam ini menunjukkan kombinasi topografi Kabupaten Garut yang terdiri dari dataran tinggi dan pegunungan serta dataran rendah yang berbatasan dengan Samudera Indonesia. Sebagian besar wilayah Kabupaten Garut memiliki tingkat kecuraman yang terjal dan di beberapa tempat sifat tanahnya labil sehingga rawan tertimpa bencana tanah longsor, banjir dan gempa bumi. Wilayah yang sangat luas dan topografi yang rawan bencana alam tersebut mengakibatkan laju pertumbuhan ekonomi Kabupaten Garut tidak dapat menjangkau secara merata seluruh penduduk di Kabupaten Garut. Hal inilah yang menjadi salah satu faktor Kabupaten Garut masih dikategorikan sebagai Daerah Kabupaten Tertinggal di Provinsi Jawa Barat.

Total jumlah penduduk di Kabupaten Garut hingga tahun 2012 adalah 2.445.911 jiwa dengan sebaran yang tidak merata pada setiap kecamatannya dan terakumulasi di daerah perkotaan, khususnya di Kecamatan Garut Kota. Di kecamatan tersebut tingkat kepadatan penduduk setiap km²-nya mencapai 4.650 jiwa dan tingkat kepadatan penduduk terendah terdapat di Kecamatan Pamulihan yang hanya dihuni 135 jiwa setiap km²-nya (BPS Kabupaten Garut, 2012). Sementara dari data tahun 2011, fasilitas kesehatan di Kabupaten Garut ternyata hanya tercatat: 1 Rumah Sakit Umum Daerah, 1 Rumah Sakit TNI, 15 Puskesmas DTP (Dengan Tempat Perawatan), 50 Puskesmas Lengkap, 136 Puskesmas Pembantu, 53 Puskesmas Keliling, 228 Balai Pengobatan, 38 Apotek, dan 42 Toko Obat (Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, 2012). Fasilitas kesehatan di atas berada di wilayah yang infrastrukturnya telah tersedia sehingga mudah dijangkau oleh masyarakat di sekitarnya. Namun wilayah yang telah terpenuhi infrastrukturnya hanya sebagian kecil dari seluruh wilayah Kabupaten Garut. Hanya di beberapa kecamatan saja yang infrastrukturnya menunjang seluruh kebutuhan penduduknya, seperti misalnya Garut Kota dan Tarogong Kidul.

Berdasarkan definisi yang memaparkan kategorisasi Daerah Tertinggal, maka Kabupaten Garut memenuhi seluruh kriteria kecuali kekayaan sumber daya alam. Kabupaten Garut tidak bisa dikatakan miskin karena secara geografis wilayahnya yang merupakan daerah pegunungan dan memiliki hutan lindung, Kabupaten Garut memiliki lahan pertanian yang sangat subur dan kaya akan emas dan gas bumi (geothermal). Hanya saja kualitas sumber daya manusia yang masih belum berkembang dan tingkat pendidikan yang terbilang rendah untuk mayoritas penduduknya serta kondisi alam yang rawan bencana (gempa bumi vulkanik/tektonik dan banjir) menempatkan Kabupaten Garut sebagai Daerah Tertinggal karena belum mampu mencapai tingkat ekonomi yang baik dan merata. Kabupaten Garut juga memiliki tempat wisata alam yang cukup bagus dan alami. Hanya saja potensi tersebut masih belum diminati oleh investor karena minimnya publikasi dan infrastruktur yang belum memadai.

Menurut narasumber yang merupakan anggota DPRD Kabupaten Garut dari Komisi B (Infrastruktur), Kabupaten Garut termasuk Daerah Tertinggal karena:

- (1) Penduduk yang tingkat ekonominya tinggi banyak yang sesungguhnya bukan warga Garut atau berasal dari luar daerah.
- (2) Belum ada kepedulian masyarakat di Daerah terhadap penduduk miskin di sekitarnya.
- (3) 80% wilayah Kabupaten Garut merupakan hutan lindung.
- (4) Infrastruktur masih sangat kurang sehingga perekonomian penduduk masih bergantung pada pertanian.
- (5) Tingkat pendidikan rendah karena banyak tenaga pengajar/guru yang tidak mau ditempatkan di kampung-kampung yang jauh letaknya dari Garut Kota.
- (6) Indeks Pembangunan Manusia (IPM) masih rendah.
- (7) Kabupaten Garut memiliki 42 Kecamatan dan 425 Desa sehingga belum tentu didatangi oleh pejabat Pemerintah Daerah dan anggota Dewan untuk melihat langsung kebutuhan riil penduduk di seluruh kecamatan tersebut.

Sama seperti mayoritas kabupaten/kota yang ada di Indonesia, seringkali program yang direncanakan dalam pembangunan wilayah tidak sinkron atau “tidak nyambung” dengan kebutuhan masyarakat sehingga hal ini juga menjadi kendala dalam pembangunan ekonominya dan menempatkan Kabupaten Garut sebagai Daerah Tertinggal.

5.2 Penyandang Disabilitas di Kabupaten Garut

Kabupaten Garut sebagai kabupaten daerah tertinggal dihadapkan pada beberapa permasalahan pembangunan dan kesejahteraan sosial. Salah satu masalah kesejahteraan sosial yang perlu mendapatkan perhatian serius adalah isu penyandang disabilitas. Menurut data penyandang disabilitas dari Dinsos Kabupaten Garut tahun 2012 tercatat 8465 jiwa sebagai penyandang disabilitas. Dengan jumlah penduduk Kabupaten Garut pada tahun 2011 sebesar 2.487.113, maka rasio penyandang disabilitas di Kabupaten Garut sebesar 3,40 per 1000

penduduk. Dapat diartikan bahwa setiap 294 jiwa penduduknya terdapat satu orang penduduk sebagai penyandang disabilitas. Angka penyandang disabilitas yang cukup tinggi tidak diikuti dengan pembuatan Perda tentang penyandang disabilitas. Pemenuhan hak mereka akan terakomodir dengan baik bila Pemda mempunyai kepedulian dan mendukung melalui instrumen hukum.

Secara umum penyebab disabilitas di Kabupaten Garut karena: (1) Bawaan lahir (kurang gizi selama kehamilan atau genetika); (2) Sakit dan (3) Kecelakaan. Namun di Kabupaten Garut jumlah penyandang disabilitas yang mencapai 8465 jiwa itu belum mencakup keterangan penyebab kecacatannya (Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat, 2012) yang bisa dilihat secara mayoritas, rasio penyandang disabilitas akibat bawaan lahir/sakit cukup tinggi bila dilihat dari jumlah penyandang disabilitas berat/orang dengan kecacatan (ODK) berat. Mereka umumnya lahir di tengah keluarga miskin. Jumlah yang banyak ini mengingatkan bahwa Kabupaten Garut termasuk kabupaten daerah tertinggal di mana tingkat kemiskinan cukup tinggi dan rawan bencana, baik bencana alam maupun bencana sosial (kelaparan dan kekurangan gizi). Bahkan menduduki peringkat tertinggi kabupaten/kota rawan bencana di Indonesia.

Untuk penanganan penyandang disabilitas, Dinsos Kabupaten Garut mengambil dari tiga alokasi penganggaran, yaitu: (1) APBN dari Kemensos untuk kegiatan pemberian asistensi sosial bagi penyandang disabilitas berat; (2) APBD Provinsi Jawa Barat berupa bantuan sosial dari Gubernur; dan (3) APBD Kabupaten Garut untuk anggaran bagi penyandang disabilitas sebesar Rp.100 juta. Dengan jumlah penyandang disabilitas lebih dari 8000 jiwa maka sangat tidak memungkinkan dapat mencakup seluruh penyandang disabilitas. Keterbatasan anggaran dapat mengakibatkan beberapa program yang ditujukan bagi penyandang disabilitas menjadi terhambat. Perencanaan dan penganggaran yang berpihak kepada penyandang disabilitas pada dasarnya adalah bagaimana perencanaan dan penganggaran kegiatan atau program dapat melibatkan partisipasi penyandang disabilitas dan juga hasil-hasilnya dapat dinikmati oleh mereka. Selain itu,

permasalahan aksesibilitas bagi penyandang disabilitas di Kabupaten Garut juga perlu mendapat perhatian serius. Berdasarkan hasil wawancara dengan Dinas Sosial Kabupaten Garut bahwa kebanyakan rumah penyandang disabilitas berupa rumah panggung sehingga semakin menyulitkan mereka untuk melakukan aktivitas. Hingga saat ini bantuan alat bantu seperti kursi roda masih sedikit jumlahnya.

Jumlah penyandang disabilitas di Kabupaten Garut sebagian besar berada di daerah pegunungan. Hal ini menyebabkan masih banyak penyandang disabilitas yang tidak dapat memeriksakan kesehatannya ke Puskesmas. Faktor geografis yang berupa pegunungan menjadi salah satu penyebab masyarakat sukar mengakses pelayanan kesehatan. Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan juga masih sangat terbatas termasuk SDM di Puskesmas. Bagi penyandang disabilitas, aksesibilitas pelayanan kesehatan yang tidak dapat dijangkau dapat menyebabkan mereka menjadi semakin rentan terhadap penyakit. Gizi buruk merupakan faktor utama penyebab menjadi penyandang disabilitas di daerah Garut Selatan. Makanan yang tidak mencukupi atau diet kekurangan vitamin atau mineral tertentu bisa menyebabkan bayi rentan terhadap kondisi-kondisi tertentu dan infeksi yang bisa menyebabkan disabilitas fisik, indra dan intelektual. Menurut WHO antara 250.000 sampai 500.000 anak di dunia dianggap berisiko untuk menjadi buta setiap tahun karena kekurangan vitamin A. Pada dasarnya, sindrom ini dapat dengan mudah dicegah melalui suplementasi oral.

Gizi buruk dan penyakit diare sewaktu kecil bisa menyebabkan kekerdilan, yang diindikasikan oleh kurangnya tinggi badan menurut usia, yang selanjutnya bisa menimbulkan kinerja kognitif dan pendidikan yang buruk yang akan memiliki konsekuensi selama hidup. Gizi buruk pada ibu bisa berkontribusi pada sejumlah disabilitas anak yang bisa dicegah. Salah satu penyebab yang menonjol dari disabilitas di dunia adalah anemia, yang mempengaruhi sekitar 42% perempuan hamil di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah menderita anemia. Anak-anak penyandang disabilitas lebih berisiko untuk menderita gizi buruk. Rintangan fisik yang terkait dengan

kondisi-kondisi seperti sumbing atau lumpuh otak (*cerebral palsy*), fibrosis sistik (*cystic fibrosis*), dapat mengganggu asupan gizi dan beberapa bayi dan anak penyandang disabilitas mungkin memerlukan diet khusus atau asupan kalori untuk mempertahankan berat badan yang sehat. Penyandang disabilitas juga dimungkinkan secara rutin menghadapi kesulitan-kesulitan tertentu dalam mengakses air minum yang aman dan sanitasi dasar. Para penyandang disabilitas juga berkemungkinan kecil akan mendapatkan pelayanan yang tepat dibandingkan dengan yang tidak penyandang disabilitas, karena fasilitas dan program jarang sekali yang mempertimbangkan kebutuhan mereka, sementara petugas pelayanan kesehatan tidak punya pelatihan khusus disabilitas.

5.3 Hak Kesehatan Penyandang Disabilitas di Kabupaten Garut

Pelaksanaan otonomi daerah bertujuan untuk mempercepat tercapainya kesejahteraan rakyat serta penyerahan kewenangan pelaksanaan pembangunan yang sebelumnya tersentralisasi pada pemerintahan pusat kepada pemerintah daerah kabupaten/kota melalui kebijakan dan strategi, salah satunya melalui desentralisasi di bidang kesehatan. Menindaklanjuti kewenangan desentralisasi kesehatan, maka Pemerintah Provinsi Jawa Barat mengatur mengenai penyelenggaraan kesehatan yang telah diundangkan dalam Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 11 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Kesehatan. Dalam Pasal 6 disebutkan bahwa penyelenggaraan kesehatan merupakan tanggung jawab Pemerintah, Pemerintah Daerah, Pemerintah Kabupaten/Kota, dunia usaha dan masyarakat. Adapun pemerintah daerah bertanggung jawab untuk merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat di daerah. Tanggung jawab sebagaimana dimaksud di atas meliputi:

- (a) Penyediaan lingkungan yang sehat dan fasilitas kesehatan bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya;
- (b) Ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan di daerah;
- (c) Ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan;
- (d) Ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan daerah yang bermutu, aman dan terjangkau;
- (e) Memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam upaya kesehatan di daerah, dan
- (f) Pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat di daerah.

Upaya penyelenggaraan kesehatan dalam peraturan tersebut menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama untuk mengakses pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau serta berhak untuk menentukan pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Artinya, setiap orang termasuk penyandang disabilitas memiliki hak yang sama untuk menikmati pelayanan kesehatan yang optimal. Pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan dengan pendekatan promotif, *preventif*, kuratif dan rehabilitatif. Dalam PP Nomor 11 Tahun 2010 dapat dikatakan telah sensitif bagi penyandang disabilitas. Terdapat beberapa pasal yang mewajibkan fasilitas kesehatan harus dilengkapi dengan fasilitas yang memberikan kemudahan kepada penyandang disabilitas. Indikator keberhasilan pembangunan kesehatan ditentukan oleh upaya kesehatan dasar pada pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar di masyarakat.

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Garut 2009-2014, terdapat beberapa prioritas yang menggambarkan perspektif masyarakat dalam bidang kesehatan. Terlihat pada tema prioritas pembangunan tahun 2010 “Peningkatan derajat kesehatan bagi masyarakat melalui perkuatan kelembagaan, infrastruktur dan peran serta masyarakat dengan didukung kondisi lingkungan yang sehat” dan tema prioritas pembangunan tahun 2014

tentang “Peningkatan pelayanan prima bagi masyarakat didukung oleh tata kelola dan tata pemerintahan yang partisipatif, akuntabel dan transparan”. Untuk mewujudkan RPJMD Kabupaten Garut diperlukan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Namun, nampaknya fasilitas pelayanan kesehatan tersebut masih hanya dinikmati oleh masyarakat yang tinggal di Kota Garut.

Terdapat dua poin penting untuk mendukung fasilitas kesehatan yang bermutu yaitu sarana prasarana dan ketersediaan tenaga kesehatan. Bagi masyarakat Garut yang hidup di daerah perdesaan (mayoritas hidup di daerah pegunungan) tentunya mengakses pelayanan kesehatan akan jauh lebih sulit dibanding dengan masyarakat Garut yang tinggal di kota. Puskesmas sebagai salah satu pelayanan kesehatan di tingkat bawah, secara infrastruktur telah menjangkau di seluruh wilayah Kabupaten Garut. Namun, menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut ternyata dari 65 puskesmas yang ada terdapat 10 puskesmas yang tidak mempunyai dokter. Kesepuluh puskesmas itu berada di wilayah Garut Selatan yang termasuk wilayah miskin dan tertinggal di Kabupaten Garut. Adapun sepuluh puskesmas itu diantaranya adalah Puskesmas Maroko, Puskesmas Pamulihan, Puskesmas Cihurip, Puskesmas Mekarmukti, Puskesmas Cisandaan, Puskesmas Peundeuy, Puskesmas Cimari, Puskesmas Gadog, Puskesmas Padaawas, Puskesmas Sukamukti. Tidak adanya tenaga dokter menyebabkan pelayanan kesehatan di pelosok Garut menjadi terhambat. Masyarakat yang sakit secara terpaksa akan dirujuk ke puskesmas lain yang telah ada dokter atau dirujuk ke RSUD yang letaknya berada di kota. Disamping itu alat kesehatan yang ada di puskesmas tercatat hanya 50% yang berfungsi optimal.

Rendahnya pelayanan kesehatan di suatu daerah mengindikasikan bahwa indeks kesehatan di daerah tersebut juga rendah. Mayoritas masyarakat yang tinggal di wilayah Garut Selatan berasal dari keluarga tidak mampu. Tingkat perekonomian yang rendah ditambah dengan minimnya pelayanan kesehatan di wilayah Garut Selatan menyebabkan anak-anak yang lahir dengan disabilitas cukup tinggi. Hal ini dikarenakan mereka kekurangan gizi disaat dalam

kandungan maupun sesudah lahir. Menurut hasil wawancara dengan Dinas Sosial Kabupaten Garut bahwa jumlah penyandang disabilitas terbanyak berasal dari wilayah Garut Selatan. Bagi penyandang disabilitas, pelayanan kesehatan yang tidak dapat dijangkau menyebabkan mereka menjadi semakin rentan terhadap penyakit. Tidak dapat dipungkiri, bahwa penyandang disabilitas membutuhkan pelayanan kesehatan yang khusus. Sehingga dalam hal ini diperlukan komitmen bersama khususnya Pemda Kabupaten Garut untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang memadai bagi setiap warganya tanpa ada pengecualian.

Menurut Undang-Undang No. 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial bahwa *focal point* pengurusan penyandang disabilitas berada di Kementerian Sosial (pusat) dan Dinas Sosial (kabupaten/kota). Pada dasarnya permasalahan penyandang disabilitas melibatkan lintas sektor. Sedangkan di Kabupaten Garut selama ini, belum ada program khusus di bidang kesehatan bagi penyandang disabilitas. Salah satu hak dasar penyandang disabilitas yang harus dipenuhi adalah hak atas kesehatan. Dalam hak kesehatan mereka membutuhkan pelayanan kesehatan khusus dan rehabilitasi medis. Secara ideal, tenaga kesehatan di puskesmas harus mampu mendampingi dan mengetahui kebutuhan khusus penyandang disabilitas. Sedangkan untuk tenaga kesehatan di puskesmas, tenaga fisioterapi juga harus ada di puskesmas. Adapun fungsi dari tenaga fisioterapi itu adalah melakukan *homecare* (mendatangi rumah) ketika seorang penyandang disabilitas tidak dapat datang ke puskesmas.

Beberapa permasalahan di bidang kesehatan seperti yang diuraikan di atas, memperlihatkan bahwa baik penyandang disabilitas atau masyarakat yang bukan penyandang disabilitas pun masih mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini mengandung arti bahwa masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal harus secara aktif mencari sendiri pemenuhan hak kesehatannya.

Selain penyandang disabilitas fisik, ditemukan juga penyandang disabilitas mental (penyandang psikotik) yang cukup tinggi di Kabupaten Garut. Salah satu Kecamatan dengan penderita psikotik berada di Kecamatan Kersamanah. Menurut penjangkauan yang dilakukan oleh Puskesmas Sukamerang hingga tahun 2012 tercatat 123 (seratus dua puluh tiga) penyandang psikotik. Mayoritas faktor penyebabnya diakibatkan oleh tekanan ekonomi. Kasus psikotik ini, pertama kali muncul pada tahun 2000. Sebagai ujung tombak pelayanan dasar di masyarakat, Puskesmas Sukamerang secara maksimal memberikan pengobatan kepada penyandang psikotik. Namun, pada waktu itu belum ada sosialisasi tentang penyandang psikotik di masyarakat. Sehingga masih banyak ditemui kasus penyandang psikotik yang kambuh lagi dikarenakan tidak pernah kontrol kembali ke puskesmas serta masih banyak ditemui pemasangan yang dilakukan keluarga penyandang psikotik.

Sosialisasi penyandang psikotik baru dilakukan pada tahun 2009. Bersamaan dengan program rehabilitasi yang merupakan kordinasi dari Kemenkes dan Kemensos (Pusat) terhadap penyandang psikotik di Kecamatan Kersamanah dengan anggaran dari Pemerintah Pusat dan dilakukan rehabilitasi medik dan sosial di Panti Phala Marta, Sukabumi (Panti Rehabilitasi Sosial milik Kementerian Sosial). Sementara dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut telah membentuk Tim Pengendalian Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) untuk memberantas pemasangan terhadap penyandang disabilitas. Di Puskesmas Sukamerang telah ada kader kesehatan jiwa yang keanggotaannya berasal dari masyarakat sendiri.

Penyandang psikotik ini membutuhkan dukungan lingkungan sekitar. Salah satu upaya yang dilakukan oleh Puskesmas Sukamerang adalah melakukan *homecare* yaitu pemberian obat, pengontrolan terhadap kondisi penyandang psikotik dan dukungan moral terhadap keluarga maupun bagi penyandang psikotik. Dalam tahap ini Puskesmas Kersamanah telah melakukan rehabilitasi medik untuk penyembuhan penyandang psikotik. Permasalahan selanjutnya yang timbul adalah ketika penyandang psikotik telah sembuh diperlukan

adanya rehabilitasi sosial untuk menjaga kondisi penyandang psikotik agar tidak kambuh kembali. Hingga sekarang belum ada tindak lanjut dari Dinsos untuk merehabilitasi sosial penyandang psikotik tersebut. Disamping itu, terjadi pemangkasan APBD hingga 50% terhadap program kesehatan jiwa sehingga pemberian obat yang diberikan Puskesmas Sukamerang sifatnya terbatas dan untuk golongan ringan.

Dalam hal pembiayaan kesehatan, seluruh masyarakat Kabupaten Garut termasuk penyandang disabilitas dapat memanfaatkan jaminan kesehatan. Kabupaten Garut mempunyai beberapa skema jaminan kesehatan yang dapat diakses oleh masyarakat termasuk penyandang disabilitas. Beberapa skema jaminan kesehatan yang ada di Kabupaten Garut adalah: (1) Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas); (2) Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda); dan (3) Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos). Namun, beberapa skema jaminan kesehatan tersebut pada tataran implementasinya belum menyentuh seluruh masyarakat miskin termasuk penyandang disabilitas. Beberapa penduduk masih harus membeli sendiri di apotek luar dikarenakan obat-obatan seringkali habis.

Melihat keterbatasan baik dari sisi pembiayaan maupun paket manfaat yang diperoleh oleh penyandang disabilitas dari kebijakan jaminan kesehatan, menurut tim peneliti perlu kiranya Pemda Garut mengakomodir pembuatan Perda tentang penyandang disabilitas dan advokasi kebijakan jaminan kesehatan khusus bagi penyandang disabilitas kedalam Jamkesda maupun Jamkesos. Sehingga kebutuhan kesehatan penyandang disabilitas dapat terwakili.

Berdasarkan data Dinkes Kabupaten Garut untuk penerima kartu Jamkesmas melonjak dari tahun 2012 sebesar 822.923 orang menjadi 1.137.000 orang. Jika merujuk total jumlah penduduk Kabupaten Garut sekitar 2,4 juta jiwa maka diasumsikan bahwa setengah penduduk Garut tergolong miskin. Sedangkan jumlah penduduk yang menerima kartu Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) sebanyak 147.000 orang. Adapun Jamkesda merupakan jaminan

pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Pemkab Garut terhadap penduduk miskin yang tidak mendapatkan Jamkesmas. Disamping itu, Pemkab Garut juga menyiapkan Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos) yang dianggarkan melalui APBD 2013 sebesar Rp.8,- miliar. Program Jamkesos ini diperuntukan bagi warga kurang mampu yang tidak tercatat dalam Jamkesmas maupun Jamkesda. Dengan adanya Jamkesos ini diharapkan setiap warga tidak mampu bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas maupun di RSUD Dr. Slamet Guntur. Peruntukan Jamkesos ini tidak hanya berlaku bagi masyarakat kurang mampu, akan tetapi berlaku juga untuk korban PHK, korban kekerasan rumah tangga dan anak atau perempuan yang tidak memiliki tempat tinggal. Namun, nampaknya pelaksanaan berbagai kebijakan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Garut belum sepenuhnya dapat dinikmati oleh penyandang disabilitas. Hingga saat ini belum dapat diketahui berapa jumlah penyandang disabilitas yang tercover oleh Jamkesmas, Jamkesda dan Jamkesos.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Forum Masyarakat Garut (Fosmaga), bahwa tidak semua penyandang disabilitas memegang dan memiliki kartu Jamkesmas atau Jamkesda sehingga beberapa dari mereka tidak terpenuhi hak kesehatannya. Kendala ini muncul akibat data mikro yang digunakan berasal dari BPS yang ternyata tidak semua terdata dengan baik. Selain data awal yang rancu, di Kabupaten Garut sendiri rumah sakit yang mampu menangani pasien dengan kondisi disabilitas masih minim. Infrastruktur pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas belum banyak didirikan. Pada tahap ini, sebenarnya Pemda Kabupaten Garut telah memberikan akses pelayanan kesehatan kepada seluruh warga secara gratis, namun dalam implementasinya penyandang disabilitas di Kabupaten Garut masih mengalami berbagai hambatan untuk memenuhi hak kesehatannya.

5.4 Jaminan Sosial Bagi Penyandang Disabilitas di Kabupaten Garut

Di Provinsi Jawa Barat hingga tahun 2012 tercatat 153.199 orang penyandang disabilitas. Data tersebut berasal dari seluruh Dinas Sosial kabupaten/kota di Jawa Barat. Jumlah tersebut tiap tahun mengalami peningkatan karena faktor kelahiran atau akibat kecelakaan (kerja dan lalu lintas). Untuk mengatasi kebutuhan kesehatan dan jaminan hidup bagi para penyandang disabilitas tersebut maka Pemerintah Provinsi Jawa Barat memprogramkan rehabilitasi medik dan sosial bagi mereka.

Di Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat ada Balai Rehabilitasi Sosial Penyandang Cacat (BRSPC) yang diperuntukkan untuk pelatihan dan merupakan satu-satunya Balai Rehabilitasi di Provinsi Jawa Barat. Balai Rehabilitasi tersebut merupakan salah satu bentuk program rehabilitasi sosial yang ada di Jawa Barat. Program Dinsos Provinsi Jawa Barat terbagi dua, yaitu:

(1) Dalam Balai

- Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat memiliki 9 UPT (Unit Pelaksana Teknis), yaitu: Balai Pelatihan Pekerja Sosial, Balai Rehabilitasi Sosial Penyandang Cacat, Balai Pemberdayaan Sosial Bina Remaja, Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya, Balai Perlindungan Sosial Tresna Werdha, Balai Rehabilitasi Sosial Karya Wanita, Balai Rehabilitasi Sosial Pamardhi Putra, Balai Rehabilitasi Sosial Marsudi Putra, Balai Perlindungan Sosial Asuhan Anak
- Di Balai Rehabilitasi Kesejahteraan Sosial, penyandang disabilitas mendapat pelatihan keterampilan sebagai bekal mata pencahariannya. Balai Rehabilitasi ini hanya mampu menampung 100 orang saja. Sementara itu program Pelatihan yang diberikan selama delapan bulan dan dibedakan gendernya tiap periode tiap tahunnya dengan alasan keamanan dan kenyamanan seluruh siswa dan pengurus panti. Seluruh

kebutuhan hidup dan belajar siswa ditanggung oleh Balai Rehabilitasi tersebut. Penyandang disabilitas yang bisa mengikuti pelatihan di Balai Rehabilitasi Sosial ini hanya mereka yang mampu latih, yaitu penyandang tuna daksa dan tuna rungu wicara. Pelatihan di Balai Rehabilitasi dimulai tiap 1 April hingga akhir Desember tiap tahun. Balai tersebut memiliki lima wisma yang masing-masing mampu menampung 20 orang. Kegiatan keterampilan yang diberikan di Balai Rehabilitasi Sosial ini adalah otomotif/perbengkelan, menjahit, *handycraft*, elektronik, sablon, salon, pengolahan batu mulia, pertanian, dan wirausaha. Untuk pelatihan olah batu mulia dilakukan oleh Universitas Padjajaran, Bandung yang sudah bersertifikat. Usia peserta pelatihan di Balai Rehabilitasi Sosial ini adalah usia 15-30 tahun dengan syarat: tidak punya tanggungan ekonomi, tidak punya penyakit bawaan/menular, dan berasal dari keluarga miskin. Di Balai Rehabilitasi Sosial itu selain pengasuh panti dan para instruktur/guru yang mengajarkan keterampilan juga ada guru tuna rungu, dokter THT, dokter gigi, dokter umum, psikolog. Begitu pula dengan bimbingan keagamaan. Seminggu dua kali diberikan bimbingan keagamaan.

(2) Luar Balai

- Usaha Ekonomi Produktif (UEP) sejak tahun 2010
- Rekrutmen Kader Rehabilitasi Berbasis Masyarakat (RBM)
- Pemberian alat bantu bagi penyandang disabilitas
- Bantuan sosial dari Gubernur Jawa Barat untuk 500 orang tiap tahunnya sebesar Rp. 3.150.000/orang sehingga jumlah total mencapai Rp. 1,75 milyar.

Alokasi bantuan Gubernur ini berdasarkan Perda Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat. Saat ini Perda tersebut sedang dalam tahap revisi. Tahun 2013 ada 19 kabupaten/kota yang menerima bantuan tersebut. Bantuan tersebut dimanfaatkan sebagai

modal usaha penyanggand disabilitas yang menerimanya. Jenis usahanya tergantung pada kemampuan penyanggand disabilitas itu sendiri. Pemanfaatan bantuan tersebut didampingi oleh tenaga pendamping non-PNS (Tenaga Kerja Sosial Kecamatan/TKSK)/Pekerja Sosial Masyarakat (Peksos)/Kader RBM. Pendamping harus berasal dan berdomisili di tempat bantuan tersebut disalurkan dengan ratio 1 pendamping: 10/7/6 penyanggand disabilitas penerima bantuan.

- Pemberian subsidi dari dana dekonsentrasi (Dekon) kepada Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS) untuk menanggulangi keterbatasan kemampuan Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat. Hingga tahun 2012 ada 2016 orang penyanggand disabilitas yang mendapat bantuan dari dana Dekon di 14 kabupaten/kota dengan pendamping 40 orang.

Dalam penyelenggaraan pelatihan di Balai Rehabilitasi Sosial ini, para instruktur dan pengasuh di panti dari Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat terkendala oleh keterbatasan kemampuan baca tulis yang dimiliki oleh beberapa peserta pelatihan. Hal ini cukup menghambat proses pemberian keterampilan bagi para penyanggand disabilitas tersebut. Setelah menyelesaikan pelatihan di Balai Rehabilitasi pun umumnya mereka ditolak oleh perusahaan yang membutuhkan tenaga kerja di bidang tersebut. Hal ini akibat ketiadaan ijazah pendidikan formal peserta yang bersangkutan. Meskipun perlu dipahami bahwa seharusnya tidak ada korelasi antara keterampilan seseorang dengan kemampuan baca tulisnya.

Kemampuan baca tulis yang diwajibkan oleh perusahaan asumsinya pada kemampuan seorang penyanggand disabilitas dalam memahami sebuah kontrak kerja. Dengan kendala ijazah formal yang disyaratkan oleh seluruh perusahaan, maka dari seluruh penyanggand disabilitas yang pernah mengikuti latihan di Balai Rehabilitasi ini hanya sekitar 60% bekerja pada orang (usaha milik orang lain) dan 20% bekerja di perusahaan. Sisanya wirausaha atau tidak bekerja sama sekali. Untuk mengatasi kendala tersebut, selanjutnya penyanggand

disabilitas yang memiliki daya tangkap yang kurang diserahkan ke Dinas Sosial kabupaten/kota yang mengirimnya mengikuti pelatihan di Balai Rehabilitasi Sosial tersebut.

Menghadapi kendala yang hampir selalu ditemukan di setiap periode pelatihan itu, ada wacana di Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Barat untuk mengikutsertakan penyandang disabilitas yang kurang menguasai kemampuan baca tulis dengan Kejar Paket A. Namun sekali lagi wacana itu pun terkendala oleh beberapa hal, yaitu:

- (1) Pendidikan Kejar Paket A kurun waktunya dari bulan Juni ke bulan Juni tahun berikutnya. Sedangkan pelatihan di Balai Rehabilitasi Sosial hanya dari bulan April-Desember saja sehingga tidak memungkinkan menampung mereka sampai bulan Juni tahun berikutnya karena wisma akan dihuni oleh peserta pelatihan pada tahun berikutnya sejak bulan April hingga Desember.
- (2) Mayoritas peserta pelatihan berasal dari keluarga miskin sedangkan untuk mengikuti Ujian Nasional Kejar Paket A setiap peserta harus membayar Rp.1,8 juta.

Keterbatasan daya tampung Balai dan tidak adanya anggaran untuk mengikutsertakan penyandang disabilitas Ujian Nasional Kejar Paket A akhirnya menjadi sebuah tantangan bagi Pemerintah Provinsi Jawa Barat untuk mengatasinya. Kekurangan Balai Rehabilitasi Sosial yang lain adalah jarak dari Kantor Balai dengan tempat pelatihan cukup jauh meskipun masih berada di satu area sehingga kurang efektif dalam hal pengawasan. Sementara di kalangan internal peserta sendiri juga terjadi masalah komunikasi antar peserta tuna daksa dengan peserta tuna rungu wicara.

Secara umum bila dilihat dari kemampuan kemandirian, sangat kecil jumlah penyandang disabilitas yang mampu mandiri. Yang terpenting dan dapat diupayakan hanya agar para penyandang disabilitas itu memiliki rasa percaya diri. Hal inilah yang menjadi salah satu tujuan pelatihan di Balai Rehabilitasi Sosial. Dan termasuk untuk membangkitkan rasa percaya diri itu maka Balai Rehabilitasi Sosial itu mempunyai kerja sama dengan Program Acara: Kick Andy (Metro

TV) yang memberikan kaki dan tangan palsu secara gratis sesuai jumlah kebutuhan.

Selain Dinas Sosial provinsi, Gubernur Jawa Barat juga sudah memerintahkan kepada seluruh kantor dinas yang ada di kabupaten/kota di Jawa Barat untuk memberikan aksesibilitas bagi penyandang disabilitas. Aksesibilitas ini sebagai bentuk kepedulian Pemerintah Jawa Barat terhadap penyandang disabilitas untuk mengakses pelayanan publik di kantor dinas yang bersangkutan.

Di tingkat pemerintah kabupaten/kota, Dinas Sosial juga memiliki bidang rehabilitasi sosial bagi penyandang disabilitas di wilayahnya. Pembedaan program di tiap kabupaten/kota tergantung pada APBD masing-masing. Hingga saat ini, Dinas Sosial Kota Bandung masih menjadi yang terbaik program rehabilitasi sosialnya bagi penyandang disabilitas. Sama seperti Kabupaten Bandung, di Kota Bandung ada program pendampingan oleh Kader RBM bagi penyandang disabilitas. Seluruh kecamatan yang berjumlah 33 (tiga puluh tiga) di Kota Bandung telah memiliki Kader RBM di tiap kecamatannya. Untuk pemberian bantuan dana APBD bagi penyandang disabilitas di wilayahnya, hingga saat ini baru Pemerintah Kota Bandung dan Kabupaten Bandung Barat (Cimahi) yang memberi bantuan dana bagi penduduknya yang menjadi penyandang disabilitas. Namun semua program sosial yang ada di masyarakat pada dasarnya sangat tergantung pada kepala daerah. Kebijakan APBD bagi penyandang disabilitas sangat ditentukan oleh keputusan kepala daerah.

Dari seluruh jenis disabilitas yang ditemukan di Jawa Barat, penderita psikotik merupakan yang terbanyak ditemukan kasusnya. Para penderita psikotik itu ada yang penduduk Jawa Barat dan ada pula yang tidak diketahui asal usulnya atau sering disebut “kiriman” dari provinsi lain. Mereka menjadi gelandangan dan meresahkan masyarakat setempat. Para gelandangan psikotik tersebut langsung dikirim ke Dinas Sosial setempat. Menghadapi masalah ini, sekali lagi Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat terkendala oleh beberapa hal, yaitu:

- (1) Belum ada panti bagi penyandang psikotik di Jawa Barat,
- (2) Belum ada Pusat Perlindungan Penyandang Disabilitas atau panti yang multifungsi bagi seluruh penyandang disabilitas, minimal mampu mengatasi kebutuhan kabupaten/kota yang belum memiliki panti bagi penyandang disabilitas, dan
- (3) Keterbatasan panti bagi penyandang disabilitas di kabupaten/kota (tidak semua kabupaten/kota di Jawa Barat memiliki panti bagi penyandang disabilitas).

Saat ini, Pemerintah Provinsi Jawa Barat dan Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat telah merencanakan membangun Pusat Lingkungan Kesejahteraan Sosial bagi semua penyandang psikotik di lahan seluas 4 ha di Kota Bandung dengan dana APBD.

Sementara itu, kasus penyandang disabilitas psikotik juga ditemukan di Kabupaten Garut, tepatnya di Kecamatan Kersamanah (Puskesmas Suka Merang). Kasus penyandang psikotik di kecamatan ini mencapai 123 (seratus dua puluh tiga) orang. Faktor penyebabnya cukup beragam namun mayoritas akibat tekanan sosial ekonomi/kemiskinan.

Para penyandang disabilitas ini pada akhirnya mendapat rehabilitasi melalui program khusus yang merupakan kordinasi dari Kemenkes dan Kemensos (Pusat) terhadap penyandang psikotik di Kecamatan Kersamanah dengan anggaran dari Pemerintah Pusat dan dilakukan rehabilitasi medik dan sosial di Panti Phala Marta, Sukabumi (Panti Rehabilitasi Sosial milik Kementerian Sosial). Sementara dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut membentuk Tim TPKJM (Tim Pengendalian Kesehatan Jiwa Masyarakat) untuk memberantas pemasangan terhadap penyandang disabilitas.

Dinas Sosial Kabupaten Garut sendiri juga memiliki program Rehabilitasi Sosial bagi seluruh penyandang disabilitas di wilayahnya. Ada beberapa jenis rehabilitasi sosial yang diberikan. Penyandang disabilitas berat (ODK Berat) mendapat jaminan sosial dari Kementerian Sosial yang berasal dari APBN, sebesar Rp. 300 ribu/bulan tiap orang. Namun tidak seluruh penyandang disabilitas berat di

Kabupaten Garut yang menerima jaminan sosial ini. Jumlah penerima ditentukan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Barat sesuai jumlah seluruh penyandang disabilitas yang diajukan oleh tiap Dinas Sosial di seluruh Jawa Barat dan sesuai *assesment* yang dibuat oleh Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat. Dinas Sosial Kabupaten Garut juga memiliki anggaran khusus untuk Rehabilitasi Sosial. Hanya saja jumlahnya sangat kecil dan tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan untuk Rehabilitasi Sosial. Anggaran tersebut hanya Rp. 100 juta dan dari jumlah anggaran itu Rp. 50 juta untuk membiayai panti. Anggaran yang sangat kecil itu mutlak harus disiasati oleh Dinas Sosial Kabupaten Garut.

Program Rehabilitasi Sosial lainnya adalah mengirim penyandang disabilitas ke Panti Dinas Sosial (Loka Bina Karya) untuk mengikuti pelatihan keterampilan sebagai modal untuk membuka usaha sendiri. Dinas Sosial menjaring penyandang disabilitas di pelosok Garut untuk di-*assesment* agar bisa mendapatkan bantuan alat bantu atau rehabilitasi medik dengan Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK) (satu orang TKSK di tiap kecamatan). Hanya saja akibat keterbatasan dana, sosialisasi hanya dilakukan di tingkat kecamatan. Selain itu, karena anggaran dan sumber daya manusia yang terbatas, maka tiap tahun hanya bisa dilakukan sosialisasi di delapan kecamatan. Koordinasi dengan Kepala Desa juga selalu kurang efektif karena umumnya sosialisasi berhenti di tingkat kecamatan.

Hingga saat ini, belum pernah ada sosialisasi langsung ke masyarakat tentang rehabilitasi penyandang disabilitas di Kabupaten Garut oleh Dinas Sosial. Pada umumnya keluarga yang memiliki anak penyandang disabilitas masih menyembunyikan karena budaya malu yang masih kuat. Dinas Sosial Kabupaten Garut juga tidak pernah mendata secara tertulis jumlah penyandang disabilitas yang ada sehingga yang terdata hanya mereka yang terjangkau oleh Kader RBM/TKSK/tenaga medis di Puskesmas setempat. Hal ini akibat luasnya wilayah Kabupaten Garut dan bentang alamnya yang cukup sulit serta infrastruktur yang masih jauh dari memadai. Kondisi ini menyulitkan administrasi pendataan penduduk yang menjadi

penyangang disabilitas sehingga menyulitkan pula pemenuhan jaminan sosial bagi penyangang disabilitas. Misalnya yang terjadi di wilayah Garut Selatan yang penduduknya tinggal di rumah panggung, maka menyulitkan untuk pemberian alat bantu kursi roda bagi penyangang disabilitas yang tinggal disana.

Di Kabupaten Garut, Kader RBM kurang berfungsi. Hal ini disebabkan karena umumnya rekrutmen Kader di tingkat Desa tidak sesuai dengan tujuan RBM. Dibanding Kader RBM maka TKSK di Kabupaten Garut lebih berfungsi untuk melakukan pendekatan ke masyarakat yang memiliki anggota keluarga yang menjadi penyangang disabilitas sehingga mereka dapat mengakses pelayanan kesehatan dan jaminan sosial yang diprogramkan oleh Pemerintah Kabupaten Garut, Pemerintah Provinsi Jawa Barat dan Pemerintah Pusat.

Di Kabupaten Garut, pemenuhan jaminan sosial bagi penyangang disabilitas yang berupa pelatihan keterampilan, terkendala oleh rendahnya motivasi penyangang disabilitas itu sendiri. Umumnya mereka tidak mau atau tidak diijinkan oleh keluarganya untuk mengikuti pelatihan di kota lain. Disinilah TKSK berperan. Selain mencari data tentang penduduk yang disabilitas di wilayahnya, mereka juga bertugas menyebarkan informasi ke masyarakat tentang rehabilitasi medik dan sosial bagi penyangang disabilitas.

Dinas Sosial Kabupaten Garut sebagai *focal point*, secara keseluruhan telah melakukan beberapa program pemberdayaan bagi penyangang disabilitas, yaitu:

- (1) *Outreach* penyangang disabilitas. Kegiatan ini dilakukan oleh Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK) yang tersedia di setiap kecamatan dengan satu orang TKSK. Namun, menurut Dinsos keberadaan TKSK belum berperan secara optimal sehingga permasalahan kurangnya sumber daya manusia juga turut mendukung belum tertanganinya secara optimal permasalahan penyangang disabilitas. Data peserta *outreach* tahun 2012 sejumlah 50 orang penyangang disabilitas.

- (2) Sosialisasi mengenai penyandang disabilitas kepada kepala desa, tokoh masyarakat (TOMA) dan keluarga penyandang disabilitas. Sosialisasi khusus bagi penyandang disabilitas masih belum dapat dilakukan karena terkendala anggaran dan SDM. Kegiatan sosialisasi ini baru diadakan di tingkat kecamatan dan setahun hanya sampai delapan kecamatan saja. Beberapa hambatan yang menyebabkan sosialisasi menjadi tidak maksimal adalah sering bergantinya petugas sosialisasi dan masih banyak anggota keluarga penyandang disabilitas yang tidak datang karena masih menutupi jika ada anggota keluarganya sebagai penyandang disabilitas.
- (3) Melakukan kegiatan Loka Bina Karya. Kegiatan ini menggunakan dana gabungan antara APBN dan APBD Kabupaten Garut. Pada tahun 2012 ada 30 penyandang disabilitas yang dilatih. Sejumlah 15 orang penyandang disabilitas dilatih untuk ketrampilan menjahit selama tiga bulan dengan menggunakan APBD sedangkan 15 orang penyandang disabilitas lainnya dilatih olah pangan selama tiga hari dengan menggunakan APBN (Kemensos).
- (4) Pengiriman peserta pelayanan rehabilitasi vokasional setiap tahunnya ke Balai Besar Rehabilitasi Vokasional Bina Daksa (BBRVD) di Cibinong. Tercatat penyandang disabilitas yang telah dilatih oleh BBRVD pada tahun 2009 berjumlah delapan orang, tahun 2012 berjumlah tiga orang dan tahun 2013 berjumlah tiga orang.
- (5) Pengiriman peserta pelatihan ke Balai Rehabilitasi Sosial Penyandang Cacat (BRSPC) Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat.
- (6) Pemberian alokasi khusus berupa Bantuan Gubernur dari dana APBD Provinsi Jawa Barat bagi Penyandang Disabilitas. Bantuan tersebut uang sebesar Rp.4.150.000,- yang dipergunakan sebagai modal usaha seperti konter HP, menjahit, elektro, warungan, sablon plastik, peternak, tambal ban, kerajinan akar wangi, pembuatan dodol garut, pembuatan *cheese stick*. Pemberian bantuan Gubernur Jawa Barat ini telah berlangsung selama tiga tahun mulai dari tahun 2010. Tercatat

setiap tahunnya ada dua puluh penyandang disabilitas yang menerima bantuan Gubernur ini.

- (7) Pemberian asistensi bagi penyandang disabilitas berat dengan alokasi anggaran dari Kementerian Sosial. Tercatat pada tahun 2012 sebesar 104 orang penyandang disabilitas berat yang menerima. Setiap penyandang disabilitas selama setahun mendapatkan Rp.3.600.000,- dan pemberian asistensi tersebut dilakukan setiap tiga bulan sekali melalui kerjasama dengan PT. POS.
- (8) Dinas Sosial Kabupaten Garut melalui APBD juga mengadakan bimbingan sosial PACA LBK. Tercatat pada tahun 2009, telah melatih tiga puluh penyandang disabilitas dan pada tahun 2010 sejumlah enam belas penyandang disabilitas telah dilatih.
- (9) Data bimbingan pemantapan KUBE bagi eks Balai PACA Desa Cibunar Kecamatan Cibatu. Tercatat lima penyandang disabilitas yang mendapatkan pelatihan.
- (10) Kegiatan Pelatihan Ketrampilan dan Praktik Belajar Kerja bagi Penyandang Cacat (PACA)/ JSPACA untuk olah pangan berjumlah 15 orang pada tahun 2013.
- (11) Pemberian bantuan motivasi kelangsungan hidup untuk pemenuhan kebutuhan dasar orang dengan kecacatan eks kusta luar pemukiman pada tahun 2012 berjumlah 13 orang. Pekerjaan tani, buruh, tukang sol sepatu, wiraswasta
- (12) Bagi anak-anak penyandang disabilitas Dinas Sosial Kabupaten Garut mempunyai program pemberian bantuan paket peralatan sekolah pada kegiatan peningkatan pengetahuan kemampuan. Berupa pemberian baju seragam kemeja dan celana atau rok serta sepatu untuk tiga puluh anak penyandang disabilitas pada tahun 2011. Sedangkan pada tahun 2012 tercatat lima puluh anak penyandang disabilitas yang mendapatkan paket peralatan sekolah ini.
- (13) Sebagai daerah rawan gempa bumi, Dinas Sosial Kabupaten Garut juga memberikan alokasi khusus bantuan korban bencana gempa bumi. Seperti pada bencana gempa bumi 2 September

2009 di Desa Bojong, Kecamatan Pameungpeuk, telah diberikan bantuan terhadap dua belas penyandang disabilitas.

5.5 Social Awareness (Pihak Masyarakat/LSM) terhadap Penyandang Disabilitas di Kabupaten Garut

Penyandang disabilitas membutuhkan dukungan dari lingkungan sekitarnya, mulai dari tingkat terkecil yaitu keluarga penyandang disabilitas hingga masyarakat. Namun kenyataan yang terjadi seringkali memperlihatkan hal yang tidak semestinya. Para penyandang disabilitas kerap masih diposisikan sebagai warga kelas dua. Stigma negatif yang mengeksklusikan kelompok penyandang disabilitas ini secara lebih luas berdampak tidak hanya pada perkembangan psikologis si penyandang disabilitas yang terhambat, tetapi juga berimplikasi pada terbatasnya pemenuhan akses-akses sosial dalam kehidupan sehari-hari (Rahman, 2008:2). Para penyandang disabilitas terpinggirkan dan bahkan secara otomatis meminggirkan diri dari kehidupan bermasyarakat. Mereka merasa tidak berguna dan hanya menjadi beban bagi orang lain. Di sisi lain, sering kali program kebijakan pemerintah bagi para penyandang disabilitas berbasis *charity* (belas kasihan) sehingga kurang memberdayakan mereka untuk terlibat dalam mengatasi masalahnya sendiri. Sebenarnya para penyandang disabilitas sendiri ingin menjadi bagian dari masyarakat yang memiliki peran tersendiri, bukan sebagai beban seperti yang selama ini terjadi. Kesalahan cara pandang terhadap penyandang disabilitas itu sendiri perlu diluruskan sehingga pengkhususan penanganan tidak salah sasaran. Lahirnya beberapa Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang peduli terhadap penyandang disabilitas juga membantu mengadvokasi agar hak-hak para penyandang disabilitas terpenuhi sebagaimana para non-disabilitas.

Dibandingkan dengan Kabupaten Sukabumi, di Kabupaten Garut *people centered development* yang menekankan pada penguatan kapasitas lokal melalui pembentukan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang peduli terhadap penyandang disabilitas telah ada. Meskipun seperti halnya di Kabupaten Sukabumi, di Kabupaten Garut

juga lebih banyak dijumpai LSM yang bergerak dalam bidang otonomi daerah. Dalam hal kemitraan dalam memberikan pelayanan sosial terhadap penyandang disabilitas, Dinas Sosial Kabupaten Garut selama ini bekerja sama dengan Organisasi Sosial (Orsos) pemerhati penyandang disabilitas. Dinas Sosial hanya memilih Orsos sebagai mitra dengan alasan:

- (1) Anggaran Dasar cukup jelas dan tegas menyatakan bahwa organisasi tersebut pemerhati penyandang disabilitas, dan
- (2) Secara administrasi terdaftar di Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat.

Hingga saat ini di Kabupaten Garut ada lima Orsos pemerhati penyandang disabilitas. Namun yang selama ini cukup berperan penting membantu penyandang disabilitas dalam pengadaan alat bantu adalah sebuah LSM yang bernama Forum Masyarakat Garut (FOSMAGA). LSM ini belum bisa menjadi mitra Dinas Sosial karena secara administrasi masih berada di bawah kordinasi Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat (Kesbang Linmas) Kabupaten Garut. Salah satu keuntungan yang didapat oleh mitra Dinas Sosial adalah para pengurusnya dapat mengikuti pelatihan yang diadakan atau dibiayai oleh Dinas Sosial setempat.

Bentuk kegiatan yang dilakukan oleh FOSMAGA adalah pemberian kaki/tangan palsu, operasi bibir sumbing dan operasi katarak. Dalam upaya untuk menjangkau penyandang disabilitas di tengah masyarakat Garut, mereka membentuk kader kesejahteraan sosial. Dalam visi misi Fosmaga, tercantum fungsi dari kesejahteraan sosial. Adapun fungsinya adalah:

- (a) Sebagai salah satu upaya menuju tercapainya keadilan sosial, dilanjutkan usaha-usaha untuk memberi kesempatan yang lebih luas dan merata dalam meningkatkan kesejahteraan sosial bagi anggota masyarakat yang kurang beruntung, termasuk mereka yang hidupnya terasing dan terbelakang. Usaha perbaikan pelayanan sosial tersebut juga dilaksanakan dalam rangka meningkatkan kesadaran, tanggung jawab, serta kemampuan setiap warga negara untuk ikut serta dalam pembangunan.

- (b) Pelayanan kesejahteraan sosial perlu ditingkatkan secara lebih terpadu melalui upaya pemberian bantuan dan santunan sosial serta upaya rehabilitasi sosial. Pemberian bantuan dan santunan sosial bagi fakir miskin, anak-anak terlantar, yatim piatu, orang lanjut usia yang tidak mampu, korban bencana alam serta musibah lainnya serta rehabilitasi sosial bagi mereka yang tersesat terus dilanjutkan dan dilaksanakan sebagai upaya pemerintah, lembaga-lembaga sosial dan masyarakat pada umumnya. Dalam hubungan ini dilanjutkan pula usaha-usaha untuk membantu penyandang cacat agar dapat memperoleh kesempatan kerja sesuai kemampuannya.
- (c) Pembinaan dan penyantunan cacat veteran, veteran pejuang kemerdekaan dan pejuang kemerdekaan lainnya perlu dilanjutkan sesuai dengan darma bakti mereka.
- (d) Panti-panti sosial perlu terus ditingkatkan mutu dan jumlahnya sehingga dapat memberikan penampungan dan pelayanan yang memadai bagi yang membutuhkannya. Sehubungan dengan itu perlu lebih didorong partisipasi masyarakat.
- (e) Untuk dapat memberikan pelayanan yang lebih baik serta menjangkau golongan masyarakat yang lebih luas, lembaga-lembaga sosial yang bergerak di bidang pelayanan sosial perlu terus dikembangkan serta ditingkatkan kemampuan dan perannya. Warga masyarakat yang mampu perlu lebih didorong untuk melibatkan diri dalam pengembangan dan pengelolaan lembaga-lembaga sosial tersebut.
- (f) Dalam rangka meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelayanan sosial, perlu terus dikembangkan kesadaran, kesetiakawanan dan tanggung jawab sosial serta diciptakan iklim yang dapat mendorong kegairahan dan kesediaan masyarakat untuk menjadi pekerja-pekerja sosial.

Secara umum tugas dari kader FOSMAGA adalah sebagai tenaga pendamping bagi penyandang disabilitas dan membantu

meminta surat ke kepala desa ketika penyandang disabilitas akan dirujuk atau mendapat bantuan. Kader ini tersebar di setiap kelurahan dan hingga sekarang berjumlah 70 orang. Total tercatat ada sekitar 200 desa yang dikoordinir oleh kader rujukan dari 33 kecamatan di Kabupaten Garut. Keseluruhan kader FOSMAGA ini merupakan inisiatif masyarakat sendiri yang bekerja ikhlas tanpa ada imbalan/bayaran. Yang menarik disini, ternyata wilayah kerja FOSMAGA tidak terbatas di Kabupaten Garut saja tapi juga di seluruh Provinsi Jawa Barat.

Dalam kepengurusan FOSMAGA, diketuai oleh Bapak Odong Sumpena. Sedangkan untuk donator tetap FOSMAGA adalah Pak Thakur dan Shahdun Patvani (pengusaha India) di daerah Sunter dan Lion Group. Hingga sekarang, tercatat ada 95 orang penyandang disabilitas pada tahap 1 yang sudah menerima alat bantu berupa kaki palsu. Kemudian di bulan Juni 2013, FOSMAGA telah melakukan pengukuran kaki palsu untuk tahap ke 2. Dalam pembuatan kaki palsu, FOSMAGA bekerja sama dengan Pak Dadan dari Yayasan Biru Mandiri. Para penyandang disabilitas itu umumnya akibat kecelakaan (80%) dan akibat penyakit (20%) (kecuali pengidap diabetes). Sedangkan untuk operasi bibir sumbing FOSMAGA bekerja sama dengan YPPCBL¹⁷ di kota Bandung. Untuk kegiatan sosial ini, FOSMAGA murni mengandalkan dari bantuan donator.

Hingga saat ini belum pernah ada bantuan apapun (dana dan SDM) dari Pemerintah Daerah Kabupaten Garut dan Pemerintah Pusat. Hal ini dimungkinkan karena FOSMAGA belum terdaftar sebagai organisasi sosial yang notabene nantinya menjadi mitra kerja dari Dinas Sosial Kabupaten Garut. Sehingga ketika ada acara pemberian alat bantu oleh FOSMAGA bagi penyandang disabilitas menyebabkan Dinas Sosial maupun Dinas Kesehatan Kabupaten Garut tidak hadir dalam acara tersebut. Pengajuan bantuanpun pernah diajukan FOSMAGA ke Kemensos untuk: jam tangan bagi tuna netra, kursi roda, dan alat bantu dengar; meskipun sudah dua tahun belum ada yang

¹⁷ Pengurus YPPCBL di Kota Bandung adalah Ibu Yuli.

diproses juga. Idealnya ada fasilitator dari Pemda setempat untuk melancarkan program FOSMAGA. Adapun standar parameter pasien yang akan mendapat bantuan adalah:

- (1) Penyandang disabilitas dari keluarga miskin dicari oleh kader rujuk;
- (2) Diupayakan untuk mau menerima alat bantu; dan
- (3) Proses pemberian alat bantu agak lama setelah melalui tahap pengukuran dan pembuatan selama sekitar 10 hari (rata-rata 10 hari per 10 orang).

Selama ini ketika ada penyandang disabilitas yang mengajukan bantuan tidak ada yang ditolak karena program ini bukan merupakan kuota. Beberapa hambatan yang dihadapi oleh FOSMAGA, selama ini pemberian alat bantu masih terbatas pada pemberian kaki palsu dan tangan palsu. Sedangkan untuk permintaan alat bantu dengar belum bisa dipenuhi karena terkendala biaya.

BAB VI

P E N U T U P

Penyandang disabilitas merupakan warga negara yang dapat berada di setiap tempat, termasuk di kabupaten daerah tertinggal. Sama seperti warga negara lainnya, penyandang disabilitas juga memiliki hak dan kesempatan yang sama untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, misalnya hak kesehatan dan jaminan sosial. Pemerintah (pusat dan daerah) sebagai penjamin hak warga negaranya, belum dapat memberikan fasilitas yang memudahkan penyandang disabilitas mengakses haknya. Hal ini mengakibatkan penyandang disabilitas di kabupaten daerah tertinggal harus bekerja dua kali lebih keras untuk menyuatkan hak-haknya. Berbagai ketertinggalan dalam segala bidang, baik ekonomi, sumber daya manusia, sosial, hingga infrastruktur menjadi menu sehari-hari yang harus dihadapi. Berbagai keterbatasan yang ada di kabupaten daerah tertinggal sesungguhnya tidak boleh menjadi alasan pembenar terabaikannya hak penyandang disabilitas untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Salah satu faktor yang sangat mendukung pemenuhan hak mereka adalah adanya perhatian dan dukungan nyata dari Pemerintah beserta masyarakat.

Pemerintah Indonesia telah meratifikasi *Convention on The Rights of Person with Disabilities* ke dalam Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011. Hal ini mengandung arti bahwa Pemerintah telah menyetujui pergeseran paradigma yang sebelumnya pendekatan karitas (*charity*) menjadi pendekatan hak asasi manusia. Dalam paradigma baru tersebut setiap negara yang meratifikasi, menyetujui bahwa dalam rangka pengurangan kemiskinan diperlukan keterlibatan aktif dari penyandang disabilitas. Upaya mewujudkan masyarakat inklusif dan berkeadilan di Indonesia tidak akan dapat terlaksana tanpa melibatkan penyandang disabilitas dalam pembangunan, baik sebagai pelaku, maupun sebagai penerima manfaat. Namun, pada tataran implementasinya hingga saat ini belum terealisasi. Pemerintah daerah di daerah tertinggal mengalami dilema dalam menjalankan kebijakan

terkait pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas. Keterbatasan pemerintah daerah dalam pendanaan menjadi kendala utama dalam isu penanganan disabilitas. Tingkat *social awareness* terhadap penyandang disabilitas di kabupaten daerah tertinggal dapat dikatakan masih minim karena tingginya tingkat kemiskinan. Sehingga hingga saat ini belum ada pengarusutamaan penyandang disabilitas untuk memandirikan penyandang disabilitas itu sendiri. Pada tahap pertama, diperlukan adanya advokasi terhadap pembuat kebijakan untuk memasukkan isu penyandang disabilitas ke dalam agenda kebijakan di daerah.

Hingga saat ini, penyandang disabilitas selalu menciptakan isu sosial yang klasik. Mereka selalu diidentikan sebagai beban karena minimnya kesempatan yang diberikan oleh lingkungannya. Individu yang memiliki kondisi sebagai disabilitas seringkali dijadikan obyek santunan (*charity*) dan bahkan tidak jarang mendapatkan perlakuan diskriminatif baik dari pemerintah maupun masyarakat termasuk juga keluarga penyandang disabilitas. Mereka masih dijadikan objek kegiatan dalam pemenuhan hak-haknya tanpa dilibatkan sebagai aktor yang mampu berperan aktif dalam pemenuhan hak itu sendiri. Penyandang disabilitas masih dikategorikan sebagai warga negara yang tidak mempunyai peran di masyarakat. Kondisi ini juga tidak lepas dari cara berfikir terhadap disabilitas yang masih dikaitkan dengan kepercayaan yang menganggap disabilitas sebagai aib.

Jika melihat jumlah penyandang disabilitas yang semakin bertambah, mengindikasikan bahwa setiap manusia mempunyai potensi untuk menjadi penyandang disabilitas baik disabilitas fisik (akibat kecelakaan, bencana, faktor kesehatan, usia) dan disabilitas mental (akibat bencana, tingkat stress). Dalam upaya pemenuhan hak bagi penyandang disabilitas selama ini belum tercermin hubungan antara penyandang disabilitas dengan keluarga, masyarakat maupun Negara. Instrumen hukum yang ada, belum menjadi panduan yang berpihak pada penyandang disabilitas. Pengarusutamaan disabilitas perlu untuk digalakkan mengingat hingga saat ini masih banyak penyandang disabilitas yang mengalami diskriminasi. Pelibatan penyandang disabilitas dalam setiap proses pembangunan akan memberikan

dampak positif pengurangan kemiskinan. Selain itu disabilitas merupakan investasi, sumber daya manusia potensial yang perlu diberi kesempatan untuk dapat mengaktualisasikan diri.

Perbaikan kualitas hidup penyandang disabilitas sudah seharusnya dilakukan melalui upaya yang menyeluruh dan terintegrasi. Disabilitas tidak lagi dipandang sebagai isu tunggal yang penanganannya bersifat parsial, melainkan menjadi isu lintas sektor (*cross cutting issues*), yaitu dengan melakukan pengarusutamaan disabilitas dalam pembangunan. Diperlukan suatu tindakan yang saling mengkomunikasikan setiap tahapan yang perlu dilakukan dari berbagai *stakeholder* (Pemerintah Pusat dan Daerah, masyarakat, keluarga dan penyandang disabilitas). Dapat dipahami bahwa wilayah di daerah tertinggal yang secara infrastruktur susah dijangkau, namun sesungguhnya kendala ini dapat diatasi bila seluruh elemen masyarakat termasuk Pemerintah Daerah setempat memiliki inisiatif untuk menjadikan penyandang disabilitas sebagai subyek dalam setiap aktivitas kehidupan.

Dari penelitian yang dilakukan di dua lokasi berbeda ini, nampaknya isu disabilitas belum mendapatkan perhatian optimal dari pemerintah daerah. Secara administrasi, Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi berada di wilayah Provinsi Jawa Barat yang merupakan salah satu provinsi yang secara tegas dan nyata menunjukkan kepeduliannya terhadap penduduknya yang menjadi penyandang disabilitas. Hal itu ditunjukkan dalam Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat. Namun, kedua kabupaten tersebut belum mempunyai Perda Kabupaten sebagai turunan dari Perda Provinsi yang mengakomodir perlindungan terhadap penyandang disabilitas.

Jika melihat data dari Dinas Sosial kedua kabupaten, ternyata mempunyai jumlah penyandang disabilitas yang cukup tinggi. Kedua lokasi penelitian juga termasuk daerah dengan tingkat kerawanan bencana alam yang tinggi. Namun, upaya mitigasi bencana bagi

kelompok rentan (termasuk penyandang disabilitas) belum dilakukan. Dengan status sebagai daerah kabupaten tertinggal dan daerah dengan rawan bencana alam, dapat dipastikan bahwa jumlah penyandang disabilitas di kedua kabupaten akan bertambah setiap tahunnya. Adanya Perda tentang penyandang disabilitas sesungguhnya merupakan salah satu tindakan kongkrit dari pemerintah daerah yang mempunyai kepedulian dan mendukungnya melalui instrumen hukum.

Keterbatasan infrastruktur di daerah tertinggal mengakibatkan Pemda setempat (Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi) lebih memprioritaskan pembangunan fisik dibanding peningkatan kualitas penduduknya. Alokasi anggaran program bagi penyandang disabilitas sangat tidak memenuhi kebutuhan dasar mereka. Situasi dan kondisi ini pada akhirnya menciptakan eksklusi sosial di masyarakat terhadap penyandang disabilitas. Sehingga masih ditemukan adanya pandangan negatif (aib) dari masyarakat terhadap penyandang disabilitas. Eksklusi sosial terhadap penyandang disabilitas dapat dihilangkan jika ada dukungan keluarga dan penerimaan masyarakat terhadap mereka. Selain keluarga, masyarakat juga memainkan peran penting dalam kehidupan penyandang disabilitas. Penerimaan masyarakat dalam kehidupan sehari-hari akan menjadikan kepercayaan diri mereka semakin meningkat. Perasaan diakui sebagai bagian anggota masyarakat merupakan kebanggaan tersendiri bagi penyandang disabilitas sehingga mereka bisa memainkan perannya sesuai kemampuan dirinya. Di kedua kabupaten, elemen masyarakat untuk merespon kebutuhan penyandang disabilitas dapat dikatakan sangat minim. Lembaga swadaya masyarakat yang pemerhati penyandang disabilitas sangat sedikit jumlahnya dibanding dengan yang berfokus pada otonomi daerah.

Menjawab pertanyaan penelitian tentang pemenuhan hak kesehatan dan jaminan sosial di kedua lokasi penelitian, secara umum penyandang disabilitas di kedua wilayah tersebut sudah memiliki kesempatan untuk mengakses hak-hak tersebut. Dalam upaya pemenuhan hak kesehatan, di kedua kabupaten pada dasarnya dapat mengaksesnya melalui Jamkesmas dan Jamkesda meskipun belum

maksimal. Artinya, masih banyak penyandang disabilitas di kedua kabupaten yang belum mengetahui bahwa kartu jaminan kesehatan merupakan salah satu alat untuk mengakses hak kesehatan mereka. Begitu pula dengan jenis pelayanan kesehatan yang bisa dimanfaatkan oleh penyandang disabilitas belum secara keseluruhan mampu memenuhi kebutuhan mereka terhadap peningkatan kondisi kesehatannya. Bahkan cukup banyak yang belum mengetahui manfaat dan cara mendapatkan kartu jaminan kesehatan. Data yang dipergunakanpun masih sangat rancu. Selain itu, penggunaan kartu ini pun belum tersosialisasi secara menyeluruh. Hal ini dikarenakan kurangnya sosialisasi instansi terkait terhadap masyarakat dalam pemenuhan hak kesehatannya.

Fasilitas pelayanan kesehatan dan jumlah SDM tenaga kesehatan turut mendukung pemenuhan hak kesehatan belum optimal. Di Kabupaten Garut, mayoritas penyandang disabilitas berada di daerah Garut Selatan (wilayah pegunungan). Sepuluh puskesmas yang berada di daerah Garut Selatan tidak memiliki dokter. Sehingga, proses pemenuhan untuk mendapat pelayanan kesehatan pun menjadi terhambat karena mereka harus mengakses sendiri ke puskesmas yang di kota. Tenaga fisioterapi yang secara ideal harus ada di setiap puskesmas, masih sangat jarang ditemui di kedua kabupaten. Adapun fungsi dasar dari tenaga fisioterapi di puskesmas adalah memberikan pelayanan secara *homecare* ketika penyandang disabilitas tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan karena keterbatasan mereka. Pada fasilitas pelayanan kesehatan di kedua kabupaten tercatat hanya 50% alat kesehatan yang berfungsi optimal dan masih jauh dari ideal. Di Kabupaten Sukabumi dengan jumlah penduduk sekitar 2,5 juta, idealnya tempat tidur di RSUD yang tersedia 2500 namun yang baru tersedia hanya 600 tempat tidur. Dalam tahap ini, kedua kabupaten setiap masyarakatnya (baik penyandang disabilitas maupun bukan) dituntut secara aktif sendiri untuk mencari pelayanan kesehatannya. Jaminan kesehatan yang diberikan oleh pemda setempat belum dapat menjadi solusi dikarenakan masih ada beberapa hal yang menghambatnya.

Sedangkan pada pemenuhan jaminan sosial di Kabupaten Sukabumi lebih merespon kebutuhan bagi penyandang disabilitas. Dinas Sosial Kabupaten Sukabumi memiliki beberapa program terkait penyandang disabilitas. Salah satunya, adalah melakukan upaya pemenuhan hak para penyandang disabilitas, terutama hak sosial dan hak kesehatan. Lewat skema UEP (Usaha Ekonomi Produktif) yang dikoordinir oleh Dinsos Kabupaten Sukabumi, beberapa penyandang disabilitas tiap tahunnya mendapat modal untuk usaha perekonomian. Selain itu, ada skema program KUBE (Kelompok Usaha Bersama) yang diberikan untuk membuka usaha baru. Bantuan dana modal diberikan bagi penyandang disabilitas yang masih ada harapan untuk usaha produktif, sedangkan bagi penyandang disabilitas berat mendapat asistensi sosial sebesar 300 ribu per bulan dari kementerian sosial. Sedangkan untuk pemenuhan jaminan sosial di Kabupaten Garut diketahui bahwa Dinas Sosial Kabupaten Garut juga memiliki anggaran khusus untuk Rehabilitasi Sosial. Hanya saja jumlahnya sangat kecil dan tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan untuk Rehabilitasi Sosial.

Dari beberapa hal di atas, akar masalah yang dapat diidentifikasi sebagai belum setaranya penyandang disabilitas di kedua kabupaten adalah:

(1) Pemerintah Daerah

- Kedua kabupaten belum mempunyai Perda yang mengakomodir perlindungan hak bagi penyandang disabilitas. Mengingat kedua kabupaten menyandang status sebagai kabupaten daerah tertinggal dan daerah rawan bencana alam maka dipastikan jumlah penduduk sebagai disabilitas akan bertambah.
- Isu disabilitas belum sepenuhnya dipahami oleh pemerintah daerah sehingga pengarusutamaan disabilitas sebagai subjek dalam pembangunan di kedua kabupaten belum dapat dilakukan.
- Masih adanya anggapan bahwa disabilitas hanya ditangani secara parsial oleh Dinas Sosial Kabupaten.

- Anggaran bagi program disabilitas di kedua kabupaten sangat tidak memenuhi kebutuhan dasar mereka. Keterbatasan infrastruktur di daerah tertinggal mengakibatkan Pemda setempat (Kabupaten Garut dan Kabupaten Sukabumi) lebih memprioritaskan pembangunan fisik dibanding peningkatan kualitas penduduknya.
- Jaminan kesehatan di kedua kabupaten sudah ada, namun pendataan kartu masih sangat rancu sehingga masih banyak penyandang disabilitas yang belum mempunyai kartu jaminan kesehatan daerah.
- Pemenuhan hak kesehatan di kedua kabupaten belum optimal dikarenakan: (1) kartu jaminan kesehatan daerah belum mencakup seluruh penyandang disabilitas; (2) fasilitas kesehatan yang masih jauh dari standar; dan (3) tenaga kesehatan terutama dokter juga masih minim.
- Pemenuhan hak jaminan sosial sudah ada meskipun jumlahnya sangat kecil dan tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan untuk rehabilitasi sosial.

(2) Masyarakat

- Tingkat kemiskinan di kabupaten daerah tertinggal sangat tinggi yang mengakibatkan masyarakat hanya berpikir secara individu sehingga tingkat *social awareness* masyarakat terhadap penyandang disabilitas masih sangat kurang.
- *People centered development* yang menekankan pada penguatan kapasitas lokal melalui pembentukan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang peduli terhadap penyandang disabilitas masih sangat jarang ditemui. Mayoritas LSM yang ada di kedua kabupaten lebih berfokus pada otonomi daerah.
- Masih adanya stigma negatif di sebagian masyarakat yang menganggap penyandang disabilitas sebagai beban masyarakat.
- Masih belum memahami pentingnya kecukupan gizi dan kesehatan di masa kehamilan.

(3) Keluarga

- Masih adanya sikap menutup diri dalam keluarga penyandang disabilitas yang tidak ingin diketahui bila ada anggota keluarganya sebagai disabilitas.

(4) Penyandang disabilitas

- Penyandang disabilitas dan keluarga masih dituntut secara aktif sendiri untuk mencari pelayanan kesehatannya.
- Penyandang disabilitas berat di kedua kabupaten telah mendapatkan asistensi sosial dari Kementerian Sosial meskipun belum menyeluruh.
- Penyandang disabilitas di kedua kabupaten telah mendapat program rehabilitasi vokasional dari Dinas Sosial Kabupaten meskipun belum menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- Adinda, Titiana. 2010. "Menggugat Kebijakan dan Pengadaan Fasilitas Umum untuk Difabel". *Jurnal Perempuan*, 65: 78-79, 2010. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan.
- Bachrie, Namira Suada. 2009. "*Hubungan Jenis Sekolah dan Identifikasi Nilai Moral Individualisme Terhadap Kesadaran Sosial Siswa SMA di Jakarta*". Depok: Skripsi S1 Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Bappenas. 2009. "Laporan Final: Keserasian dan Keterpaduan Pengelolaan Pembangunan Daerah Tertinggal Serta Uji Coba Indikator Kinerja Pembangunan Daerah Tertinggal". Jakarta: Bappenas.
- _____. 2010. "Rangkuman Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014; Prioritas Bidang Kawasan Strategis, Kawasan Perbatasan, Daerah Tertinggal, dan Kawasan Rawan Bencana". Jakarta: Bappenas.
- BPS Kabupaten Sukabumi. 2012. *Kabupaten Sukabumi dalam Angka 2012*. Sukabumi: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sukabumi.
- Boyatzis, RE & Burckle M. 1999. *Psychometric Properties of The Ecl*. The Hague: Mc.Bergroup.
- Chaim, Vardit Rispler. 2007. *Disability in Islamic Law*. Netherland: Springer.
- Departemen Hukum dan HAM. 2006. *Ringkasan Hasil Penelitian Badan Penelitian dan Pengembangan Hukum dan HAM tahun 2005 Sebagai Bahan Rumusan Kebijakan Pemajuan Penghormatan dan Pemenuhan Hak Asasi Manusia*. Jakarta: Depkumham.
- Demartoto, Argyio. 2005. *Menyibak Sensitivitas Gender dalam Keluarga Difabel*. Surakarta: Sebelas Maret University Press

- Direktorat Rehabilitasi Sosial Orang dengan Kecacatan. 2012. *Pedoman Perencanaan dan Penganggaran yang Berpihak Kepada Orang dengan Kecacatan/ Penyandang Disabilitas*. Jakarta: Kementerian Sosial RI.
- Elwan, Ann. 1999. "Poverty and Disability- A Survey of The Literature". Dalam Rebecca Yeo. 2001. *Chronic Poverty and Dissability*. Action on Dissability and Development. Hlm. 8. Somerset: Chronic Poverty Research Centre.
- Goleman, D. 1995. *Emotional Intelligence, Scientific American Inc.* 1st edition.
- Griffin, James. 2008. *On Human Rights*. Oxford: Oxford University Press.
- International Labor Organization. 2002. *Social Security and Coverage for All*. Geneva: ILO.
- Irwanto dkk., *Jurnal Perempuan* Nomor 65. Hlm. 62. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan.
- Hartono, Djoko dkk. 2007. *Kesehatan Reproduksi dan Otonomi Daerah: Pembelajaran tentang Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program*. Jakarta: LIPI Press.
- Kementerian Kesehatan. 2011. *Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- KPDT. TT. *Membangun Daerah Tertinggal; Percepatan Menuju Kesetaraan; Jejak Langkah KPDT*. Jakarta: Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal.
- _____. *Strategi Nasional Pembangunan Daerah Tertinggal*. Jakarta: Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal.
- Kurniasari, Tri Widya, dkk. 2012. *Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Hak Penyandang Disabilitas di Wilayah Bencana Alam*. Jakarta: PMB-LIPI kerjasama dengan PT. Gading Inti Prima.

- Lee, Helen 1999. "Discussion Paper for Oxfam: Disability as a Development Issue and How to Integrate a Disability Perspective into The SCO". Dalam Rebecca Yeo. 2001. *Chronic Poverty and Dissability*. Action on Dissability and Development. Hlm. 8-15. Somerset: Chronic Poverty Research Centre.
- Lestari, Tri Rini Puji. "Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan". *Jurnal Kesejahteraan Sosial Vol. V No. 12/II/P3DI/Juni/ 2013*: 9-12, 2013. Pengolahan Data dan Informasi Sekretariat Jenderal DPR RI.
- Lynch Eleanor, W and Rena, B. Lewis. 1992. "Exceptional Children And Adults". Dalam Demartoto, Argyio. 2005. *Menyibak Sensitivitas Gender dalam Keluarga Difabel*. Hlm 4. Surakarta: Sebelas Maret University Press.
- Maxwell, Simon dalam Yeo, Rebecca. 2001. *Chronic Poverty and Dissability: Action on Dissability and Development*. Somerset: Action on Disability and Development (ADD).
- Metts, Robert. 2000. "Dissability Issue, Trends and Recommendations for The World Bank". Dalam Rebecca Yeo. 2001. *Chronic Poverty and Dissability*. Action on Dissability and Development. Hlm. 8. Somerset: Chronic Poverty Research Centre.
- Oliver, Michael. 1990. *The Politics of Disablement*. Basingstone: Macmillan.
- _____. 1995. "Capitalism, Disability and Ideology". Dalam Bahrul Fuad, *Jurnal Perempuan Nomor 69*. Hlm. 32. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan.
- Rahman, Fathur. 2008. "Dari Rehabilitasi Menuju Aksi Advokasi; Evaluasi Partisipatoris Terhadap Pelatihan Pendampingan Komunitas Difabel di Daerah Istimewa Yogyakarta". *Jurnal Penelitian Humaniora*, 13 (1), 2008. Yogyakarta

- Rhoda, E. Howard. 2000. *HAM Penjelajahan Dalih Relativisme Budaya*. Jakarta: Yayasan Adikarya IKAPI dan Ford Foundation.
- Rudito, Bambang, Ed. 2009. *Masalah, Kebutuhan, dan Sumber Daya di Perbatasan dan Daerah Tertinggal*. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial (P3KS Press).
- Sulastomo. 2011. *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Mewujudkan Amanat Konstitusi*. Hlm. 16. Jakarta: PT. Kompas Media Nusantara
- Soekanto, Soerjono. 1984. *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: UI Press.
- Wegner, D. M. dan Giuliano, T. 1982. *The forms of Social Awareness: Personality, Roles, and Social Behavior*. Hlm. 165-198. New York: Springer-Verlag.
- Yeo, Rebecca. 2001. *Chronic Poverty and Disability*. Somerset: ADD (Action on Disability and Development).

Peraturan Perundang-Undangan

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat.
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on The Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas).
- Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 06B/HUK/2010 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial di 50 (Lima Puluh) kabupaten daerah tertinggal.

Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat.

Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 38 Tahun 2007 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2006.

Sumber Internet

Admin Web. TT. 2013. "Letak Geografis". (<http://www.sukabumikab.go.id/selayang-pandang/letak-geografis>, diakses tanggal 10 Juli 2013).

al Hamzah, Zaky. 2013. "Jumlah Daerah Tertinggal Makin Bertambah". (<http://www.republika.co.id/berita/koran/news/update/13/05/19/mn1sr9jumlah-daerah-tertinggal-bertambah>, diakses tanggal 27 Juni 2013).

Asy'ari, Rojab. 2011. "Menteri PDT "Tampar" Bupati Sukabumi, Disebut Daerah Tertinggal". (<http://wartasukabumi.blogspot.com/2011/01/menteri-pdt-tampar-bupati-sukabumi.html>, diakses tanggal 9 Juli 2013).

BPS Kabupaten Sukabumi. TT. "Rumah Tangga Miskin di Sukabumi". (<http://sukabumikab.bps.go.id/index.php/12-berita/23-rumah-tangga-miskin-di-sukabumi>, diakses tanggal 1 September 2013).

Budyanto, 2012. "Data Tak Akurat, Dana Jamkesmas Rp.9M Dikembalikan". (<http://m.inilah.com/read/detail/1824202/data-tak-akurat-dana-jamkesmas-rp9-m-dikembalikan>, diakses 1 September 2013).

Demartoto, Argyo. 2013. "Adil Gender Bagi Difabel: Masalah dan Solusi". (<http://solider.or.id/2013/07/25/adil-gender-bagi-difabel-masalah-dan-solusinya>, diakses tanggal 10 September 2013).

- Garut Express. 2013. "Data Kemiskinan di Garut Tidak Jelas". (<http://www.garut-express.com/2013/03/data-kemiskinan-di-garut-tidak-jelas.html>, diakses tanggal 30 September 2013).
- Jurnas.com. 2013. "Mendesak Pembangunan Infrastruktur Kesehatan di Daerah Tertinggal". (http://www.jurnas.com/news/84861/Mendesak_Pembangunan_Infrastruktur_Kesehatan_di_Daerah_Tertinggal_1/Sosial_Budaya/Kesehatan, diakses tanggal 20 Juli 2013).
- Kementerian Sosial. 2010. "Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia". (<http://www.depsos.go.id/users/wendy/produk hukum/kepmen2010/Keppmensos-RI-No.06B-HUK-2010-Lampiran.pdf>, diakses tanggal 20 Juli 2013).
- Kementerian Daerah Tertinggal. 2010. "Sistem Informasi Statistik Pembangunan Daerah Tertinggal". (<http://kpdt.bps.go.id/index.php?InfoUmum/index>, diakses tanggal 20 Juli 2013).
- Kompas.2013. "Butuh Rp.9 Triliun Untuk Pelayanan Kesehatan Daerah Tertinggal". (<http://health.kompas.com/read/2013/07/06/0732122/Butuh.Rp.9.Triliun.untuk.Pelayanan.Kesehatan.Daerah.Tertinggal>, diakses tanggal 20 Juli 2013).
- Menteri Daerah Tertinggal. 2010. "Strategi Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal". (http://www.ipdn.ac.id/artikel/Strategi_Pembangunan_daerah_tertinggal.pdf, diakses tanggal 20 Juli 2013).
- Republika. 2013. "Sukabumi dan Garut Masuk Kategori Daerah Tertinggal". (<http://www.republika.co.id/berita/nasional/jawa-barat.nasional/12/03/31/m1qZaj-sukabumi-dan-garut-masuk-kategori-daerah-tertinggal>, diakses tanggal 18 Juli 2013).
- Romli, M. 2013. "Pertumbuhan IPM Garut dari Tahun ke Tahun Semakin Meningkat". (<http://www.kabar-priangan.com/news/detail/8204>, diakses tanggal 1 Oktober 2013).

- Shakespeare, Tom dan Watson, Nicholas. 2002. "The Social Model of Disability: an Outdated Ideology?" dalam Journal "*Research in Social Science and Disability*" Volume 2, hal 9-28. (<http://www.leeds.ac.uk>, diakses tanggal 24 Desember 2012).
- Weningdi, Ratih. 2013. "Partisipasi Aktif Masyarakat Daerah Tertinggal Melalui Sistem Informasi Geografis (GIS)". (<http://mimpikota.blogspot.com/2013/06/partisipasi-aktif-masyarakat-daerah.html>, diakses tanggal 1 Juli 2013).

