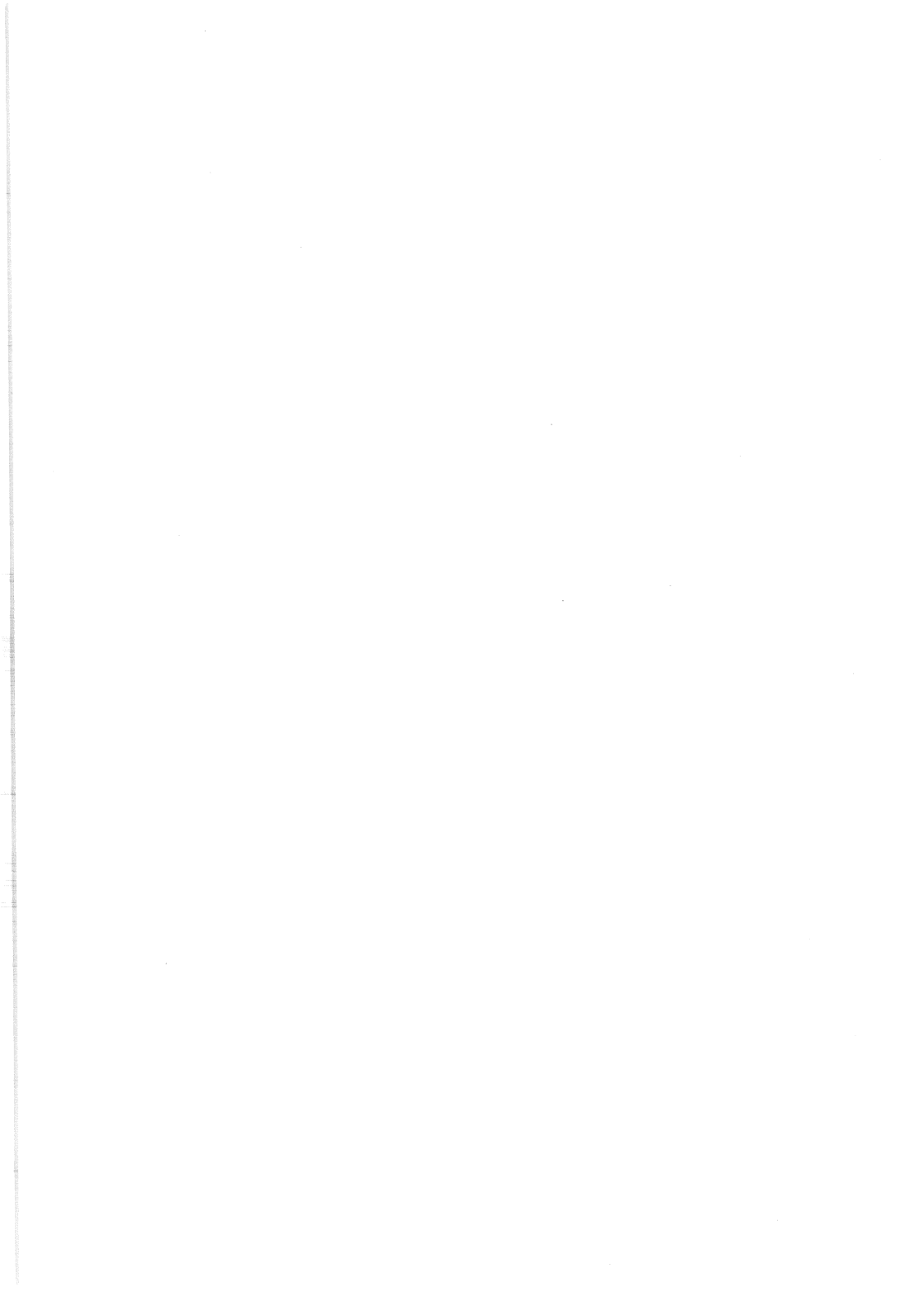


**Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia :
Hak Pendidikan dan Kesehatan bagi
Anak-anak Penyandang Cacat (Difabel)**



**Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia :
Hak Pendidikan dan Kesehatan bagi
Anak-anak Penyandang Cacat (Difabel)**

Oleh :

**Tri Widya Kurniasari
Jane Propiona
M. Asfar Marzuki**

Editor :

Tri Widya Kurniasari



Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia

© 2011 Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI)
Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan*

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Hak Pendidikan dan Kesehatan bagi Anak-anak Penyandang Cacat (Difabel)/Tri Widya Kurniasari, Jane Kartika Propiona, M. Asfar Marzuki– Jakarta, 2011.

iv hlm + 130 hlm.; 14,8 x 21 cm

ISBN : 978-602-221-112-9

1. HAM
2. Difabel

323

Penerbit:

PT. Gading Inti Prima (anggota IKAPI)

Jl. Hibrida Raya Blok PD 14 No. 7

Kelapa Gading

Jakarta 14250

Telp: (021) 4508142



LIPI

*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 Pendidikan dan Kesehatan Bagi Anak-Anak Penyandang Cacat (Difabel) di Indonesia merupakan penelitian yang diajukan pada Program Tematik DIPA PMB LIPI tahun 2011. Penelitian ini berupaya untuk membuat suatu pemetaan bagaimana sistem hukum di Indonesia dalam memenuhi hak warga negara penyandang cacat dalam hal pendidikan dan kesehatan dan juga bagaimana upaya warga negara anak-anak penyandang cacat (selanjutnya disebut disabilitas) dalam mengakses pemenuhan haknya. Hal ini sangat diperlukan untuk dapat melihat kendala dan dan pendukung apa saja agar anak-anak penyandang disabilitas dapat mengakses haknya sebagai warga negara.

Meskipun Pemerintah telah menetapkan instrumen hukum yang menjadi dasar pemenuhan hak para penyandang disabilitas, namun realitas implementasinya masih jauh dari tujuan peraturan tersebut. Jumlah penyandang disabilitas yang sedikit (minoritas) dalam sebuah bangsa yang besar jumlahnya mengakibatkan terabaikannya kebutuhan penunjang bagi penyandang disabilitas dalam mengakses hak-haknya sebagai warga negara. Yang muncul kemudian justru stigma-stigma negatif terkait kondisi psikis dan fisik yang berbeda dalam mengfungsikannya. Situasi dan kondisi ini pada akhirnya memposisikan mereka sebagai warga negara kelas dua yang lebih sering dianggap sebagai beban masyarakat. Padahal kondisi itu sesungguhnya dibentuk oleh masyarakat sendiri yang cenderung minim empati terhadap orang lain terlebih lagi bila tidak termasuk anggota keluarganya.

Di Kota Bandung, peraturan hukum itu disambut baik dengan adanya penetapan Perda No.10/2006 yang menjamin pemenuhan hak bagi penyandang cacat di wilayahnya. Kota ini telah terbiasa berinteraksi dengan para penyandang disabilitas, terutama dari kelompok usia anak-anak, jauh sebelum negara ini merdeka.

Keberadaan lebih dari 40 SLB di kota ini saja telah membuktikan bahwa pada dasarnya Pemerintah Daerah Kota Bandung telah mengakomodir kebutuhan warganya yang menjadi penyandang disabilitas selama ini. Pasca lahirnya Perda tersebut masyarakat juga diajak untuk lebih bersikap terbuka dan setara dengan para penyandang disabilitas melalui beberapa program yang memberi ruang bagi penyandang disabilitas itu untuk mengakses hak kesehatan dan pendidikannya. Namun budaya malu yang tidak saja terpola dalam kehidupan masyarakat miskin tapi juga dalam golongan kaya, ternyata mengakibatkan masih banyak anak-anak penyandang disabilitas yang terabaikan kebutuhan dasarnya sehingga seringkali semakin berat derajat kecacatannya dan benar-benar menjadi beban bagi keluarganya.

Penelitian ini dapat terlaksana berkat bantuan berbagai pihak, untuk itu kami ucapkan terima kasih terutama kepada Dinas Sosial Kota Bandung, para kader RBM, dan SLB-SLB yang telah memberi bantuan data selama penelitian di Kota Bandung.

Jakarta, Desember 2011

Kepala Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan
Kebudayaan-LIPI

Ttd.

Drs. Abdul Rachman Patji, MA

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Masalah Penelitian	6
1.3 Tujuan dan Sasaran Penelitian	6
1.4 Kerangka Teoritis	6
1.5 Metodologi Penelitian	13
1.5.1 Pendekatan	13
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumennya	14
1.5.3 Analisis Data	15
1.5.4 Lokasi Penelitian.....	15
1.6 Faktor Resiko/Keberhasilan	15
1.7 Hasil yang Diharapkan	17
1.8 Aspek Strategis	17
1.9 <i>Road Map</i> Penelitian	18
BAB II PENYANDANG CACAT (DISABILITAS): SALAH SATU KELOMPOK MINORITAS DI INDONESIA	21
2.1 Minoritas	21
2.2 Disabilitas	26
2.3 Anak Penyandang Disabilitas di Indonesia	33
BAB III HAK KESEHATAN ANAK-ANAK PENYANDANG CACAT/DISABILITAS	37
3.1 Hak Kesehatan Bagi Anak-Anak Penyandang Cacat	47
3.2 Penyelenggaraan Rehabilitasi di Bidang Kesehatan	48
BAB IV HAK PENDIDIKAN ANAK PENYANDANG CACAT/DISABILITAS	55

4.1	Landasan Hukum Hak Pendidikan Anak Penyandang Cacat/Disabilitas	55
4.2	Pendidikan	61
4.3	Pendidikan Bagi Penyandang Cacat/Disabilitas	63
4.4	Tingkat Pendidikan Penyandang Cacat/Disabilitas	73
4.5	Pengertian Pendidikan Inklusi	75
4.6	Proses menuju pendidikan inklusi	77
4.7	Landasan Hukum Penyelenggaraan Pendidikan Inklusi	78
4.8	Tahapan-tahapan dalam pelaksanaan pendidikan inklusi	78
4.9	Pelaksanaan Pendidikan Inklusi	79
4.10	Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus	81
4.11	Pendekatan Secara Kurikulum Nasional Dikaitkan dengan Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)	82
4.12	Model Kelas Inklusi	83
4.13	Pentingnya Pendidikan Inklusi	83
4.14	Kelebihan Pelaksanaan Pendidikan Inklusi	86
4.15	Dilema Pendidikan Inklusi	87
4.16	Hambatan dalam Pelaksanaan Pendidikan Inklusi di Indonesia	89
BAB V	HAK PENDIDIKAN DAN KESEHATAN ANAK-ANAK DISABILITAS DI KOTA BANDUNG	91
5.1	Pelayanan Pendidikan Anak Penyandang Cacat/Disabilitas di Kota Bandung	95
5.2	Penyelenggaraan Pelayanan Rehabilitasi Medik bagi Anak-anak Penyandang Cacat di Kota Bandung	104
5.3	Aksesibilitas Bagi Anak Penyandang Cacat/Disabilitas	116
BAB VI	P E N U T U P	121
6.1	Kesimpulan	121
6.2	Rekomendasi	124
DAFTAR PUSTAKA	127

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hidup sebagai penyandang cacat, bagaimanapun bukan sesuatu yang mudah untuk dijalani. Tidak hanya dibutuhkan keikhlasan dan semangat yang kuat dari penyandang cacat itu sendiri agar dapat menjalani hidup layaknya orang yang berfisik normal, namun juga dibutuhkan pengertian dan perhatian yang cukup besar dari lingkungan di sekitarnya. Perhatian itu seharusnya juga merupakan sebuah tindakan yang bersifat memfasilitasi agar para penyandang cacat mendapatkan kemudahan dalam menjalankan aktifitasnya sehari-hari. Penyandang cacat di beberapa negara berkembang seperti yang terjadi di Indonesia, masih menjadi warga negara kelas dua. Mereka masih harus berjuang untuk mendapatkan hak-haknya sebagai warga negara. Kecilnya jumlah dan ketidaktahuan cara untuk menyuarakan haknya sebagai warga negara, mengakibatkan mereka termarginalkan dalam berbagai aspek kehidupan. Sebagian dari mereka juga berasal dari masyarakat yang secara ekonomi tergolong lemah, hingga mereka tidak berdaya untuk mengakses hak-haknya.

Dalam sebuah masyarakat yang menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan seperti yang selama ini dibanggakan oleh bangsa Indonesia dan tercantum dalam alinea keempat Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia, terkesan masih adanya kekurangpedulian (baca: pengabaian) sesama anggota masyarakat terhadap anggota masyarakat lainnya yang menjadi penyandang cacat. Namun, hal ini juga bukan sepenuhnya kesalahan masyarakat di tingkat *grassroot*. Bagaimanapun dalam koridor sebuah tata pemerintahan maka Pemerintah-lah yang paling memegang peran penting dalam pemenuhan hak dasar warga negaranya. Terlebih lagi dengan adanya produk hukum yang merupakan salah satu instrumen bagi pemenuhan hak penyandang cacat, yang secara internasional telah ditetapkan oleh

PBB melalui Deklarasi Hak Penyandang Cacat Resolusi 3447 (XXX) tanggal 9 Desember 1975 dan secara nasional telah ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat.

Bila menilik keberadaan Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) yang telah tersebar di hampir seluruh provinsi di Indonesia, seharusnya tidak perlu lagi ada penyandang cacat yang terabaikan hak kesehatannya. YPAC sendiri telah didirikan pertama kalinya di Kota Surakarta (Solo), Jawa Tengah oleh Prof. Dr. Soeharso. Awalnya beliau mendirikan Pusat Rehabilitasi (Rehabilitasi Centrum/R.C) bagi para korban Revolusi Kemerdekaan pada tahun 1952. Saat itu, terjadi pula wabah *poliomyelitis* yang menyerang anak-anak. Virus polio dapat menimbulkan cacat dan kematian. Bila si pasien dapat sembuh dari virus tersebut, maka di tubuhnya selalu meninggalkan gejala sisa kecacatan pada otot atau yang disebut dengan *post polio*. Setelah kembali dari *International Study a Conference of Child Welfare* di Bombay, beliau mendirikan Yayasan Pemeliharaan Anak Cacat pada tahun 1953 dan kemudian mengalami perubahan nama menjadi Yayasan Pembinaan Anak Cacat. Seiring dengan pelayanan YPAC yang diarahkan pada koreksi otot melalui terapi latihan otot (fisioterapi) atau dengan operasi orthopedy, di tahun 1960 vaksin polio ditemukan sehingga tingkat keberhasilan YPAC menyembuhkan dan menekan angka anak-anak penderita polio cukup tinggi. Perhatian masyarakat terhadap penyandang cacat pun semakin meningkat dan kemudian banyak anak-anak penyandang cacat yang bukan diakibatkan oleh virus polio berobat ke YPAC. Maka akhirnya YPAC menyesuaikan sistem pelayanannya dengan keberadaan ragam jenis dan tingkatan kecacatan penyandangnyanya. Bahkan di tahun 1974 batasan umur bagi anak-anak penyandang cacat yang berhak mendapatkan rehabilitasi di YPAC berubah dari dibawah 14 tahun menjadi di bawah 18 tahun. Lalu pada tahun 1983 YPAC melebarkan penanganan medisnya, dari yang sebelumnya hanya anak cacat karena polio atau cacat pada otot saja berubah mencakup seluruh ketunaan yang ada, yaitu tuna rungu, tuna wicara, tuna netra, dan cacat mental atau cacat ganda (fisik dan mental). Selanjutnya perwakilan YPAC didirikan di beberapa kota,

seperti Jakarta, Semarang, Surabaya, Manado, Pangkal Pinang, Medan, Bali, Ujung Pandang, Ternate hingga Banda Aceh. YPAC sendiri di Bandung (sebagai salah satu lokasi penelitian) berdiri pada tahun 1960.

Pada tahun 2005 wabah polio global (banyak negara di dunia yang mengalami wabah ini) kembali menjangkit Indonesia dan menempatkan negara ini pada peringkat ke-16 Dunia negara-negara yang terjangkit kembali virus polio. Jumlah anak-anak Indonesia yang terjangkit polio adalah seperlima dari total jumlah penderita dunia. Hal ini sangat merisaukan bagi wilayah Asia Timur secara umum, mengingat telah 10 tahun Indonesia dinyatakan bebas polio oleh UNICEF. Menurut analisis para ahli kesehatan di UNICEF, virus ini berasal dari sebelah utara Nigeria dan menyebar di tempat-tempat yang sanitasinya buruk. Anak-anak yang belum mendapatkan vaksinasi polio merupakan kelompok yang paling rentan terhadap serangan virus yang menular melalui air dan kotoran manusia ini.

Keberadaan YPAC di berbagai kota di Indonesia selama ini sesungguhnya telah menunjukkan adanya kepedulian dari anggota masyarakat untuk memenuhi hak kesehatan dan pendidikan penyandang cacat. Hal ini tampak dari tiga bentuk pendekatan pelayanan rehabilitasi, yaitu:

- (1) Secara institusional: rehabilitasi medik, rehabilitasi pendidikan, rehabilitasi sosial, dan kelas karya (*prevocasional training*),
- (2) Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat (RBM)
- (3) Rehabilitasi Dalam Keluarga (RDK).

Namun pada kenyataannya, masih sering terjadi kasus-kasus di Daerah yang bersifat pengabaian penyandang cacat dalam memenuhi hak kesehatan dan pendidikannya. Pendekatan secara institusional terikat pada lokasi Pusat Rehabilitasi yang baru ada di perkotaan saja, sementara penyandang cacat dapat berada dimana saja. Konsep RBM ini memungkinkan peran serta lembaga atau institusi pemerintah dalam penanganan penyandang cacat di setiap daerah. Begitu pula dengan RDK. Keluarga yang salah satu anggota keluarganya merupakan penyandang cacat diharapkan dapat memberikan rehabilitasi lanjutan di

dalam keluarga itu sendiri, terutama yang bersifat rehabilitasi medik (seperti: fisioterapi, terapi wicara, dan terapi okupasi) untuk mendapatkan optimalisasi usaha medis di Pusat Rehabilitasi sebelumnya. Namun sekali lagi bentuk-bentuk pendekatan pelayanan rehabilitasi ini terkendala pada jarak, biaya, dan kurang proaktifnya Pemerintah dalam penanganan penyandang cacat di Daerah. Terlebih lagi bagi mereka yang termasuk keluarga miskin, jangankan untuk memenuhi hak dasar manusia bagi anaknya yang cacat (hak kesehatan dan pendidikan), untuk sekedar memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari pun sudah merupakan beban yang sangat berat. Kondisi ini mengindikasikan belum kuatnya komitmen Pemerintah dalam pemenuhan hak warga negaranya. Sebab seperti yang tertuang dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar dan Pasal 28 B ayat (1), 28 C ayat (1), 28 H ayat (2) dan (3), 31 ayat (1) dan 34 ayat (1) hingga ayat (3), maka setiap warga negara berhak tanpa terkecuali untuk menikmati haknya dalam rangka meningkatkan taraf hidupnya dan secara khusus telah diatur bagi anak-anak, yaitu Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak dan secara khusus bagi penyandang cacat dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat.

Selama ini Pemerintah selalu memprogramkan penanganan bagi penyandang cacat di beberapa Kementerian yang terkait dengan pelayanan publik, seperti misalnya Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan, Kementerian Ketenagakerjaan dan Transmigrasi, hingga Kementerian BUMN. Hal ini tampak dari adanya alokasi dana DIPA yang dianggarkan di instansi terkait tiap tahunnya. Namun capaiannya hampir tidak pernah tampak nyata. Walaupun ada beberapa tindakan dan bentuk kepedulian terhadap penyandang cacat, maka hal tersebut hanya bersifat *ceremonial* dan momentum saja. Artinya, keberlanjutan upaya penanganan terhadap penyandang cacat di Indonesia masih mengandalkan inisiatif masyarakat dan pihak swasta saja, terutama dalam hal pendanaan. Dalam beberapa kasus yang terjadi di tengah masyarakat Indonesia dimana secara umum sesungguhnya telah memiliki kemampuan untuk membangun

bangsanya, ternyata masih juga didapati pembedaan perlakuan (diskriminasi), terutama bagi anak-anak penyandang cacat dalam memenuhi hak pendidikan dan kesehatan. Misalnya anak-anak penyandang cacat tuna netra dan tuna daksa lainnya (cacat fisik) ada yang ditolak di beberapa sekolah umum sementara di beberapa sekolah umum yang lain ternyata memiliki siswa yang menjadi penyandang cacat sehingga “tidak memiliki tenaga pengajar khusus” sesungguhnya bukan sebuah alasan penolakan. Bila berpegang pada komitmen untuk memberikan kesempatan pendidikan bagi anak-anak penyandang cacat, maka sesungguhnya bukan sebuah kendala besar bagi pihak terkait untuk mencari solusi.

Perangkat hukum yang telah disediakan oleh Pemerintah ternyata belum terimplementasi dengan baik dan benar. Indikasinya adalah masih banyaknya penyandang cacat yang belum bisa mengakses fasilitas pendidikan dan kesehatan yang secara khusus diperuntukkan bagi mereka. Masih banyak Daerah yang belum secara optimal mengalokasikan APBD-nya bagi penyelenggaraan kebutuhan dasar penyandang cacat di wilayahnya. Selain itu masih belum meratanya tingkat pendidikan dan pola pendidikan agama yang seringkali kurang moderat, mengakibatkan banyak anak-anak penderita cacat itu semakin terisolir dari lingkungannya. Bahkan dengan lemahnya perangkat hukum yang telah ada dalam melindungi hak warganya yang menjadi penyandang cacat mengakibatkan stigma bahwa penyandang cacat adalah orang-orang yang tidak berguna dan hanya menjadi beban masyarakat semakin lekat dalam pandangan sebagian besar masyarakat hingga saat ini. Ironisnya Kementerian Sosial telah melangkahakan kakinya untuk melakukan pembahasan dalam sebuah Kelompok Kerja (Pokja) guna meratifikasi Konvensi Penyandang Cacat yang ditandatangani negara-negara yang hadir pada 30 Maret 2007, termasuk Indonesia. Pokja ini rencananya hendak meratifikasi konvensi ini menjadi sebuah undang-undang. Sebuah upaya yang kontroversial mengingat bahwa Indonesia sesungguhnya memiliki Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 dan Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 1998 yang hingga saat ini belum diimplementasikan secara optimal. Oleh

karena itu penelitian tentang pemenuhan hak pendidikan dan kesehatan bagi anak-anak penyandang cacat (difabel) di Indonesia ini perlu dilakukan.

1.2 Masalah Penelitian

Berdasarkan kenyataan yang terjadi dalam penegakan hukum di masyarakat, terkait dengan pelaksanaan HAM bagi setiap warga negara di Indonesia, maka ada beberapa permasalahan tentang implementasi HAM bagi penyandang cacat ini, yaitu:

- (1) Bagaimana upaya Pemerintah dalam menjamin pemenuhan hak warga negaranya yang merupakan penyandang cacat (baca: anak-anak penyandang cacat) dalam hal pendidikan dan kesehatannya,
- (2) Bagaimana upaya penyandang cacat itu sendiri dalam mengakses pemenuhan hak pendidikan dan kesehatannya.

1.3 Tujuan dan Sasaran Penelitian

Tujuan penelitian ini secara umum untuk mengetahui upaya Pemerintah di Indonesia dalam menjamin pemenuhan hak warga negaranya penyandang cacat dalam hal pendidikan dan kesehatannya. Secara khusus, penelitian ini juga ingin mengetahui bagaimana upaya penyandang cacat dalam mengakses pemenuhan haknya tersebut.

Sasaran yang hendak dituju melalui penelitian ini adalah perbaikan sarana dan prasarana pemenuhan hak pendidikan dan kesehatan bagi anak-anak penyandang cacat di Indonesia, termasuk juga perubahan kebijakan Pemerintah terhadap anak-anak penyandang cacat (terutama yang berasal dari keluarga miskin) sebagai dasar perbaikan tersebut.

1.4 Kerangka Teoritis

Konsep HAM pertama kali dikenal secara internasional ditandai dengan lahirnya Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia di Paris, Prancis pada tanggal 10 Desember 1948 dan ditandatangani oleh

48 negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Deklarasi ini merumuskan bahwa HAM bersifat universal, non diskriminasi dan imparsiial. Universal artinya HAM adalah hak yang melekat dalam diri tiap individu sehingga dimanapun seseorang berada, maka disitulah haknya berada dan tidak dapat direnggut darinya. Non diskriminasi artinya HAM berlaku sama bagi setiap orang (*egalite*). Adapun imparsiial artinya hukum tidak boleh pandang bulu.

HAM mulai dikenal di benua Eropa pertama kali di tahun 1215, yaitu dengan lahirnya *Magna Charta* di Runnymede yang bertujuan membatasi kekuasaan raja Inggris saat itu. *Magna Charta* ini diperjuangkan oleh para tuan tanah dan kalangan gereja di Inggris. *Magna Charta* berisi larangan bagi raja menarik pajak yang sewenang-wenang, melarang raja dan seluruh pejabat istana merampas hasil bumi, dan menjamin tiap orang tidak dipenjarakan tanpa pengadilan yang jujur dan terbuka. *Magna Charta* mengawali adanya jaminan sistem peradilan yang bebas dan adil. Selanjutnya di tahun 1628 munculah *Petition of Right* yang berisi tuntutan para bangsawan atas hak mereka kepada raja. Lalu pada 16 Desember 1689 lahirlah *Bill of Rights* setelah Perang Sipil di Inggris yang menuntut agar tiap orang memiliki kebebasan untuk memilih (hak politik), kebebasan mengemukakan pendapat (hak berbicara), serta bebas dari penganiayaan. Pada tahun 1700an pecalah Revolusi Prancis yang melahirkan *Declaration of The Man and of The Citizen* yaitu kesetaraan untuk semua orang (*equality*). Di Amerika muncul *Declaration of Independence* Thomas Jefferson pada tahun 1700an yang berisi tentang jaminan hak hidup, kebebasan, dan kebahagiaan.¹

Pada akhir Perang Dunia II dibentuklah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Warga dunia saat itu sangat mendambakan perdamaian sepakat untuk menandatangani deklarasi yang dirumuskan oleh PBB tentang HAM. Deklarasi HAM Universal adalah ide Presiden Amerika

¹ Tri Widya Kurniasari. 2008. Dinamika HAM dalam Upaya Penegakan Hukum di Kabupaten Cianjur, Jawa Barat. Dalam "Penegakkan HAM dalam Perspektif Masyarakat di Daerah". Jakarta: LIPI Press, hlm.17

saat itu, Franklin D.Roosevelt. Deklarasi HAM Universal ini lalu diadopsi oleh tiap negara anggota PBB yang menandatangani. Dan di tahun 1999 Indonesia meratifikasinya ke dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Deklarasi HAM Universal dikenal dengan sebutan DUHAM di Indonesia. Dalam operasionalisasinya DUHAM terbagi 4 (empat) kelompok, terdiri dari: (1) Penegasan prinsip bahwa tiap manusia lahir dengan bebas dan memiliki persamaan hak dan martabat, (2) Prinsip kesamaan dan melarang diskriminasi, (3) Kewajiban tiap orang untuk menjalankan dan menegakkan HAM di masyarakat, serta (4) Melarang Negara, kelompok atau individu melanggar HAM yang dilindungi oleh Deklarasi ini. Keempatnya adalah pedoman atau fungsi dari 30 pasal DUHAM itu sendiri dan semua Negara yang meratifikasi DUHAM wajib melaksanakan penegakan HAM di wilayah kedaulatannya.

Di Indonesia warga negara dijamin hak-haknya dalam Pasal 26 hingga 34 Undang-Undang Dasar. Hak-hak yang dimiliki oleh warga negara ini disebut juga dengan hak sipil dan politik. Dalam pengkategorisasian HAM secara generasi yang berkembang dewasa ini, Hak-Hak Sipil dan Politik menempati urutan pertama. HAM generasi kedua adalah Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (*ECOSOC*). Selanjutnya muncul HAM generasi ketiga dimunculkan oleh Karel Vasak dalam *inaugural lecture* yang berjudul *For the Third Generation of Human Rights: The Rights of Solidarity* di International Institute of Human Rights di Strasbourg pada 2-27 Juli 1979, yaitu Hak-Hak Kolektif yang berpijak pada solidaritas antar umat manusia. Hak-Hak Kolektif ini misalnya hak atas pembangunan, hak atas perdamaian, dan hak atas lingkungan.²

Dalam kaitannya dengan hak warga negara, hak-hak itu berlaku secara universal terhadap siapapun tanpa terkecuali termasuk penyandang cacat. Seperti yang tertuang dalam Undang-Undang

² Baderin, Mashood.A, Hukum Internasional Hak Asasi Manusia Dan Hukum Islam, Komnas HAM, Jakarta, 2007, hlm.20-21

Nomor 12 Tahun 2005 tentang Pengesahaan Konvenan Internasional Hak-Hak Sipil dan Politik. Dalam kaitannya dengan obyek penelitian kali ini, penyandang cacat termasuk kelompok rentan yang seringkali tidak dapat menyampaikan sendiri kepentingannya mengakses pemenuhan haknya. Ditegaskan dalam beberapa kebijakan Pemerintah yang berupa undang-undang yang bersifat umum mengenai Kesejahteraan Sosial, yaitu Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 maupun yang secara khusus mengatur tentang Penyandang Cacat, yaitu Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997, bahwa penyandang cacat berhak atas kesehatan dan pendidikan yang layak bagi kehidupannya. Bahkan mulai ada langkah untuk meratifikasi Konvensi Penyandang Cacat 2007 yang diprakarsai oleh Kementrian Sosial. Hanya saja yang telah diuraikan secara singkat di sub bab latar belakang di atas, tidak menutup kemungkinan ratifikasi tersebut akan menjadi sebuah instrumen hukum yang bernasib sama dengan banyak produk hukum lainnya, tidak pernah terimplementasi dengan efektif dan benar.

Dalam struktur masyarakat secara umum, penyandang cacat merupakan salah satu kelompok rentan (*the most vulnerable groups*) yang seringkali termarginalkan dan mengalami *barrier to entry* (terhalang untuk masuk) dalam berbagai aspek kehidupan. Di sektor ekonomi, penyandang cacat termarginalkan karena kekurangan kemampuan fisiknya yang dinilai dapat menghambat atau bahkan mengurangi proses pencapaian hasil kerja. Meskipun dalam beberapa kebijakan Pemerintah mensyaratkan agar perusahaan-perusahaan, baik swasta maupun BUMN, memenuhi jumlah minimal pegawai penyandang cacat dan memiliki fasilitas bagi penyandang cacat di gedung perkantoran atau fasilitas publik lainnya, namun pada kenyataannya hal tersebut belum juga dipatuhi dengan berbagai alasan yang lebih mengarah pada kinerja dan biaya perusahaan.

Penyandang cacat atau saat ini mulai dikenal dengan istilah *Difabel*, dikelompokkan secara tingkat cacat yang dideritanya. Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 mengelompokkan penyandang cacat dalam tiga (3) kelompok, yaitu:

- (1) Penyandang cacat fisik,
- (2) Penyandang cacat mental, dan
- (3) Penyandang cacat ganda.

Pasal ini juga mendefinisikan bahwa yang dimaksud dengan penyandang cacat adalah setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan/atau mental, yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan secara selayaknya. Sekalipun demikian mereka tetaplah anak bangsa yang memiliki kesempatan yang sama dengan warga negara lainnya yang normal secara fisik untuk mengakses segala aspek kehidupan dan penghidupan. Hal ini tertuang dalam Pasal 1 angka 3 undang-undang ini. Dalam Pasal 6 angka 1 dan Pasal 11 undang-undang yang sama juga menyebutkan bahwa setiap penyandang cacat berhak memperoleh pendidikan pada semua satuan, jalur, jenis, dan jenjang pendidikan. Hal ini diperkuat dengan Pasal 12 yang mewajibkan setiap lembaga pendidikan memberikan kesempatan dan perlakuan yang sama kepada penyandang cacat sebagai peserta didik pada satuan, jalur, jenis, dan jenjang pendidikan sesuai dengan jenis dan derajat kecacatan serta kemampuannya. Sementara itu Pasal 6 angka 5 menyatakan bahwa setiap penyandang cacat berhak memperoleh rehabilitasi, bantuan sosial, dan pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial. Bagi anak-anak yang menjadi penyandang cacat dalam Pasal 1 huruf g Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak didefinisikan sebagai anak yang mengalami hambatan fisik dan/atau mental sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya secara wajar. Anak-anak penyandang cacat memiliki hak untuk menikmati pendidikan dan kesehatan sama dengan anak normal lainnya. Pasal 9 ayat (2) secara khusus menegaskan bahwa anak penyandang cacat untuk memperoleh pendidikan luar biasa dan Pasal 12 menyatakan bahwa anak yang menyandang cacat berhak memperoleh rehabilitasi, bantuan sosial, dan pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial. Dari kedua undang-undang yang menegaskan hak yang dimiliki oleh anak-anak penyandang cacat dengan serta merta menegaskan pula kewajiban kepada Negara dan Pemerintah untuk

menyediakan fasilitas dan upaya kesehatan yang bersifat rehabilitatif, serta menyelenggarakan pendidikan luar biasa bagi mereka.

Istilah *Difabel* yang sekarang digunakan untuk menyebut penyandang cacat pertama kali diperkenalkan pada tahun 1998 oleh sebuah gerakan moral bagi penyandang cacat yang dimobilisasi oleh para aktivis penyandang cacat. *Difable* adalah singkatan dari *Different Ability People*. Rendy Maulana, dalam artikel yang ditulis di *blog*-nya, menilai bahwa *Difabel* lebih tepat singkatan dari '*Differently Abled People*' yang berarti "Orang yang Berbeda Kemampuan"³. Hal ini karena penyandang cacat menilai bahwa pada dasarnya penyandang cacat dapat juga melakukan aktivitas seperti orang yang secara fisik normal namun dengan cara yang berbeda, sehingga sesungguhnya yang ada dalam pengelompokan manusia itu adalah karena perbedaan (cara) dan bukan sebuah kecacatan. Secara *leksikologi* (berkaitan dengan kata), penyandang cacat didefinisikan sebagai suatu keadaan fisik dan mental yang menunjukkan ketidakmampuan seseorang untuk menggunakan dengan mudah atau sama sekali tidak mampu, sebagian atau seluruh tubuhnya, atau ketidakmampuan seseorang untuk mempelajari sesuatu akibat keadaan fisik atau mentalnya. Oxford Dictionary mendefinisikan penyandang cacat sebagai "*Disabled*" yang dijelaskan dengan: *unable to use a part of the body completely or easily because of a physical condition, illness, injury, etcetera; unable to learn easily, mentally disabled*". Para pemerhati masalah sosial menyebut anggota masyarakat yang memiliki keterbatasan ini dengan sebutan penyandang cacat (*handicapped*). Hal ini dikaitkan dengan kemampuan penyandang cacat untuk berperan dalam masyarakat, terutama secara ekonomi. Sementara World Health Organization (WHO) mendefinisikan kecacatan (*disability*) berdasarkan jenis yang digunakan oleh *International Classification of Diseases* yaitu, kecacatan karena kehilangan atau ketidaknormalan secara psikologis, fisiologis (fungsi tubuh), atau fungsi anatominya. Terlepas dari

³ Rendy Maulana, Penggunaan Istilah "Difable" atau "Difabel", <http://priyadi.net/archives/2006/10/04/penggunaan-istilah-difable-atau-difabel/>

berbagai istilah yang ada untuk menyebut penyandang cacat ini, mereka tetaplah warga negara yang memiliki hak yang sama dengan anggota masyarakat lainnya yang normal secara fisik. Pengabaian terhadap hak-hak mereka merupakan pelanggaran HAM yang merupakan juga terjadinya pelanggaran hukum.

Mengacu pada asas persamaan kedudukan di hadapan hukum, seharusnya ada semacam kesadaran yang dimiliki oleh semua *stakeholders* (pemangku kepentingan) tentang hak dan kewajiban asasinya dalam tata negara dan pemerintahan. Seorang penyandang cacat adalah warga negara yang memiliki hak dan wajib dipenuhi oleh Negara. Melangkah ke dalam koridor proses pemenuhan hak tersebut, ada beberapa aspek penting yang wajib dimiliki oleh Negara sebagai institusi penegak HAM. Beberapa aspek tersebut antara lain perlunya mempersiapkan perangkat hukum yang efektif dan efisien, baik peraturan hukumnya maupun SDM pelaksananya, serta menciptakan budaya sadar hukum sehingga mampu menekan pelanggaran atas HAM seseorang dalam peri kehidupan bermasyarakat. Yang menjadi masalah saat ini adalah bahwa konsep HAM bagi sebagian masyarakat di Indonesia masih dianggap sebagai produk budaya Barat yang jauh dari nilai-nilai kemanusiaan dan lebih bersifat individual. Bagi sebagian masyarakat yang cukup fanatik terhadap ajaran agamanya bahkan menganggap HAM bertolak belakang dengan syariat agama.⁴

⁴ Bagi sebagian umat Islam yang cukup fanatik terhadap ajaran agamanya, konsep HAM Universal dinilai jauh dari nilai-nilai Islami. Hal ini karena selain HAM Universal lahir dari dunia Barat, Islam sendiri telah memiliki konsep HAM menurut Syariat Islam yang tertuang dalam Al Qur'an. Pada dasarnya Islam telah lebih dahulu mewacanakan konsep HAM dibandingkan konsep HAM yang digulirkan oleh masyarakat barat, tepatnya saat Nabi Muhammad melakukan hijrah dari Mekkah ke Madinah pada tahun 1 Hijriyah. HAM Islam telah berusia 1428 tahun, lebih tua dibanding usia HAM internasional yang baru ada pada tahun 1215 Masehi (800 tahun yang lalu) dengan teks *Magna Charta* dan dideklarasikan secara internasional pada 10 Desember 1948 Masehi. HAM dalam Islam dikenal dengan Piagam Madinah (*mitsaq AL-Madinah*). (Tri Widya Kurniasari. 2008. Dinamika HAM

Sebagai sebuah isu hukum, HAM universal yang selama ini dikenal orang sesungguhnya hanyalah kebetulan sebuah produk yang berasal dari dunia Barat dan didukung oleh kelas sosial tertentu⁵. Kenyataan ini sesungguhnya tidak bisa mengabaikan muatan nilai-nilai HAM itu sendiri yang universal, non diskriminasi dan imparisial. Artinya HAM tidak mengenal ruang dan waktu. Dia terbawa dengan serta merta tanpa ada yang bisa merenggutnya dari seseorang. Maka cukup jelas bahwa sebagai seorang manusia yang lahir membawa hak asasinya, seorang anak penyandang cacat pun berhak untuk mendapatkan haknya tanpa ada alasan pemaaf bila terjadi pelanggaran atas hak-haknya tersebut.

1.5 Metodologi Penelitian

1.5.1 Pendekatan

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif untuk menjelaskan tentang pemenuhan HAM bagi penyandang cacat di masyarakat. Perspektif yang digunakan adalah *socio-legal research* atau penelitian hukum berdasarkan ilmu sosial. Penelitian yang dilakukan secara kualitatif diharapkan agar dalam penelitian ini dapat menjelaskan segala aspek yang terkait dengan tingkat keberhasilan atau sebaliknya kendala yang dihadapi dalam upaya Pemerintah memenuhi hak kesehatan dan pendidikan kepada warga negaranya yang menjadi penyandang cacat.

Socio-legal research dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui implikasi penerapan berbagai kebijakan pemerintah yang terkait dengan pemenuhan HAM bagi panyandang cacat di Indonesia, dalam hal ini yang berada di lokasi penelitian, yaitu di Kota Bandung,

dalam Upaya Penegakkan Hukum di Kabupaten Cianjur, Jawa Barat. Dalam "Penegakan HAM Dalam Perspektif Masyarakat di Daerah". Jakarta: LIPI Press, hlm.17-18)

⁵ Ignas Kleden menulis dalam Pengantar: Rhoda E.Howard, 2000, HAM Penjelajahan Dalih Relativisme Budaya. Jakarta: Yayasan Adikarya IKAPI dan Ford Foundation. Hlm. xvi.

Jawa Barat. Selain itu, bisa juga didapat kejelasan mengenai kontribusi yang dilakukan oleh berbagai lapisan masyarakat yang berada di lingkungan tempat tinggal penyandang cacat atau di sekitar keberadaan sarana dan prasarana kesehatan dan pendidikan bagi penyandang cacat itu sendiri, selain juga kontribusi yang dilakukan oleh aparat Pemerintah Daerah dalam pemenuhan HAM tersebut. Dengan kata lain, *socio-legal research* dilakukan agar bisa mendapat argumentasi dan fakta yang sebenarnya dari implementasi dan implikasi pemenuhan HAM bagi penyandang cacat di Indonesia.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumennya

Proses pengumpulan data dalam penelitian tahun pertama ini akan dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut:

- (1) Studi Pustaka: dalam tahap ini diharapkan akan diperoleh data, baik yang sifatnya umum maupun yang khusus, tentang pemenuhan HAM bagi penyandang cacat di Indonesia
- (2) Wawancara mendalam: dalam tahap ini diharapkan bisa diperoleh informasi dari informan-informan kunci di daerah penelitian. Mereka adalah penyandang cacat anak-anak (yang usianya sesuai dengan Undang-Undang Perlindungan Anak) di Kota Bandung dan penyandang cacat dewasa yang tinggal dan mengenyam pendidikan di masa anak-anaknya di Kota Bandung. Para informan ini akan dipilih dari anak-anak penyandang cacat di sekolah-sekolah khusus bagi penyandang cacat dan anak-anak penyandang cacat di rumah sakit khusus bagi penyandang cacat di Kota Bandung. Informan kunci juga akan dipilih dari aktivis penyandang cacat yang tergabung dalam LSM-LSM yang memperjuangkan hak penyandang cacat di Kota Bandung. Selain itu ada juga informan kunci yang dipilih dari orang yang secara khusus memiliki perhatian atau pernah melakukan penelitian secara khusus tentang HAM bagi penyandang cacat di Indonesia.

1.5.3 Analisis Data

Analisis data akan dilakukan dengan menggabungkan data yang didapat dari penelitian literatur dan penelitian di lapangan. Setelah itu akan dilakukan verifikasi terhadap data-data yang ada. Dari hasil verifikasi tersebut maka akan dilakukan komparasi antara data-data yang ada.

1.5.4 Lokasi Penelitian

Pemilihan lokasi dalam penelitian tahap pertama ini akan didasarkan pada kekhususan yang dimiliki oleh lokasi tersebut. Lokasi penelitian pada tahap pertama ini adalah Kota Bandung di Jawa Barat. Ada 2 (dua) hal yang menjadi alasan mengapa memilih Kota Bandung sebagai lokasi penelitian implementasi HAM bagi penyandang cacat di Indonesia. Pertama, di kota ini keberadaan YPAC (sejak tahun 1960) dan beberapa fasilitas pendidikan bagi penyandang cacat (SLB) serta organisasi yang mewadahi penyandang cacat di kota ini. Yang kedua dan sangat terkait dengan masalah yang hendak dikaji, yaitu mengenai peraturan perundangan bagi penyandang cacat, Pemerintah Provinsi wilayah ini satu-satunya di Indonesia yang telah menetapkan Peraturan Daerah (Perda) yang secara khusus mengatur hak-hak penyandang cacat di wilayah ini.

Pada tiap tahapan penelitian (yang dilakukan tiap tahun), lokasi penelitian akan dipilih berdasarkan obyek penelitian tiap tahapnya dalam mengkritisi implementasi HAM terhadap kelompok-kelompok rentan (*vulnerable groups*) di Indonesia selama ini. Pemilihan lokasi dilihat dari keberadaan sarana dan prasarana penunjang yang menjadi kewajiban Pemerintah dalam memenuhi hak warga negaranya yang minoritas, baik secara fisik maupun secara budaya.

1.6 Faktor Resiko/Keberhasilan

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan penelitian ini antara lain:

- (1) Telah cukup banyak anggota masyarakat yang menaruh perhatian terhadap penegakan HAM, terutama yang berkaitan dengan hak dasar warga negara yaitu hak pendidikan dan hak kesehatan, sehingga data-data literatur yang berkaitan dengan HAM tersebut telah cukup tersedia,
- (2) Lembaga-lembaga, baik Pemerintah maupun non-Pemerintah, yang peduli dengan nasib penyandang cacat di Indonesia juga telah ada hingga di tingkat Kabupaten/Kota sehingga kesempatan untuk mendapatkan data dari institusi di lapangan (Daerah) sangat dimungkinkan,
- (3) Banyak kasus yang berkaitan dengan nasib penyandang cacat, terutama dari keluarga miskin, yang terkait dengan pemenuhan hak kesehatan dan pendidikan yang terjadi di tengah masyarakat, sehingga hal ini diharapkan dapat mempertajam hasil penelitian.

Faktor-faktor yang menghambat pelaksanaan penelitian ini antara lain:

- (1) Belum tersosialisasinya dengan baik seluruh kebijakan Pemerintah, baik di tingkat Pusat maupun Daerah, yang khusus mengatur hak penyandang cacat di Indonesia mengakibatkan adanya kendala dalam hal studi literatur kebijakan,
- (2) Masih kurangnya pemahaman masyarakat tentang hak-hak warga negara secara keseluruhan yang menyebabkan mereka belum mengetahui bahwa warga negara yang menjadi penyandang cacat sesungguhnya juga memiliki hak yang sama dengan warga lainnya sehingga kemungkinan informasi yang akurat dari anggota masyarakat agak susah didapatkan, termasuk pula masih banyak keluarga yang malu memiliki anggota keluarga yang cacat sehingga informasi dari anggota masyarakat yang menjadi penyandang cacat atau yang memiliki hubungan dengan penyandang cacat akan sangat terbatas,
- (3) Belum banyak pihak yang melakukan penelitian secara khusus terhadap nasib penyandang cacat di Indonesia, sehingga penelitian ini juga terkendala dengan terbatasnya literatur yang dapat dijadikan referensi dalam penelitian ini.

1.7 Hasil yang Diharapkan

Penelitian ini diharapkan menjadi sebuah kajian yang mampu mengkritisi dan meningkatkan kualitas pelaksanaan HAM bagi warga negara, terutama bagi komunitas penyandang cacat di Indonesia, serta mampu memberi kontribusi positif bagi pengembangan HAM itu sendiri di Indonesia. Buku hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan masukan terhadap perubahan kebijakan yang khusus mengatur hak-hak penyandang cacat di Indonesia.

1.8 Aspek Strategis

Penelitian ini mempunyai aspek strategis dalam kehidupan masyarakat di Indonesia yang baru pada tahap pemahaman mengenai HAM, terutama yang terkait dengan hak warga negara. Kuatnya pengaruh agama dan budaya yang selama ini hidup dalam masyarakat di Indonesia yang heterogen, baik suku, bahasa, budaya, dan agamanya, seringkali merupakan faktor utama resistensi terhadap konsep HAM yang dinilai datang dari budaya Barat (*western*). Tidak jarang bahkan konsep HAM universal justru dianggap sebagai ancaman bagi tata kehidupan di masyarakat, sehingga mengabaikan hak dasar seseorang juga dipandang lazim bila sejalan dengan budaya dan ajaran agama yang dianutnya.

Dalam proses penerimaan konsep HAM universal ke dalam nilai-nilai yang hidup di masyarakat itu, ada kelompok-kelompok masyarakat tertentu yang semakin terabaikan haknya sebagai seorang warga negara. Kelompok minoritas inilah yang kemudian paling dirugikan dalam proses adaptasi tersebut. Seperti yang terjadi terhadap penyandang cacat, terutama yang berasal dari keluarga miskin. Sebagian besar dari mereka bahkan tidak tahu akan hak-haknya sebagai seorang warga negara. Dan kondisi ini tidak datang tiba-tiba tanpa ada penyebabnya. Semua lapisan masyarakat termasuk Pemerintah memiliki kontribusi yang secara tidak langsung memarginalkan penyandang cacat di Indonesia dalam berbagai aspek kehidupan.

Pada sebuah tatanan berbangsa dan bernegara, HAM juga membawa kewajiban asasi bagi pengampunya. Terlalu luas jangkauan yang hendak dicapai bila pemenuhan HAM secara menyeluruh yang menjadi sasaran penelitian, karena dalam proses menyeluruh itu tidak hanya membutuhkan waktu, biaya, tenaga, dan pikiran yang menyeluruh pula dari seluruh lapisan masyarakat. Oleh karenanya penelitian ini hendak mengambil porsi yang mungkin cukup jarang namun hampir selalu terabaikan manfaatnya bagi sekelompok masyarakat yang teridentifikasi minoritas berdasarkan kemampuan fisiknya.

1.9 Road Map Penelitian

Dari penelitian yang direncanakan selama 4 (empat) tahun akan meneliti dan membahas penyandang cacat (Difabel) sebagai obyek penelitian secara menyeluruh dari kondisi yang sebenarnya tentang keberadaan penyandang cacat di tengah-tengah masyarakat dan berbagai dinamika kehidupan yang mereka hadapi sebagai warga negara yang sesungguhnya memiliki hak yang sama dengan anggota masyarakat lainnya yang memiliki fisik yang normal.

Di tahun 2011 yang merupakan tahun pertama penelitian, kami akan memfokuskan penelitian pada anak-anak penyandang cacat dalam mengakses hak kesehatan dan pendidikannya. Adakah pemerintah telah mengakomodasi hak-hak mereka dengan menyelenggarakan sarana dan prasarana bagi penyandang cacat untuk memenuhi hak-haknya itu, terlebih lagi hak penyandang cacat dan hak anak di Indonesia telah diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan.

Di tahun kedua dan ketiga, yaitu tahun 2012 dan 2013, penelitian ini hendak membahas lebih dalam lagi tentang penyandang cacat yang kecacatannya disebabkan oleh bencana dan konflik yang terjadi di masyarakat. Setelah itu di tahun 2014 yang merupakan tahun terakhir, penelitian ini akan memfokuskan untuk membuat model perlindungan hukum yang lebih adil lagi bagi penyandang cacat di

Indonesia agar bisa memenuhi hak-haknya sebagai sesama warga negara.

Secara khusus, usulan proposal tiap tahun sejak 2011 hingga 2014 akan berada di bawah payung besar Implementasi HAM di Indonesia yang akan memiliki sub judul sesuai objek penelitian di tahun yang bersangkutan, yaitu:

- (1) Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Hak Pendidikan dan Kesehatan Bagi Anak-Anak Penyandang Cacat (Difabel) di Indonesia,
- (2) Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Hak Kesehatan dan Jaminan Sosial Bagi Penyandang Cacat Korban Bencana Alam di Indonesia
- (3) Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Hak Kesehatan dan Jaminan Sosial Bagi Penyandang Cacat Korban Konflik di Indonesia
- (4) Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Analisis Pemenuhan Hak Warga Negara Penyandang Cacat di Indonesia.

BAB II

PENYANDANG CACAT (DISABILITAS): SALAH SATU KELOMPOK MINORITAS DI INDONESIA

2.1 Minoritas

Dalam masyarakat heterogen yang terdiri dari berbagai kelompok penganut agama, suku bangsa, bahasa, dan profesi, selalu ada anggota masyarakat yang dikategorikan sebagai mayoritas dan minoritas. Mereka digolongkan berdasarkan jumlah cacah jiwa. Kelompok mayoritas pada umumnya mengambil peranan dalam masyarakat, baik sebagai elit pemerintah dan elit masyarakat maupun sebagai profesional di masyarakat. Kelompok minoritas, meskipun ada juga yang berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, baik sebagai elit pemerintah maupun sebagai elit masyarakat, namun hampir selalu mereka termarginalkan akibat diskriminasi yang dilakukan oleh kelompok mayoritas.

Seperti telah disebut di atas, definisi minoritas umumnya hanya menyangkut jumlah. Suatu kelompok dikatakan sebagai minoritas apabila jumlah anggota kelompok tersebut secara lebih sedikit dibanding kelompok lain dalam suatu masyarakat. Dalam ilmu sosial, minoritas tidak selalu terkait dengan jumlah anggota. Kelompok tertentu akan dianggap minoritas bila anggota-anggotanya memiliki kelemahan atas kekuasaan, pengendalian dan pengaruh terhadap hidupnya sendiri dibanding anggota kelompok yang dominan. Dengan demikian maka bila kelompok tertentu yang meskipun dalam jumlah cacah jiwanya merupakan mayoritas namun tetap disebut minoritas karena kekuasaan, pengendalian, dan pengaruh yang dimilikinya lebih kecil dibanding kelompok lain yang cacah jiwanya justru lebih sedikit.

Sampai sekarang belum ada satu definisi pasti untuk menjelaskan kelompok “minoritas”. Sekali lagi ditekankan bahwa

dalam suatu masyarakat, minoritas sangat berkaitan dengan jumlah cacah jiwa. Ada beberapa pengertian yang bisa digunakan untuk menjelaskan kata “minoritas”, yaitu:

(1) Fransesco Capotorti mendefinisikan minoritas sebagai berikut:

“A group numerically inferior to the rest of a State, in a non-dominant position, whose members - being nationals of the State - possess ethnic, religious and linguistic characteristics differing from those of the rest of the population and show, if only implicitly, a sense of solidarity, directed towards preserving their culture, traditions, religion and language”¹

(2) Jules Deschenes mendefinisikan minoritas sebagai berikut:

“A group citizens of a State, constituting a numerical minority and in a non-dominant position in that State, endowed with ethnic, religious and linguistics which differ from those of the majority of the population, having a sense of solidarity with one another, motivated, if only implicitly, by a collective will to survive and whose aim is it achieve equality with the majority in fact and in law”²

Capotorti dan Deschenes pada dasarnya mendefinisikan minoritas sebagai sebuah kelompok yang terdiri dari sejumlah kecil penduduk yang tidak memiliki posisi yang dominan karena memiliki identitas yang berbeda dari mayoritas penduduk di suatu negara, baik suku bangsa, agama, maupun bahasanya sehingga umumnya mereka memiliki rasa solidaritas yang cukup tinggi diantara sesama anggota dalam kelompoknya serta selalu terdorong untuk melestarikan budaya, agama, dan bahasanya sebagai penerjemahan keinginannya untuk tetap eksis dalam masyarakat dan mendapat jaminan kepastian hukum.

¹ Fransesco Capotorti, Study on The Rights of Persons belonging to Ethnic, Religious and Linguistic Minorities, UN Document E/CN.4/Sub.2/384/Add.1.7, 1997

² Jules Deschenes, Proposal Concerning a Definition of the Term “Minority”, UN Document E/CN.4/Sub.2/1985/31, 1985

Definisi minoritas ini bersifat tentatif sehingga masih memungkinkan untuk dilakukan pemaknaan ulang³.

Kedua definisi di atas ternyata dipakai oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dan menjadi acuan sebagian besar pemerhati minoritas di seluruh dunia. Hanya saja kemudian muncul permasalahan baru yang cukup dilematis, yaitu:

- (1) Definisi tersebut secara *implicit* mengharuskan kelompok minoritas dan mayoritas untuk tetap mempertahankan eksistensinya tanpa pernah memberi ruang berkompromi agar terjadi akulturasi yang bisa menimbulkan energi positif bagi pengayaan budaya dan bahasa di suatu Negara,
- (2) Definisi ini membuat rancu kelompok-kelompok dalam suatu masyarakat yang multietnik (misalnya aliran Hindu Aga di Tenganan, secara cacah jiwa mereka minoritas namun mereka adalah suku Bali yang mayoritas di Provinsi Bali),
- (3) Definisi di atas menempatkan minoritas pada posisi yang “lemah” dalam suatu masyarakat karena dianggap tidak dominan dari segi cacah jiwa (pada kenyataannya minoritas WNI keturunan Tionghoa cukup dominan dalam sektor ekonomi di Indonesia sehingga memiliki posisi tawar yang kuat dengan Pemerintah).

Pada dasarnya untuk mendefinisikan minoritas akan lebih mudah dilakukan berdasarkan kategori individu, yaitu:

- (1) Minoritas yang anggotanya menginginkan persamaan dengan kelompok-kelompok dominan dengan pertimbangan non-diskriminasi,
- (2) Minoritas yang anggotanya menginginkan persamaan dengan kelompok-kelompok dominan dengan pertimbangan non-

³Tri Widya Kurniasari, 2009, Hak Sipil dan Politik Parmalim: Implementasi Hak Minoritas di Sumatera Utara, Perspektif HAM di Daerah (Studi Kasus di Sumatera Utara dan Sulawesi Selatan). Jakarta: LIPI Press, hlm.8

diskriminasi dan pengakuan atas hak-hak khusus tertentu dan sumbangan atas layanan positif tertentu.

Terlepas dari berbagai definisi yang dikemukakan oleh para ahli dan pemerhatinya, minoritas sebagai bagian dari sebuah bangsa memiliki hak yang sama dengan mayoritas yang ada. Pemenuhan hak minoritas sebagai warga negara di suatu Negara secara eksplisit telah dilindungi oleh Kovenan Internasional Hak-Hak Sipil dan Politik, yaitu dalam Pasal 27 yang menyatakan:

“Di negara-negara yang memiliki kelompok minoritas berdasarkan suku bangsa, agama atau bahasa, orang-orang yang tergolong dalam kelompok minoritas tersebut tidak boleh diingkari haknya dalam masyarakat, bersama-sama anggota kelompoknya yang lain, untuk menikmati budaya mereka sendiri, untuk a dan mengamalkan agamanya sendiri, atau menggunakan bahasa mereka sendiri”.

Sayangnya pasal ini tidak memberi ruang bagi minoritas selain dalam klasifikasi yang telah disebutkan, yaitu suku bangsa, agama dan bahasa, untuk mendapatkan jaminan kepastian hukum dalam pemenuhan haknya sebagai warga negara (hak-hak sipil dan politik).

Dalam perkembangannya PBB kemudian melakukan kajian yang berkaitan dengan minoritas lainnya, seperti misalnya minoritas seksual (gay) yang dewasa ini mulai berani mengekspresikan dirinya di tengah masyarakat. Hanya saja, ada satu komunitas yang secara kemampuan fisik dan mentalnya dapat dikategorikan sebagai minoritas justru tidak masuk dalam kategori minoritas. Mereka adalah para penyandang cacat atau disabilitas. Meskipun PBB telah menetapkan dalam Deklarasi Hak Penyandang Cacat Resolusi 3447 (XXX) tanggal 9 Desember 1975 dan *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (konvensi PBB, 2006)* namun pada prakteknya di beberapa negara berkembang dan negara dunia ketiga, kaum disabilitas ini masih menjadi warga Negara kelas dua dimana mereka yang memiliki banyak ketergantungan (baik kepada orang di sekitarnya maupun alat bantu) masih terabaikan sehingga nyaris tidak terlihat peran dan prestasinya di tengah masyarakat. Di Indonesia sendiri perlindungan hukum bagi

minoritas selama ini telah diakomodir secara formal dalam peraturan perundang-undangan. Dalam Pasal 28 I ayat (2) Undang-Undang Dasar, tiap orang berhak bebas dari perlakuan yang bersifat diskriminatif atas dasar apa pun dan berhak mendapatkan perlindungan terhadap perlakuan yang bersifat diskriminatif itu. Artinya, tiap warga negara dijamin pemenuhan haknya tanpa ada pembedaan apa pun, termasuk warga Negara yang tergolong kaum disabilitas.

Di Indonesia sendiri, penyandang cacat/disabilitas telah dilindungi haknya sejak diundangkannya Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat. Bahkan di tahun 1952 di Surakarta telah didirikan Pusat Rehabilitasi (Rehabilitasi Centrum/R.C) bagi para korban Revolusi Kemerdekaan oleh Prof.Dr.Soeharso. Setahun kemudian beliau mendirikan Yayasan Pemeliharaan Anak Cacat (YPAC) dan kemudian berubah menjadi Yayasan Pembinaan Anak Cacat ketika terjadi wabah polio. Dalam perkembangannya sejak tahun 1983 YPAC tidak saja membatasi anak penyandang cacat akibat polio atau cacat otot saja namun juga melebarkan penanganan medisnya berubah mencakup seluruh ketunaan yang ada, yaitu tuna rungu, tuna wicara, tuna netra, dan cacat mental atau cacat ganda (fisik dan mental). Hal ini menunjukkan bahwa sebagai komunitas yang jumlahnya lebih sedikit dibanding komunitas lainnya yang secara fisik dan atau mental normal, kaum disabilitas termasuk minoritas secara keseluruhan, baik dari jumlah cacah jiwa maupun perannya di masyarakat secara umum. Maka bukan hal yang aneh ketika pada kenyataannya perlindungan hak terhadap kaum disabilitas ini hanya sebatas lembaran kertas (baca: undang-undang) dan nyaris tak pernah terpenuhi bagi kaum disabilitas.

Definisi minoritas hingga saat ini belum dapat dirumuskan secara universal (satu perspektif). Lazimnya, minoritas dalam sebuah bangsa selalu dikaitkan dengan cacah jiwa yang lebih sedikit dibanding kelompok lain. Namun berada pada kedudukan yang sama dengan mayoritas, maka sekali lagi perlu ditegaskan bahwa hak setiap warga Negara adalah sama. Begitu pula dengan kewajibannya terhadap Negara. Bilapun terjadi pembedaan seharusnya dilakukan berdasarkan

kualitas dan kompetensi tiap individu dalam berbagai sektor kehidupan dan bukan karena perbedaan fisik semata. Oleh karena itu, permasalahan yang dihadapi dalam tata kehidupan bermasyarakat di Indonesia, adalah masih terjadi diskriminasi terhadap hak-hak kelompok minoritas, baik agama, suku, bahasa, termasuk juga dengan jabatan dan pekerjaan bagi penyandang cacat, sehingga sampai saat ini dapat dikatakan bahwa minoritas di Indonesia masih belum bisa mengakses pemenuhan hak-haknya sebagai warga Negara.

2.2 Disabilitas

Disabilitas didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk terlibat dalam aktivitas penting yang berguna oleh karena keterbatasan fisik/mental yang dapat ditentukan secara medis dan dapat berakibat kematian atau telah berlangsung atau diperkirakan akan berlangsung secara terus menerus dalam kurun waktu tidak kurang dari 12 bulan. Dewasa ini, untuk menghaluskan penyebutan terhadap penyandang cacat muncul istilah *Difabel* yang pertama kali diperkenalkan pada tahun 1998 oleh sebuah gerakan moral bagi penyandang cacat yang dimobilisasi oleh para aktivis penyandang cacat. *Difable* merupakan singkatan dari *Different Ability People*. Seperti telah diuraikan pada Bab Pendahuluan, Rendy Maulana, dalam artikel yang ditulis di blog-nya menilai bahwa *Difabel* lebih tepat singkatan dari '*Differently Abled People*' yang berarti "Orang yang Berbeda Kemampuan"⁴. Penyandang cacat dinilai pada dasarnya dapat juga melakukan aktivitas seperti orang yang secara fisik normal namun dengan cara yang berbeda, sehingga pengelompokan manusia itu adalah karena perbedaan (cara) dan bukan sebuah kecacatan. Secara *leksikologi* (berkaitan dengan kata), penyandang cacat didefinisikan sebagai suatu keadaan fisik dan mental yang menunjukkan ketidakmampuan seseorang untuk menggunakan dengan mudah atau sama sekali tidak mampu, sebagian

⁴ Rendy Maulana, Penggunaan Istilah "Difable" atau "Difabel", <http://priyadi.net/archives/2006/10/04/penggunaan-istilah-difable-atau-difabel/>

atau seluruh tubuhnya, atau ketidakmampuan seseorang untuk mempelajari sesuatu akibat keadaan fisik atau mentalnya.

Oxford Dictionary mendefinisikan penyandang cacat sebagai “*Disabled*” yang dijelaskan dengan: *unable to use a part of the body completely or easily because of a physical condition, illness, injury, etcetera; unable to learn easily, mentally disabled*”. Para pemerhati masalah sosial menyebut anggota masyarakat yang memiliki keterbatasan ini dengan sebutan penyandang cacat (*handicapped*). Hal ini dikaitkan dengan kemampuan penyandang cacat untuk berperan dalam masyarakat, terutama secara ekonomi. Sementara World Health Organization (WHO) sebagai salah satu badan di PBB mendefinisikan kecacatan (*disability*) berdasarkan jenis yang digunakan oleh *International Classification of Diseases* yaitu, kecacatan karena kehilangan atau ketidaknormalan secara psikologis, fisiologis (fungsi tubuh), atau fungsi anatominya.

Dalam khasanah Bahasa Inggris, istilah-istilah yang menunjuk pada kondisi “cacat” telah mengalami perubahan dalam 4 dekade terakhir ini. Istilah-istilah yang sangat kasar di telinga pendengarnya (misalnya: *imbecile* dan *lunatic*) sudah berubah dan mengalami “penghalusan” bahasa. Beberapa istilah yang sampai saat ini masih sering terdengar dalam pembicaraan sehari-hari ketika menunjuk pada keterbatasan fisik seseorang adalah *invalid*, *deformed* (kelainan bentuk), dan *cripple* (lumpuh/timpang). Dari segi kesantunan, baik bahasa maupun moral, istilah-istilah tersebut sangat menyakitkan. Sebetulnya cukup banyak terminologi yang menggambarkan makna denotatif “cacat” misalnya *organ/physical defect* (cacat jasmani), *deformity* (berkelainan), *flawed* (tidak sempurna), *damage* (kerusakan/tidak berfungsi), *disfigurement/ disreputable* (ternoda/tercemar), namun semua terminologi tidak bisa digunakan untuk menggambarkan penyandang disabilitas kecuali istilah “*disabled*” yaitu kondisi keterbatasan atau kurangnya kemampuan seseorang dalam melakukan kegiatan sehari-hari akibat adanya *impairment*, *handicap*, atau *disability*.

Dalam yuridis formal di Indonesia, pembakuan terminologi “cacat” terjadi ketika pada tanggal 28 Februari 1997 Pemerintah mengesahkan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat. Dalam Pasal 1 ayat (1) undang-undang ini, Penyandang Cacat dirumuskan sebagai “orang yang mempunyai keadaan fisik/dan atau mental yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan secara selayaknya”. Defenisi ini mengacu pada defenisi *disabilities* dalam Pasal 12102 Bagian 3 *Americans With Disabilities Act* (ADA) tahun 1990 yang merumuskan bahwa “*a physical or mental impairment that substantially limits one or more of the major life activities of such individual*”.

Dalam ADA, *disabilities* dimaknai dengan lebih manusiawi dan tepat karena mengandung beberapa unsur, yaitu:

- (1) adanya kata “*impairment*” yang mengandung makna: *damaged, weakned, or diminished* (rusak, lemah atau kurang)⁵.
- (2) Dalam Pasal 1 ayat 1 UU No.4/1997 terdapat anak kalimat yang berbunyi: “untuk melakukan secara selayaknya”. Kalimat ini berbeda makna dengan kalimat dalam rumusan *disabilities* menurut ADA yaitu, “*the major life activities*”. Bila diterjemahkan maka pengertiannya dapat berbunyi sebagai berikut: “melakukan beberapa kegiatan utama dalam hidup”. Pengertiannya adalah bahwa penyandang disabilitas terhalang atau susah melakukan beberapa kegiatan sehari-hari layaknya orang yang normal fungsi tubuhnya. Justru definisi Penyandang Cacat terakomodasi pada Pasal 1 butir 1 Peraturan Pemerintah 43 Tahun 1998 tentang Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Penyandang Cacat adalah setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan/atau mental, yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan baginya untuk melakukan

⁵ Baik kamus John M. Echols, Oxford Dictionary, maupun Black’s Law Dictionary oleh Bryan A. Gardner, mengartikan *impairment* dengan menekankan pada perkataan: *damaged, weakned, or diminished* (rusak, lemah atau kurang).

kegiatan secara selayaknya”. Dalam anak kalimat “untuk melakukan secara selayaknya” menimbulkan asumsi bahwa seorang penyandang disabilitas dikategorikan tidak layak melakukan kegiatan sehingga dia juga tidak layak dalam kompetisi secara terbuka.

Dalam Undang-Undang Penyandang Cacat ini juga ada satu hal penting yang mengakibatkan kesulitan dalam menentukan derajat kecacatan sehingga seringkali berdampak pembunuhan karakter seorang penyandang disabilitas akibat penilaian yang salah tentang kemampuannya. Pasal 1 angka 2 menyatakan bahwa: “derajat kecacatan adalah tingkat berat ringannya keadaan cacat yang disandang seseorang”. Dalam penjelasan undang-undang tidak diberikan penjelasan apapun tentang parameter dan mekanisme pemeriksaan medis dan nonmedis untuk menentukan berat ringannya disabilitas yang disandang seseorang. Akibatnya, dalam kompetisi terbuka di tengah masyarakat, misalnya: penerimaan CPNS atau karyawan di perusahaan swasta, setiap instansi pemerintah/perusahaan yang bersangkutan membuat klasifikasi derajat disabilitas penyandang disabilitas yang berbeda. Dengan kata lain, kesempatan penyandang disabilitas untuk berperan aktif dan berprestasi ditentukan oleh orang lain dan bukan oleh kemampuan mereka yang sebenar-benarnya.

Penggunaan istilah-istilah di atas oleh berbagai kalangan masyarakat, telah menimbulkan masalah mendasar. Istilah-istilah yang didasari oleh pendekatan medis itu sangat menunjukkan kondisi yang “abnormal” dari seorang penyandang disabilitas. Sementara itu di sisi lain adanya persamaan makna “hilangnya fungsi tertentu” dengan “tidak adanya kemampuan untuk melakukan sesuatu”. Oleh karenanya para penyandang disabilitas lebih suka menggunakan istilah yang mengandung makna *impairment* (kerusakan/ kelemahan) dan *disability/handicap* (cacat/ ketidakmampuan). Keduanya mengandung makna “hilangnya suatu fungsi” dan “menjadi cacat akibat sikap-sikap sosial” yang bukan disebabkan dari penyandang disabilitas itu sendiri.

Pada dasarnya, penilaian disabilitas baik secara fisik maupun mental, hal terpenting yang tidak boleh diabaikan adalah hendaya (*impairment*) yang dapat ditentukan secara medis. Hendaya menurut WHO didefinisikan sebagai keadaan abnormalitas atau hilangnya fungsi psikologis, fisiologis, atau struktur anatomis. Hal ini bertolak belakang dengan definisi disabilitas dimana hendaya menjadi salah satu unsur disabilitas itu sendiri. Dalam hal ini, hendaya merupakan suatu keadaan dimana terdapat penyakit spesifik yang cukup parah untuk mendukung kesimpulan bahwa penurunan fungsi telah terjadi. Hendaya hanya dapat ditunjukkan dengan teknik diagnostik laboratorium dan klinis yang sesuai standar. Penetapan disabilitas seseorang tidak dapat dilakukan apabila tidak ada bukti objektif hendaya fisik atau mental atau hanya sekedar menunjukkan gejala saja. Gejala yang muncul baru dapat disebut kelainan dengan adanya hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium. Sementara itu penentuan hendaya juga tergantung pada adanya kelainan anatomi dan gangguan fungsi fisiologis ataupun psikologis. Ahli medis harus dapat menentukan bahwa derajat disabilitas (kecacatan) yang disebabkan oleh cedera atau suatu penyakit akan stabil atau malah berlanjut setelah dilakukan rehabilitasi secara maksimal. Parameternya adalah apakah ada kehilangan integritas struktur, patologi, nyeri dan temuan klinis (nyeri, bengkak, dan kesulitan melakukan gerakan dengan fungsi tubuh). Hasil dari penilaian inilah yang akan menentukan apakah mental dan fungsi tubuh seseorang itu hendaya bersifat permanen atau sementara.

Ada tiga syarat yang harus dipenuhi untuk mengatakan seseorang termasuk disabilitas, yaitu:

- (1) Durasi waktu,
- (2) Tidak adanya aktivitas penting yang berguna, dan
- (3) Adanya keterbatasan yang dapat ditentukan secara medis.

Dalam menentukan disabilitas pun ada parameternya meskipun masih bersifat subyektif dan terkadang kurang akurat sebagai bahan pertimbangan. Disamping ketiga hal di atas, ada juga faktor nonmedis yang menjadi parameternya seperti gender, pelatihan, keahlian,

pengalaman, pendidikan, lingkungan sosial, ketersediaan pekerjaan yang cocok secara lokal/nasional, masalah transportasi dari dan ke tempat kerja, serta kemampuannya untuk bekerja sama dengan orang lain. Disabilitas juga dipengaruhi faktor ekonomi, sosial, dan lingkungan pekerjaan serta tipe pekerjaan. Setelah semua standar penilaian itu semua terpenuhi barulah seseorang dapat dikatakan sebagai disabilitas berdasarkan pertimbangan kemampuan/ketidakmampuannya, baik secara pasif maupun aktif dalam aktifitas sehari-hari serta memperhitungkan pula kemampuan dalam hal ekonomi, yaitu menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari. Atau secara singkat dapat dikatakan bahwa seseorang dikategorikan disabilitas bila dia memiliki keterbatasan dalam aktifitas sehari-hari dan adanya keterbatasan/ ketidakmampuan dari hal ekonomi.

Syarat durasi waktu yang disebutkan dalam definisi disabilitas di atas dapat dengan mudah dipenuhi karena disabilitas umumnya bersifat kronik dan cenderung akan semakin meningkat seiring berjalannya waktu. Namun ada juga yang mengalami kelainan muskuloskeletal atau neurologis dimana pasien-pasien mengalami episode eksaserbasi dan remisi yang sering (contoh: artritis rheumatoid, sklerosis multipel) dapat menimbulkan periode disabilitas yang pendek sehingga sering menyulitkan untuk memenuhi syarat durasi waktu. Jika disabilitas akibat trauma, sebagai tambahan gejala dan tanda manifestasi klinis maka perlu dipertimbangkan pula secara khusus adanya keluhan rasa sakit. Walaupun hal ini sifatnya subyektif berdasarkan keluhan pasien, dapat juga ditemukan tanda-tanda obyektif seperti dilatasi pupil, kepanikan, serta tekanan darah/nadi/respirasi yang abnormal. Rasa sakit yang tidak dilaporkan sampai 24 jam atau lebih sejak terjadinya trauma biasanya hanya sekedar perasaan/emosi. Untuk kepentingan evaluasi disabilitas, rasa sakit dapat diklasifikasikan sebagai:

- (1) Berat (tanpa adanya aktivitas yang dapat memicu timbulnya rasa sakit),

- (2) Sedang (masih dapat ditoleransi dengan adanya disabilitas yang nyata pada saat melakukan aktivitas yang menimbulkan rasa sakit),
- (3) Ringan (masih dapat ditoleransi dengan adanya disabilitas pada saat melakukan aktivitas yang menimbulkan rasa sakit),
- (4) Minimal (mengganggu tetapi tidak ada kecacatan dalam aktivitas).

Dalam mengevaluasi dampak suatu cedera (penilaian fisik), seorang ahli medis (dokter) harus mempertimbangkan hal berikut: apakah cedera tersebut adalah penyebab langsung dari penyakit (misalnya fraktur majemuk dengan infeksi atau cedera dinding dada dengan pneumonia); apakah cedera diperparah oleh keadaan sistemik (misalnya diabetes, gout, hipertensi); apakah suatu proses sistemik (misalnya osteoporosis atau tumor tulang) menyebabkan patah tulang, dan terakhir; apakah cedera dan penyakit itu adalah dua hal yang berdiri sendiri-sendiri. Sedangkan ketika dilakukan penilaian disabilitas karena gangguan mental, beberapa faktor harus dipertimbangkan termasuk hal yang bersifat fisiologis, psikologis dan khas terhadap seorang disabilitas. Misalnya saja berupa retardasi mental, gangguan kepribadian, kepribadian sosiopatik, psikoneurosis, psikosis dan gangguan organik otak.

Dari uraian yang ada tentang disabilitas, masalah yang sesungguhnya paling hakiki adalah bagaimana menempatkan kelompok disabilitas sebagai manusia yang berharkat dan martabat dalam sistem sosial budaya, politik, ekonomi serta pendidikan di Indonesia?. Untuk itu diperlukan adanya suatu analisis terhadap akses mereka atas hak-haknya sebagai warga Negara yang setara dengan warga Negara lain yang secara fisik dan atau mental normal bila dibandingkan dengan kondisi yang dialami kelompok disabilitas. Disabilitas yang mengacu pada kondisi ‘cacat’ atau ‘abnormal’ harus diakui sebagai hasil dari konstruksi sosial, oleh karena itu perlu adanya suatu proses untuk menetralkan makna dari konotasi ketidaklayakan, diskualifikasi, aib, buruk, rusak, atau tercela menjadi “sesuatu” yang lebih bersifat positif”. Ironisnya, pemaknaan yang bersifat negatif itu justru datang dari lingkungan terkecil dalam masyarakat majemuk, yaitu keluarga. Para penyandang disabilitas ini mengalami diskriminasi dan

marginalisasi akibat adanya stigma bahwa mereka hanya beban dalam keluarga dan Negara dalam konteks masyarakat yang lebih besar. Dan contoh yang paling mudah ditunjukkan adalah kecilnya jumlah penyandang disabilitas yang mampu mengakses hak dasarnya, yaitu hak pendidikan dan hak kesehatan. Bahkan yang lebih ekstrim lagi adanya pengabaian mereka dalam pelayanan publik dan resistensi terhadap penyandang disabilitas dalam berbagai sektor kehidupan di tengah masyarakat.

Terlepas dari berbagai istilah yang ada untuk menyebut penyandang cacat ini, mereka tetaplah warga negara yang memiliki hak yang sama dengan anggota masyarakat lainnya yang normal secara fisik. Pengabaian terhadap hak-hak mereka merupakan pelanggaran HAM yang merupakan juga terjadinya pelanggaran hukum.

2.3 Anak Penyandang Disabilitas di Indonesia

Di Indonesia, masyarakat penyandang cacat/disabilitas dapat dikatakan masih cukup besar jumlahnya. Saat ini jumlah penyandang disabilitas di Indonesia mencapai 2.126.785 jiwa (BPS, SUSENAS tahun 2009). Dalam SUSENAS sesungguhnya tidak secara tegas mencatat jumlah penyandang disabilitas dari kelompok anak-anak. Namun dari data berdasarkan tabel Kesejahteraan Sosial, anak-anak penyandang disabilitas di seluruh Indonesia (dari kelompok usia 10-14 tahun dan 15-19 tahun) berjumlah 631.425 anak. Jumlah ini masih bisa bertambah karena belum termasuk anak-anak penyandang disabilitas usia 0-9 tahun. Kategori yang diambil dalam SUSENAS ini juga belum mencakup seluruh kategori Anak Berkebutuhan Khusus namun hanya berasal dari gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan berjalan, gangguan belajar dan gangguan mental (tidak bisa mengurus diri sendiri), dari tingkat sedang dan parah. Dalam pengkategorian penyandang cacat/disabilitas, yang dimaksud dengan anak penyandang cacat/disabilitas adalah setiap anak yang mengalami hambatan fisik dan/atau mental sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya secara wajar.

Data Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Departemen Sosial RI di tahun 2006 mencatat penyandang disabilitas anak-anak sebanyak 295.763 anak. Provinsi dengan jumlah anak penyandang disabilitas terbanyak berturut-turut adalah Jawa Tengah, Jawa Barat dan Jawa Timur. Provinsi Bangka Belitung, Papua Barat dan Gorontalo berada di urutan terbawah. Data lain berdasarkan Susenas tahun 2003 menunjukkan bahwa jumlah penyandang cacat usia sekolah (5-18 tahun) berjumlah 317.016 anak. Di tahun yang sama, WHO pernah memperkirakan bahwa di suatu negara setidaknya 15,9% penduduknya adalah penyandang disabilitas. Dengan demikian, di tahun itu diperkirakan ada sekitar 33 juta penduduk Indonesia yang menjadi penyandang disabilitas dan sepertiganya merupakan penyandang disabilitas anak-anak.

Dalam praktek sehari-hari, akibat jumlahnya yang sedikit dan stigma bahwa mereka (penyandang disabilitas) tidak bisa dan tidak perlu kemana-mana maka nyaris tak satupun fasilitas publik yang memberi akses bagi penyandang disabilitas di Indonesia. Kenyataan ini mengakibatkan para penyandang disabilitas semakin termarginalkan dan semakin “tidak nampak” di tengah masyarakat kita. Penyandang disabilitas hanya mendapat apresiasi dan sanjungan (yang kadang-kadang berlebihan) ketika mereka memiliki kemampuan eksklusif atau sekedar seremonial belaka. Baik Pemerintah maupun kelompok masyarakat tertentu yang peduli pada kebutuhan penyandang disabilitas pun belum dapat memenuhi apa yang menjadi kebutuhan mereka. Bahkan sekedar pemenuhan hak dasar pendidikan dan kesehatan pun, ternyata masih sebagian besar penyandang disabilitas belum bisa mengaksesnya.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, seseorang dikategorikan sebagai anak-anak hingga usia 18 tahun. Sementara menurut Program Kesejahteraan Sosial Anak dengan Kecacatan (PKSAK), kategori anak penyandang disabilitas hingga dia berusia 17 tahun. Ketika seseorang mencapai usia 18 tahun, dalam kriteria yang ditetapkan oleh Kementrian Sosial RI dia tergolong sebagai penyandang disabilitas (dewasa). Perbedaan pengkategorian

usia ini mengakibatkan seorang penyandang disabilitas yang berusia 18 tahun tidak berhak lagi mendapat bantuan sosial dari Negara karena terkategori sebagai penyandang disabilitas dan bukan anak-anak lagi. Padahal, ada beberapa jenis dan derajat kecacatan yang mengakibatkan seorang penyandang disabilitas berpikir dan berperilaku layaknya seorang anak kecil meskipun usianya telah mencapai 18 tahun lebih.

Menurut data Kementrian Sosial tahun 2009, jumlah anak penyandang disabilitas yang tidak bisa mengakses hak pendidikannya mencapai 74,1%. Forum Komunikasi Keluarga Anak Dengan Kecacatan (FKKADK) yang hingga tahun 2010 telah terbentuk di 25 provinsi di seluruh Indonesia mencatat baru \pm 190.000 anak disabilitas yang mampu mengakses pendidikan di sekolah formal.

e

BAB III

HAK KESEHATAN ANAK-ANAK PENYANDANG CACAT/DISABILITAS

Penyandang cacat adalah setiap orang yang mempunyai kelainan fisik atau mental, yang dapat mengganggu atau merupakan hambatan baginya untuk melakukan kegiatan secara selayaknya. Sebagai warga negara Indonesia, para penyandang cacat juga memiliki hak, kewajiban dan peran serta yang sama dengan warga negara Indonesia lainnya. Dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 alinea keempat dan aturan beberapa batang tubuh secara tegas telah menjamin pemenuhan hak-hak warga negara tidak terkecuali para penyandang cacat dalam kehidupan sehari-harinya. Namun pada kenyataannya dikehidupan sehari-hari, penyandang cacat masih kesulitan untuk mengakses pemenuhan hak-hak mereka. Para penyandang cacat masih harus berjuang sendiri untuk mendapatkan hak sebagai warga negara. Diskriminasi masih kerap terjadi di masyarakat, namun dalam hal ini seharusnya negara harus melarang semua diskriminasi berdasarkan kecacatan dan menjamin perlindungan hukum yang setara bagi orang-orang penyandang cacat dari diskriminasi atas dasar apa pun. Pemerintah tetap memegang peran penting untuk menjamin kelangsungan hak-hak penyandang cacat sebagai seorang warga negara yang tidak hanya dipandang karena keterbatasan mereka.

Beberapa pasal dalam batang tubuh Undang-Undang Dasar 1945 yang menjadi dasar pemenuhan hak bagi penyandang cacat sebagai warga negara adalah:

- (1) Pasal 27 ayat (2): Tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan,
- (2) Pasal 28 B ayat (2): Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan diri dari kekerasan dan diskriminasi,

- (3) 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,
- (4) Pasal 28 H ayat (1): Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan,
- (5) 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,
- (6) Pasal 28 H ayat (3): Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat,
- (7) Pasal 28 I ayat (2): Setiap orang berhak bebas dari perlakuan yang bersifat diskriminatif atas dasar apapun dan berhak mendapat perlindungan terhadap perlakuan yang diskriminatif itu,
- (8) Pasal 31 ayat (1): Setiap warga negara berhak mendapat pendidikan,
- (9) Pasal 31 ayat (2): Setiap warga negara wajib mengikuti pendidikan dasar dan pemerintah wajib membiayai,
- (10) Pasal 31 ayat (4): Negara memprioritas anggaran pendidikan sekurang-kurangnya dua puluh persen dari anggaran pendapatan dan belanja negara serta dari anggaran pendapatan dan belanja daerah untuk memenuhi kebutuhan penyelenggaraan pendidikan nasional,
- (11) Pasal 34 ayat (1): Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara,
- (12) Pasal 34 ayat (2): Negara mengembangkan sistem jaminan social bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan,

- (13) Pasal 34 ayat (3): Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Dalam pasal-pasal tersebut secara jelas menunjukkan bahwa setiap warga negara tanpa terkecuali penyandang cacat mempunyai hak yang sama, tidak terdapat pembedaan karena hak bersifat universal dan merupakan kewajiban negara untuk memenuhinya, namun implementasinya selama ini belum berjalan dengan baik. Pada kajian penelitian ini lebih memfokuskan anak-anak penyandang cacat khususnya pada golongan ekonomi menengah kebawah. Beberapa kasus di daerah menunjukkan masih banyaknya anak-anak penyandang cacat masih belum secara optimal dapat mengakses pelayanan pendidikan dan pelayanan kesehatan. Status sosial orang tua karena keterbatasan ekonomi dan keadaan fisik anak-anak penyandang cacat makin membuat mereka semakin tidak berdaya dan stigma mereka sebagai beban dimasyarakat akan semakin melekat sampai mereka dewasa.

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat telah mengatur tentang upaya peningkatan kesejahteraan sosial penyandang cacat dan kesamaan kesempatan. Pendefinisian penyandang cacat menurut undang-undang ini adalah setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan/atau mental, yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan secara selayaknya. Sedangkan menurut Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 pasal 1 angka 1, penyandang cacat dikelompokkan atas tiga kelompok, yaitu:

- (1) Penyandang cacat fisik,
- (2) Penyandang cacat mental, dan
- (3) Penyandang cacat ganda.

Cacat fisik adalah kecacatan yang mengakibatkan gangguan pada fungsi tubuh, antara lain gerak tubuh, penglihatan, pendengaran, dan kemampuan bicara. Sedangkan cacat mental adalah kelainan mental dan/atau tingkah laku, baik cacat bawaan maupun akibat dari

penyakit dan cacat ganda adalah keadaan seseorang yang menyandang dua jenis kecacatan sekaligus. Beberapa pasal dalam undang-undang ini yang mengatur tentang hak dari seorang penyandang cacat, yaitu:

- (1) Pasal 1 angka 3: Kesamaan kesempatan adalah keadaan yang memberikan peluang kepada penyandang cacat untuk mendapatkan kesempatan yang sama dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan,
- (2) Pasal 1 angka 4: Aksesibilitas adalah kemudahan yang disediakan bagi penyandang cacat guna guna mewujudkan kesamaan kesempatan dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan,
- (3) Pasal 1 angka 5: Rehabilitasi adalah proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan penyandang cacat mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat,
- (4) Pasal 6 angka 1: Setiap penyandang cacat berhak memperoleh pendidikan pada semua satuan, jalur, jenis, dan jenjang pendidikan,
- (5) Pasal 6 angka 5: Setiap penyandang cacat berhak memperoleh rehabilitasi, bantuan sosial, dan pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial,
- (6) Pasal 6 angka 6: Setiap penyandang cacat berhak atas hak yang sama untuk menumbuhkembangkan bakat, kemampuan, dan kehidupan sosialnya, terutama bagi penyandang cacat anak dalam lingkungan keluarga dan masyarakat,
- (7) Pasal 17: Rehabilitasi diarahkan untuk memfungsikan kembali dan mengembangkan kemampuan fisik, mental, dan sosial penyandang cacat agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar sesuai dengan bakat, kemampuan, pendidikan, dan pengalaman,
- (8) Pasal 18 angka 2: Rehabilitasi meliputi rehabilitasi medik, pendidikan, pelatihan, dan sosial.

Bagi anak-anak penyandang cacat pemenuhan hak tersebut khususnya hak kesehatan meskipun telah diatur dalam Undang-Undang masih merupakan hal yang tidak mudah. Disamping faktor kemiskinan, faktor pengabaian hak-hak penyandang cacat dimasyarakat juga menjadi faktor pendukung semakin tidak dianggapnya penyandang

cacat yang hanya menjadi beban di masyarakat. Peter Somerville memberikan dua interpretasi mengenai eksklusi sosial yang terkait dengan pengabaian hak di masyarakat, yaitu:

- (1) Status menganggur untuk waktu lama atau terputusnya dari pasar kerja dan
- (2) Penyangkalan hak-hak warganegara.

Eksklusi Sosial merupakan proses yang menghalangi atau menghambat individu dan keluarga, kelompok dan kampung dari sumber daya yang dibutuhkan untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial, ekonomi, dan politik di dalam masyarakat dengan utuh. Hak penyandang cacat (kelompok minoritas) yang disangkal (diabaikan) menghalanginya berperan serta dalam berbagai aspek kehidupan.

Menurut data Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) Kementerian Kesehatan tahun 2007 terdapat sekitar 20% penduduk Indonesia adalah penyandang cacat dari jumlah populasi penduduk Indonesia, sehingga dapat dikatakan bahwa masalah kecacatan merupakan masalah nasional. Laporan WHO juga menyebutkan bahwa jumlah penderita cacat tubuh, mental dan sosial di dunia saat ini sekitar lebih dari 600 juta orang dimana 80% dari jumlah itu berada di kalangan negara berkembang dan anak-anak mengambil porsi sepertiga dari total penyandang cacat dunia. Berdasarkan data tersebut, dari setiap sepuluh anak yang lahir di dunia, seorang diantaranya menderita cacat bawaan atau pun mengalami cacat pasca masa kelahiran akibat beragam insiden. Sebagian besar kasus cacat yang terjadi pasca kelahiran disebabkan gizi buruk, kemiskinan, serta minimnya pengetahuan tentang kesehatan. Seperti yang diketahui anak adalah generasi penerus dari suatu bangsa. Anak merupakan subyek maupun obyek yang ikut serta berperan dalam pembangunan suatu bangsa yang didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas.

Pemenuhan hak-hak anak agar mereka dapat hidup tumbuh, berkembang dan berpartisipasi secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan serta mendapatkan perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi sebenarnya telah tertuang pada Undang-Undang

Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak. Menurut Undang-Undang tersebut yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Bagi anak-anak yang menjadi penyandang cacat dalam Pasal 1 huruf g Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak didefinisikan sebagai anak yang mengalami hambatan fisik dan/ atau mental sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya secara wajar. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa anak-anak penyandang cacat juga memiliki hak untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang sama dengan anak normal lainnya. Pasal 8 dalam undang-undang yang sama menegaskan bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual, dan sosial serta disebutkan pada Pasal 12 menyatakan bahwa setiap anak yang menyandang cacat berhak memperoleh rehabilitasi, bantuan sosial, dan pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial. Undang-Undang tersebut tidak hanya memuat perlindungan anak, hak anak namun juga menegaskan seperti yang tercantum dalam Pasal 21 dan 22 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 bahwa Negara dan pemerintah berkewajiban dan bertanggung jawab menghormati dan menjamin hak asasi setiap anak tanpa membedakan suku, agama, ras, golongan, jenis kelamin, etnik, budaya dan bahasa, status hukum anak, urutan kelahiran anak, dan kondisi fisik dan/atau mental. Negara dan pemerintah juga turut serta berkewajiban dan bertanggung jawab memberikan dukungan sarana dan prasarana dalam penyelenggaraan perlindungan anak. Namun seperti yang telah dijelaskan diatas, pemenuhan hak anak penyandang cacat tersebut pada prakteknya merupakan hal yang tidak mudah. Tidak hanya peran dari Pemerintah pusat saja tetapi juga diperlukan dukungan dari pemerintah daerah dan masyarakat untuk implementasinya.

Pada tanggal 12 September 1978, World Health Organization (WHO) dengan United National International Children's Emergency Fund (UNICEF) menyelenggarakan suatu konferensi bersama di Alma-Ata, Rusia yang kemudian menghasilkan sebuah deklarasi yang dikenal

sebagai “Deklarasi Alma-Ata” yang menyerukan agar semua negara di dunia memperkecil ketimpangan derajat kesehatan serta ketidakmerataan pelayanan kesehatan bagi penduduknya. Indonesia adalah salah satu penandatangan meskipun deklarasi tersebut tidak diratifikasi oleh pemerintah Indonesia. Dalam deklarasi ini pula juga disetujui mengenai pendefinisian konsep sehat sakit yang modern. Definisi konsep sehat menurut WHO adalah suatu keadaan optimal yang meliputi fisik, mental dan sosial dari setiap individu, kelompok dan masyarakat. Sedangkan definisi sakit menurut WHO adalah keadaan yang menunjukkan adanya ketidakseimbangan dari organ-organ tubuh seseorang baik dalam dirinya sendiri maupun dengan lingkungan masyarakatnya sehingga sehat bukan hanya terbebas dari sakit dan cacat saja. Definisi WHO tentang sehat mempunyai karakteristik berikut yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle,1994):

- (1) Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
- (2) Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal.
- (3) Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

Konsep tersebut sejalan dengan definisi yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa sehat sebagai suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh, terdiri atas unsur-unsur fisik, mental, dan sosial dan didalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan. Pengertian sehat dalam arti luas dapat diartikan sebagai suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan internal dan eksternal dalam mempertahankan kesehatan.

Kesehatan terintegral dalam pembangunan nasional melalui optimalisasi kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional yang diperkuat dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang

Kesehatan yang menyatakan bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif serta norma-norma agama. Bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Sistem kesehatan nasional memperhitungkan beberapa prinsip, yaitu: menyeluruh (*holistic*), terpadu (*unity*), merata (*evenly*), dapat diterima (*acceptable*), dan terjangkau (*achievable*) oleh masyarakat. Kesehatan merupakan subsistem Ketahanan Nasional. Oleh sebab itu harus melibatkan sub-sistem lainnya melalui interaksi, interelasi dan interpedensi, disamping kemandirian agar tercapai kesehatan bangsa dengan landasan (SKN, 1982:6-7; RPJM, 2004-2009: 401) antara lain: 1) Warga berhak atas kesehatan optimal, agar hidup layak; 2) Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab memelihara kesehatan; 3) Penyelenggaraan upaya kesehatan diatur dan dilakukan pemerintah dan masyarakat secara terpadu; 4) Dilandasi nilai ketuhanan yang maha esa, kemanusiaan, kepentingan rakyat banyak persatuan dan bukan kesatuan atau perorangan; 5) Kekeluargaan dan kegotongroyongan bagi pembangunan kesehatan; 6) Adil dan merata; 7) Warga wajib menjunjung tinggi regulasi kesehatan dan 8) Pembangunan kesehatan bersendikan kepribadian bangsa.

Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat termasuk penyandang cacat idealnya diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Adapun upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur tentang pemenuhan hak

kesehatan bagi warga negara tidak terkecuali bagi anak-anak penyandang cacat 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, biologi, 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 cacat (*disability*) 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, sehingga seharusnya penyandang cacat mempunyai kesempatan yang sama untuk mengakses hak kesehatan terutama upaya kesehatan rehabilitatif. Namun dalam undang-undang ini belum dijelaskan bentuk pelayanan kesehatan rehabilitasi bagi penyandang cacat.

WHO memberikan definisi kecacatan ke dalam 3 kategori, yaitu: *impairment*, *disability* dan *handicap*. *Impairment* disebutkan sebagai kondisi ketidaknormalan atau hilangnya struktur atau fungsi psikologis, atau anatomis. Sedangkan *Disability* adalah ketidakmampuan atau keterbatasan sebagai akibat adanya *impairment* untuk melakukan aktivitas dengan cara yang dianggap normal bagi manusia. Adapun *handicap*, merupakan keadaan yang merugikan bagi seseorang akibat adanya *impairment*, *disability*, yang mencegahnya dari pemenuhan peranan yang normal (dalam konteks usia, jenis kelamin, serta faktor budaya) bagi orang yang bersangkutan. WHO merevisi konsep ini menjadi *International Clasification of Functioning Disability and Health* (ICF). Dalam konsep ini, *impairment* bukanlah satu-satunya faktor yang menjadi focus dalam menilai keberfungsian kemampuan seseorang. Ada dua komponen yang perlu dipelajari dalam memahami masalah *disability* yaitu:

- (1) Keberfungsian (*functioning*), meliputi keberfungsian badan/anatomi dan struktur serta aktivitas dan partisipasi
- (2) Ketidakmampuan (*disability*), bagian pertama meliputi keberfungsian badan/anatomi dan struktur serta aktivitas dan partisipasi, sedangkan bagian kedua terdiri dari faktor-faktor kontekstual seperti faktor lingkungan dan faktor yang bersifat personal.

3.1 Hak Kesehatan Bagi Anak-Anak Penyandang Cacat (Disabilitas)

Anak-anak penyandang cacat (disabilitas) merupakan salah satu sumber daya manusia bangsa Indonesia yang kualitasnya harus ditingkatkan agar dapat berperan, tidak hanya sebagai obyek pembangunan tetapi juga sebagai subyek pembangunan. Anak penyandang cacat perlu dikenali dan diidentifikasi dari kelompok anak pada umumnya, karena mereka memerlukan pelayanan yang bersifat khusus, seperti pelayanan medik, pendidikan khusus maupun latihan-latihan tertentu yang bertujuan untuk mengurangi keterbatasan dan ketergantungan akibat kelainan yang diderita, serta menumbuhkan kemandirian hidup dalam bermasyarakat. Anak penyandang cacat adalah setiap anak yang mengalami fisik dan atau mental sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya secara wajar.

WHO pada tahun 2003 memperkirakan jumlah anak penyandang cacat di Indonesia sekitar 7-10% dari jumlah penduduk Indonesia. Kecacatan dapat disebabkan karena berbagai faktor yaitu faktor kemiskinan orang tua sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi anak ketika dalam kandungan, tidak dapat mengakses fasilitas kesehatan yang ada (imunisasi anak) dikarenakan faktor keterbatasan biaya. Pada umumnya anak-anak penyandang cacat dari kelompok ekonomi kebawah belum memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana mestinya.

Masalah kecacatan pada anak merupakan masalah yang cukup kompleks baik secara kuantitas maupun kualitas, mengingat berbagai

jenis kecacatan mempunyai permasalahan tersendiri. Jika masalah anak penyandang cacat ini ditangani secara dini dengan baik dan keterampilan mereka ditingkatkan sesuai minat, maka beban keluarga, masyarakat dan negara dapat dikurangi. Sebaliknya jika tidak diatasi secara benar, maka dampaknya akan memperberat beban keluarga dan negara. Masalah kesehatan yang dialami oleh anak penyandang cacat tidak jauh berbeda dengan anak pada umumnya seperti batuk, pilek, diare dan influenza. Adapun dampak kecacatan tertentu pada anak yaitu: anak mengalami hambatan dalam penyesuaian diri, sulit berkomunikasi, terkena penyakit, terbatas dalam proses belajar, kurang percaya diri.

Hak-hak kesehatan bagi anak-anak penyandang cacat adalah (1) berhak memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan tahapan tumbuh kembang anak, seperti pelayanan imunisasi, pemenuhan gizi seimbang, dan pemantauan tumbuh kembang anak; (2) berhak memperoleh pelayanan dokter spesialis atau psikolog sesuai dengan jenis dan derajat kecacatan; (3) Anak penyandang cacat berhak memperoleh informasi kesehatan seperti kesehatan reproduksi dan kesehatan diri; (4) Anak penyandang cacat dari keluarga tidak mampu, pengemis, atau terlantar berhak mendapat jaminan pemeliharaan kesehatan (jamkesmas atau jamkesda setempat) untuk memperoleh pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit.

3.2 Penyelenggaraan Rehabilitasi di Bidang Kesehatan

Menurut konsep ini masalah *disable* muncul dari berbagai interaksi komponen tersebut. Keberfungsian secara fisik dan mental seseorang merupakan prasyarat baginya untuk dapat berpartisipasi dalam berbagai aktivitas. Namun cara ini juga direfleksikan dalam kehidupan sosial yang menyebabkan terlambatnya penyandang cacat mendapatkan kesempatan berpartisipasi secara sama dalam berbagai aktivitas di kehidupan masyarakat (Eva Kasim, 2004). Beberapa model yang dipakai dalam penanganan masalah penyandang cacat, yaitu: (Konferensi Nasional I DNIKS, Jakarta, Juli 2001)

- (1) Model Individual (Model Medis)
- (2) Model Sosial

Model individual atau model medis adalah model yang dipergunakan dalam kebijakan masalah penyandang cacat sangat ditentukan oleh bagaimana permasalahan tersebut dikonseptualisasikan. Kecacatan dipahami sebagai ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas yang dianggap normal atau layak akibat *impairment* yang dialaminya. Selanjutnya, pemahaman ini berimplikasi terhadap model pemecahan masalah penyandang cacat. Model yang ada selama ini didasari pada penggunaan strategi medis atau yang disebut juga strategi individual karena berfokus pada individu penyandang cacat itu sendiri. Hal ini dapat dilihat dari penggunaan konsep rehabilitasi pada program-program yang ditujukan kepada penyandang cacat dan pembentukan organisasi pelayanan yang diperuntukan bagi penyandang cacat.

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

Pendekatan model individu atau model medis ini yang didasari pada asumsi bahwa kecacatan sembuh maka masalah yang dihadapi penyandang cacat hilang, namun pada kenyataannya tidak dapat menyelesaikan permasalahan penyandang cacat. Hal ini antara lain disebabkan *impairment* sebagai penyebab kecacatan tidak selalu dapat

disembuhkan dan bahkan menetap seumur hidup. Akan tetapi, rehabilitasi pun tidak sepenuhnya salah, namun harus diperhatikan faktor kondisi tertentu, seperti *impairment* yang bersifat sementara. Harus diingat, bahwa masalah penyandang cacat timbul oleh karena adanya interaksi dari akibat *impairment* dan faktor-faktor lingkungan. 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. Namun dengan hal tersebut tidak jarang menempatkan penyandang cacat sebagai subyek yang terlupakan. Penyandang cacat hanya dikelompokkan dan dikategori berdasar penampilan fisik.

Model sosial merupakan bentuk model yang mengakomodasi faktor-faktor diluar individu penyandang cacat, seperti lingkungan fisik dan non fisik yang turut berperan. Menurut model sosial bahwa hambatan-hambatan yang berasal dari luar lingkungan itulah yang menyebabkan ketidakmampuan seseorang yang mengalami *impairment* dalam melakukan aktivitas sehari-hari, terjadi karena lingkungan tidak mengakomodasi kebutuhan dari seorang penyandang cacat, misalnya arsitektur bangunan yang tidak mendukung aksesibilitas dari penyandang cacat. Permasalahan yang dialami oleh penyandang cacat ini tidak hanya karena faktor *impairment* yang dialaminya, tetapi juga disebabkan oleh faktor-faktor lingkungan. Keberhasilan pelaksanaan model individual dan model sosial yang dipakai dalam menangani permasalahan penyandang cacat, memerlukan kondisi tertentu. Implementasi dari kebijakan model individu/ model medis dan model sosial tidak dapat berdiri karena permasalahan dari penyandang cacat harus dilihat sebagai sesuatu yang universal dan menyeluruh. Dalam hal ini mengandung pengertian bahwa kecacatan merupakan kondisi yang wajar dalam setiap masyarakat, karena itu pemerintah seharusnya juga memandang bahwa kebutuhan penyandang cacat adalah sama seperti warga negara lainnya dengan mengintegrasikan penyandang cacat dalam semua kebijakan yang menyangkut segala aspek hidup dan

penghidupan termasuk pula sikap masyarakat terhadap penyandang cacat.

Keberadaan Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) yang tersebar hampir diseluruh wilayah Indonesia, pada awalnya didirikan oleh Prof. Dr. Soeharso di Kota Surakarta (Solo), Jawa Tengah. Awalnya, beliau mendirikan Pusat Rehabilitasi (Rehabilitasi Centrum/R.C) bagi para korban Revolusi Kemerdekaan pada tahun 1952. Pada saat itu terjangkit wabah *poliomyelitis* pada anak-anak yang dapat menimbulkan cacat dan kematian. Setelah mengikuti *International Study a Conference of Child Welfare* di Bombay dan *The Sixty International Conference on Social Work* di Madras, maka beliau mendirikan Yayasan Penderita Anak Tjajjat pada 05 Pebruari 1953 dan kemudian mengalami perubahan nama menjadi Yayasan Pembinaan Anak Cacat. Pelayanan YPAC diarahkan pada koreksi otot melalui terapi latihan otot (fisioterapi) maupun operasi orthopedy dan tingkat keberhasilan YPAC dalam menyembuhkan anak-anak penderita polio cukup tinggi, maka perhatian masyarakat semakin meningkat dan semakin banyak anak-anak penderita non polio yang juga berobat di YPAC. Dengan beragamnya penyandang cacat maka YPAC akhirnya menyesuaikan sistem pelayanannya dengan keberagaman jenis dan tingkat kecacatan. Bahkan batasan umur bagi anak-anak penyandang cacat mengalami perubahan di tahun 1974 dari dibawah umur 14 tahun menjadi dibawah 18 tahun. Pada tahun 1983, YPAC pelayanan medisnya tidak hanya karena anak cacat akibat polio atau cacat pada otot saja tetapi mencakup seluruh ketunaan yang ada yaitu tuna rungu, tuna wicara, tuna netra dan cacat mental atau cacat ganda (fisik dan mental).

Keberadaan YPAC di berbagai kota di Indonesia selama ini sesungguhnya telah menunjukkan adanya kepedulian dari anggota masyarakat untuk memenuhi hak kesehatan dan pendidikan penyandang cacat. Hal ini tampak dari tiga bentuk pendekatan pelayanan rehabilitasi, yaitu:

- (1) Secara institusional: rehabilitasi medik, rehabilitasi pendidikan, rehabilitasi sosial, dan kelas karya (*prevocational training*),
- (2) Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat (RBM)
- (3) Rehabilitasi Dalam Keluarga (RDK).

Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya. Tujuannya untuk mengenal penyandang cacat secara maksimal, memperkecil ketidakmampuan fisik (bila memungkinkan) dan melatih kembali orang yang memiliki cacat fisik dan melatih bekerja dalam keterbatasan sampai batas maksimal kemampuannya. Pendekatan secara institusional terikat pada lokasi Pusat Rehabilitasi yang baru ada di perkotaan saja, sementara penyandang cacat dapat berada dimana saja. Konsep RBM ini memungkinkan peran serta lembaga atau institusi pemerintah dalam penanganan penyandang cacat di setiap daerah. Begitu pula dengan RDK. Keluarga yang salah satu anggota keluarganya merupakan penyandang cacat diharapkan dapat memberikan rehabilitasi lanjutan di dalam keluarga itu sendiri, terutama yang bersifat rehabilitasi medik (seperti: fisioterapi, terapi wicara, dan terapi okupasi) untuk mendapatkan optimalisasi usaha medis di Pusat Rehabilitasi sebelumnya.

Namun sekali lagi, bentuk-bentuk pendekatan pelayanan rehabilitasi ini terkendala pada jarak, biaya, dan kurang proaktifnya Pemerintah dalam penanganan penyandang cacat di Daerah. Terlebih lagi bagi anak-anak penyandang cacat dari keluarga miskin.

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. Tujuannya untuk mengenal penyandang cacat secara maksimal, memperkecil ketidakmampuan fisik (bila memungkinkan)

dan melatih kembali orang yang memiliki cacat fisik dan melatih bekerja dalam keterbatasan sampai batas maksimal kemampuannya. 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 terapeutik 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. Salah satu contoh kemampuan motorik yaitu menulis, menggambar, mewarnai, menggunting dan menempel, mengancing baju, mengikat tali sepatu dan melipat.

BAB IV

HAK PENDIDIKAN ANAK PENYANDANG CACAT/DISABILITAS

Pendidikan di Indonesia merupakan hal yang sangat fundamental dan penting, sebab ia bukan saja merupakan hajat hidup orang banyak, melainkan juga merupakan salah satu pilar utama dalam meningkatkan kualitas manusia Indonesia. Sebagaimana diamanatkan dalam alinea ke empat Pembukaan UUD 1945 bahwa salah satu tujuan Negara adalah mencerdaskan kehidupan bangsa, maka pendidikan nasional berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga Negara yang demokratis serta bertanggung jawab. Dalam penyelenggaraan pendidikan dianut prinsip demokratis dan berkeadilan serta tidak diskriminatif dengan menjunjung tinggi hak azasi manusia.

Berdasarkan fungsi dan tujuan tersebut maka setiap warga Negara tanpa kecuali mendapatkan hak dan kesempatan yang sama untuk memperoleh pendidikan tanpa ada persyaratan-persyaratan khusus, seperti, misalnya harus memiliki kesempurnaan fisik. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa warga Negara yang merupakan para penyandang cacat juga berhak mendapatkan pendidikan. Hak pendidikan para penyandang cacat khususnya anak penyandang cacat secara yuridis formal memiliki dasar yang sangat kuat.

4.1 Landasan Hukum Hak Pendidikan Anak Penyandang Cacat/Disabilitas

Dalam Pasal 31 ayat (1) Perubahan Keempat UUD 1945, dijelaskan bahwa setiap warga Negara berhak mendapatkan

pendidikan. Penerapan Pasal ini ditindak lanjuti dengan dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Dalam Pasal 4 Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 ini dengan tegas dinyatakan bahwa pendidikan diselenggarakan secara demokratis dan berkeadilan serta tidak diskriminatif dengan menjunjung tinggi hak azasi manusia.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat ditegaskan bahwa penyandang cacat merupakan bagian dari masyarakat Indonesia yang juga memiliki kedudukan, hak, kewajiban, dan peran yang sama. Mereka juga mempunyai hak dan kesempatan yang sama dalam segala aspek kehidupan. Dalam Pasal 6 diterangkan bahwa setiap penyandang cacat berhak memperoleh (a) Pendidikan pada semua satuan, jalur, jenis, dan jenjang pendidikan; (b) Pekerjaan dan penghidupan yang layak sesuai dengan jenis dan derajat kecacatan, pendidikan dan kemampuannya; (c) Perlakuan yang sama untuk berperan dalam pembangunan dan menikmati hasil-hasilnya (d) Aksesibilitas dalam kemandiriannya; (e) Rehabilitasi, bantuan social, dan pemeliharaan taraf kesejahteraan sosialnya, dan (f) Hak yang sama untuk menumbuhkembangkan bakat, kemampuan, dan kehidupan sosialnya, terutama bagi penyandang cacat anak dalam lingkungan keluarga dan masyarakat.

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat menjelaskan bahwa Penyandang Cacat adalah setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan /atau mental, yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan secara selayaknya, yang terdiri dari (a) Penyandang cacat fisik; (b) Penyandang cacat mental, dan (c) Penyandang cacat fisik dan mental. Definisi ini tidak jauh berbeda dengan definisi dalam *Declaration on the Rights of Disabled Persons* Tahun 1975 yang menyatakan bahwa penyandang cacat (*disabled person*) means any person unable to ensure by himself or herself, wholly or partly, the necessities of a normal individual and/ or social life, as a result of deficiency, either congenital or not, in his or her physical or mental capabilities.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak Pasal 9 ayat (1) ditegaskan bahwa setiap anak berhak memperoleh pendidikan dan pengajaran dalam rangka pengembangan pribadinya dan tingkat kecerdasannya sesuai minat dan bakatnya. Selanjutnya dalam pasal 9 ayat (2) ditegaskan bahwa selain hak anak sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), khusus bagi anak yang menyandang cacat juga berhak memperoleh pendidikan luar biasa, sedangkan bagi anak yang memiliki keunggulan juga berhak mendapatkan pendidikan khusus. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Pasal 48 juga menegaskan bahwa Pemerintah wajib menyelenggarakan pendidikan dasar minimal 9 (sembilan) tahun untuk semua anak. Pasal 49 menjelaskan bahwa Negara, pemerintah, keluarga, dan orang tua wajib memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada anak untuk memperoleh pendidikan. Secara spesifik pada Pasal 51 diterangkan bahwa anak yang menyandang cacat fisik dan/atau mental diberikan kesempatan yang sama dan aksesibilitas untuk memperoleh pendidikan biasa dan pendidikan luar biasa.

Berlakunya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 yang diperbaharui dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah telah memberikan kewenangan kepada daerah untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakatnya, menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi dan keinginan yang berkembang pada masyarakat daerah yang bersangkutan. Dalam kaitannya dengan pemberdayaan penyandang cacat, Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat mengeluarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat. Dalam Perda Nomor 10 Tahun 2006 Bab I Pasal 1 ayat (7) dinyatakan bahwa penyandang cacat adalah setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan/atau mental, yang merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan kegiatan secara selayaknya yang terdiri atas penyandang cacat fisik, penyandang cacat mental serta penyandang cacat fisik dan mental. Dalam Pasal 1 ayat (9) dinyatakan bahwa perlindungan penyandang cacat adalah upaya penghormatan dan pemenuhan kesamaan kesempatan bagi penyandang cacat yang

meliputi kegiatan aksesibilitas, rehabilitasi, bantuan sosial dan pemeliharaan peningkatan taraf kesejahteraan sosial. Selanjutnya dalam ayat (11) dinyatakan bahwa Kesamaan Kesempatan adalah peluang yang diberikan kepada penyandang cacat untuk mendapatkan kesempatan yang sama dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan. Ayat (16) menegaskan bahwa Rehabilitasi Pendidikan adalah kegiatan pelayanan pendidikan secara utuh dan terpadu melalui proses belajar mengajar agar penyandang cacat dapat mengikuti pendidikan secara optimal sesuai bakat, minat dan kemampuannya. Ayat (17) menyatakan bahwa Rehabilitasi Pelatihan adalah kegiatan pelayanan pelatihan secara utuh dan terpadu, agar penyandang cacat dapat memiliki keterampilan kerja sesuai dengan bakat, minat dan kemampuannya.

Dalam Perda Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2006 Pasal 3 dinyatakan bahwa penyelenggaraam perlindungan penyandang cacat bertujuan untuk mewujudkan kemandirian dan kesejahteraan penyandang cacat dengan memberikan penghormatan dan kesamaan kedudukan, hak, kewajiban dan peran penyandang cacat dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan. Pada Pasal 5 diterangkan bahwa setiap penyandang cacat mempunyai kesamaan kesempatan dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan. Pasal 6 ayat (1) menyatakan bahwa kesamaan kesempatan sebagaimana dimaksud pada Pasal 5, diarahkan untuk mewujudkan kesamaan kedudukan, hak, kewajiban, dan peran penyandang cacat agar dapat berintegrasi secara proporsional, fungsional dan wajar dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan. Kesamaan kesempatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan melalui pendidikan, kesempatan kerja dan kehidupan sosial. Pada Pasal 7 ditegaskan bahwa setiap penyandang cacat memiliki kesempatan dan perlakuan yang sama untuk memperoleh pendidikan pada satuan, jalur, jenis dan jenjang pendidikan sesuai dengan jenis dan derajat kecacatannya, termasuk yang berkebutuhan khusus. Pasal 8 ayat (1) setiap penyelenggara pendidikan berkewajiban untuk memberikan kesempatan dan perlakuan yang sama kepada penyandang cacat untuk memperoleh pendidikan.

Dari uraian diatas dapatlah kiranya dikemukakan bahwa setidak-tidaknya terdapat empat Undang-Undang dan satu Peraturan Daerah yang menjadi dasar hukum hak pendidikan penyandang cacat atau ketunaan. Dengan kata lain, secara yuridis formal hak pendidikan penyandang cacat /disabilitas memiliki landasan hukum yang sangat kuat. Selanjutnya berdasarkan UU dan Perda tersebut pemerintah dan masyarakat berkewajiban memenuhi hak-hak penyandang cacat seperti pendidikan, dan pekerjaan yang layak, rehabilitasi, bantuan sosial dan sebagainya.

Selain dari beberapa perundangan dan peraturan yang dikemukakan di atas, masih ada kebijakan-kebijakan lainnya yang berhubungan dengan layanan pendidikan bagi anak-anak dengan kebutuhan pendidikan khusus, salah satunya adalah kebijakan yang dikeluarkan oleh Direktorat Pembinaan Sekolah Luar Biasa yang dituangkan dalam bentuk visi dan misi sebagai berikut:

- Visi: Terwujudnya pelayanan yang optimal bagi anak berkebutuhan khusus sehingga dapat mandiri dan berperan serta dalam kehidupan bermasyarakat dan berbangsa.
- Misi: Memperluas kesempatan bagi semua anak berkebutuhan khusus melalui program segregasi, terpadu dan inklusi, meningkatkan mutu dan relevansi pendidikan luar biasa dalam hal pengetahuan, pengalaman, atau ketrampilan yang memadai, meningkatkan kemampuan manajerial para pengelola, pembina, pengawas, guru, dan tenaga pendidikan lainnya, memperluas jejaring (*network*) dalam upaya mengembangkan dan mensosialisasikan pendidikan luar biasa (Dit. PSLB, 2006).

Berbagai kebijakan yang berhubungan dengan layanan pendidikan bagi anak berkebutuhan pendidikan khusus tidak hanya yang bersifat regional dan nasional, tetapi juga yang bersifat internasional. Beberapa diantaranya adalah:

- (1) 1948 Deklarasi tentang Hak Azasi Manusia, termasuk di dalamnya hak pendidikan dan partisipasi penuh bagi semua orang,

- (2) 1989 Konvensi tentang Hak Anak (PBB, dipublikasikan tahun 1991),
- (3) 1990 Pendidikan untuk Semua: Konferensi dunia tentang Pendidikan untuk Semua di Jomtien, Thailand yang menyatakan bahwa (1) memberi kesempatan kepada semua anak untuk sekolah, dan (2) memberikan pendidikan yang sesuai bagi semua anak. Dalam kenyataannya pernyataan tersebut belum termasuk di dalamnya anak luar biasa (UNESCO, dipublikasikan tahun 1991 dan 1992),
- (4) 1993 Peraturan Standar tentang Kesamaan Kesempatan untuk Orang-orang penyandang cacat (PBB, dipublikasikan tahun 1994),
- (5) 1994 Pernyataan Salamanca tentang Pendidikan Inklusif (UNESCO, dipublikasikan tahun 1994, laporan terakhir tahun 1995),
- (6) 2000 Kesepakatan Dakar tentang Pendidikan untuk Semua (UNESCO).

Pada bulan Oktober 2002 kelompok kerja Asia dan Pasifik meluncurkan Aksi Biwako Millenium Framework (BMF) sebagai kerangka kerja regional untuk panduan negara-negara di Asia Timur dan Pasifik yang dalam pelaksanaannya diperluas menjadi Asia Pasifik untuk 10 tahun yang akan datang. BMF mengidentifikasi tujuh prioritas sebagai berikut: (1) Organisasi swadaya penyandang cacat dan asosiasi keluarga dan orang tua; (2) Perempuan penyandang cacat; (3) Deteksi dini, intervensi dini, dan pendidikan; (4) Pelatihan dan penempatan kerja, termasuk wirausaha; (5) Akses dalam lingkungan dan transportasi; (6) Akses dalam informasi dan komunikasi, termasuk teknologi informasi, komunikasi dan alat bantu, serta (7) Mengurangi kemiskinan melalui *Capacity-Building*, keamanan sosial, dan program kehidupan berkelanjutan (Takamine, Y., 2004)

4.2 Pendidikan

Meskipun dalam dunia akademis, orang acap kali mengartikan dan memaknai pendidikan dalam pengertian yang berbeda-beda, tergantung dari sudut pandang dan teori mana yang dianutnya, namun dalam konteks kebijakan nasional seharusnya pendidikan dirumuskan dengan jelas dan mudah dipahami oleh semua pihak yang bersangkutan dengan dunia pendidikan, sehingga dapat diimplementasikan secara tepat dan benar.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional pada Bab I Pasal 1 ayat (1) Pendidikan didefinisikan sebagai usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan Negara.

Dari definisi tersebut, setidaknya-tidaknya ada tiga pokok pikiran utama yang terkandung di dalamnya yaitu pertama, usaha sadar dan terencana, kedua, mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik aktif mengembangkan dirinya, ketiga, memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlaqul karimah, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan Negara. Secara demikian pendidikan di Indonesia mengandung tujuan yang berdimensi ke Tuhan-an, pribadi, dan sosial. Hal ini mengandung makna bahwa pendidikan Indonesia yang diinginkan bukanlah pendidikan yang sekuler, bukan pendidikan yang individualis, dan juga bukan pendidikan sosialistik, melainkan pendidikan yang mencari keseimbangan diantara ketiga dimensi tersebut¹.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 Pasal 1 ayat (4) disebutkan bahwa yang dimaksud peserta didik adalah anggota

¹ <http://ahmadsudrajat.wordpress.com/2010/12/04/definisi-pendidikan->

masyarakat yang berusaha mengembangkan potensi diri melalui proses pembelajaran yang tersedia pada jalur, jenjang, dan jenis pendidikan tertentu. Jalur pendidikan adalah wahana yang dilalui peserta didik untuk mengembangkan potensi diri dalam suatu proses pendidikan yang sesuai dengan tujuan pendidikan pada Pasal 1 ayat (7). Jenjang pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai, dan kemampuan yang dikembangkan (Pasal 1 ayat (8)). Jenis pendidikan adalah kelompok yang didasarkan pada kekhususan tujuan suatu satuan pendidikan (Pasal 1 ayat (9)). Satuan pendidikan adalah kelompok layanan pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan pada jalur formal, non formal, dan informal pada setiap jenjang dan jenis pendidikan.

Pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan anak usia dini, pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Satuan penyelenggara pendidikan ini adalah Taman Kanak-kanak (TK), Radhadul Atfal (RA) atau yang sederajat; Sekolah Dasar (SD) atau Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau yang sederajat; Sekolah Menengah Pertama (SMP), Madrasah Tsanawiyah (MTs) dan yang sederajat; Sekolah Menengah Atas (SMA) dan Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) dan Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK) atau yang sederajat; Perguruan Tinggi yang terdiri dari Akademi, Politeknik, Sekolah Tinggi, Institut dan Universitas. Pendidikan formal terdiri dari pendidikan formal berstatus negeri dan pendidikan formal berstatus swasta.

Pendidikan nonformal, adalah jalur pendidikan diluar pendidikan formal yang dapat diselenggarakan secara terstruktur dan berjenjang. Hasil pendidikan nonformal dapat dihargai setara dengan hasil pendidikan formal setelah melalui proses penilaian penyetaraan oleh lembaga yang ditunjuk oleh Pemerintah atau pemerintah Daerah dengan mengacu pada standard nasional pendidikan. Pendidikan nonformal diselenggarakan bagi warga masyarakat yang memerlukan layanan pendidikan yang berfungsi sebagai pengganti, penambah, dan

/atau pelengkap pendidikan formal dalam rangka mendukung pendidikan seumur hidup atau sepanjang hayat. Fungsi pendidikan nonformal ini untuk mengembangkan potensi peserta didik dengan penekanan pada penguasaan pengetahuan dan keterampilan, fungsional serta pengembangan sikap dan kepribadian profesional. Adapun jenis pendidikan nonformal ini meliputi pendidikan kecakapan hidup, Pendidikan Anak Usia Dini, Pendidikan Kepemudaan, Pendidikan pemberdayaan perempuan, Pendidikan Keaksaraan, pendidikan Keterampilan dan Pelatihan Kerja. Pendidikan kesetaraan melalui Paket A, B dan C, serta pendidikan lain yang ditujukan untuk mengembangkan kemampuan peserta didik, seperti Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM), lembaga kursus, lembaga pelatihan, kelompok belajar (kejar), majlis taklim, dan sebagainya. Pendidikan nonformal ini diselenggarakan oleh unit penyelenggara yakni; Kelompok Bermain (KB), Taman Penitipan Anak (TPA), Lembaga Kursus, Sanggar, Lembaga Pelatihan, Kelompok Belajar, Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM) dan Majelis Taklim.

Pendidikan informal adalah jalur pendidikan keluarga dan lingkungan yang berbentuk kegiatan belajar secara mandiri. Hasil pendidikan informal diakui sama dengan pendidikan formal dan nonformal setelah peserta didik lulus ujian sesuai dengan standar nasional pendidikan. Pendidikan informal ini diselenggarakan oleh keluarga dan lingkungan.

4.3 Pendidikan Bagi Penyandang Cacat/Disabilitas

Sebagaimana tertuang dalam Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1989 bahwa warga negara yang memiliki kelainan fisik dan atau mental berhak memperoleh pendidikan luar biasa. UU ini diperkuat lagi dengan dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dimana dalam Pasal 5 ayat (2) ditegaskan bahwa warga Negara yang memiliki kelainan fisik, emosional, mental, intelektual, dan /atau sosial berhak memperoleh pendidikan khusus. Selanjutnya dalam pasal 15 dijelaskan bahwa pendidikan khusus merupakan penyelenggaraan pendidikan untuk

peserta didik yang memiliki tingkat kesulitan dalam mengikuti proses pembelajaran karena kelainan fisik, emosional, mental sosial dan/ atau memiliki potensi kecerdasan dan bakat istimewa. Dalam pelaksanaannya layanan pendidikan luar biasa atau pendidikan khusus ini diatur melalui pasal-pasal yang tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1991. Pada Bab I Pasal 1 dinyatakan bahwa yang dimaksud dengan:

- (1) Pendidikan luar biasa adalah pendidikan yang khusus diselenggarakan bagi peserta didik yang menyandang kelainan fisik dan/atau mental,
- (2) Satuan pendidikan luar biasa adalah sekolah yang menyelenggarakan pendidikan luar biasa,
- (3) Rehabilitasi adalah upaya bantuan medik, sosial, pendidikan dan keterampilan yang terkoordinasi untuk melatih peserta didik yang menyandang kelainan agar dapat mencapai kemampuan fungsionalnya setinggi mungkin,
- (4) Anak didik adalah peserta didik pada Taman Kanak-kanak Luar Biasa,
- (5) Siswa adalah peserta didik pada Sekolah Dasar Luar Biasa, Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama Luar Biasa, dan Sekolah Menengah Luar Biasa.

Bab II Pasal 2 disebutkan bahwa Pendidikan luar biasa bertujuan membantu peserta didik yang menyandang kelainan fisik dan/atau mental agar mampu mengembangkan sikap, pengetahuan dan keterampilan sebagai pribadi maupun anggota masyarakat dalam mengadakan hubungan timbal-balik dengan lingkungan sosial, budaya dan alam sekitar serta dapat mengembangkan kemampuan dalam dunia kerja atau mengikuti pendidikan lanjutan. Pada Bab III Pasal 3 dijelaskan tentang jenis kelainan peserta didik yang terdiri atas kelainan fisik dan/atau mental dan/atau kelainan perilaku. Kelainan fisik meliputi; A. tuna netra; B. tuna rungu; C. tuna daksa. Adapun kelainan mental meliputi: tuna grahita ringan, tuna grahita sedang dan kelainan perilaku meliputi tuna laras. Kelainan peserta didik dapat juga berwujud sebagai kelainan ganda.

Dalam Pasal 4 dijelaskan bahwa bentuk satuan pendidikan terdiri dari: Sekolah Dasar Luar Biasa (SDLB), Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama Luar Biasa (SLTPLB), Sekolah Menengah Luar Biasa (SMLB) dan bentuk lain yang ditetapkan oleh Menteri. Adapun lama pendidikan sebagaimana diatur dalam Pasal 5 adalah pada tingkat yang dimulai dari Sekolah Dasar Luar Biasa sekurang-kurangnya enam tahun, Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama Luar Biasa sekurang-kurangnya tiga tahun dan Sekolah Menengah Luar Biasa sekurang-kurangnya tiga tahun.

Selanjutnya pada Pasal 6 diterangkan tentang pendidikan prasekolah dimana satuan pendidikan luarbiasanya dapat diselenggarakan dalam Taman Kanak-kanak Luar Biasa, dan lama pendidikan Taman Kanak-kanak Luar Biasa satu sampai tiga tahun. Untuk mendirikan satuan pendidikan luar biasa telah ditentukan atau diatur sebagaimana tertuang dalam Pasal 7 yang menerangkan dalam ayat (1) bahwa pendirian satuan pendidikan luar biasa yang diselenggarakan oleh Pemerintah atau masyarakat harus memenuhi persyaratan:

- (1) Sekurang-kurangnya lima orang peserta didik,
- (2) Tenaga kependidikan terdiri atas sekurang-kurangnya seorang guru kelas, dan seorang tenaga ahli;
- (3) Kurikulum didasarkan atas kurikulum nasional yang ditetapkan oleh menteri;
- (4) Sumber dana tetap yang menjamin kelangsungan penyelenggaraan pendidikan dan tidak akan merugikan siswa;
- (5) Program rehabilitasi;
- (6) Tempat belajar dan ruang rehabilitasi;
- (7) Buku pelajaran dan peralatan pendidikan khusus;
- (8) Buku pedoman guru; dan
- (9) Peralatan rehabilitasi.

Ayat (2) menyatakan pendirian satuan pendidikan luar biasa yang diselenggarakan oleh masyarakat selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) harus pula memenuhi

persyaratan penyelenggaranya berbentuk yayasan. Sedangkan ayat (3) pasal ini menegaskan bahwa pelaksanaan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) diatur oleh Menteri.

Pasal 8 menerangkan bahwa:

- (1) Tata cara pendirian satuan pendidikan luar biasa yang diselenggarakan oleh Pemerintah atau masyarakat meliputi: pengajuan permohonan pendirian kepada Menteri yang disertai persyaratan pendirian, penelaahan terhadap permohonan tersebut pada butir 1; dan penetapan pendirian.
- (2) Pelaksanaan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diatur oleh Menteri.

Dalam Pasal 9 ayat (1) ditegaskan bahwa satuan pendidikan luar biasa menyelenggarakan kegiatan belajar-mengajar berdasarkan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) yang menyatakan bahwa untuk membantu penyelenggaraan kegiatan pendidikan, pada setiap satuan pendidikan luar biasa dapat dibentuk kelompok ahli untuk membantu setiap penyelenggaraan pendidikan. Ayat (3) menyatakan bahwa pembentukan, susunan, tugas, dan fungsi serta pembinaan kelompok ahli sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) diatur oleh Menteri. Dengan demikian dapat diasumsikan bahwa TKLB, SDLB, SLTPLB, dan SMLB terdiri dari berbagai jenis yang sesuai dengan kelainan masing-masing. Hal tersebut dimaksudkan untuk memudahkan program pembelajaran. Jenis-jenis satuan pendidikan luar biasa yang dimaksud, terdiri dari: SLB A,B,C,D,E, dan G. Adapun banyaknya siswa dalam satu kelas dibatasi antara 5 sampai 10 siswa. Kelas yang kecil jumlahnya dikarenakan setiap siswa memerlukan program perorangan selain program bersama.

Pendidikan Luar Biasa ini (TKLB, SDLB, SLTPLB, dan SMLB) dalam pelaksanaannya terbagi atas dua jenis sesuai dengan kebutuhan dan kondisi peserta didik yaitu Sekolah Khusus Harian atau *Special Day School* dan Sekolah Khusus Berasrama atau *Residential School*. Sekolah Khusus Harian (*Special Day School*), yaitu Sekolah Luar Biasa (TKLB, SDLB, SLTPLB, dan SMALB) yang dikunjungi

anak setiap hari dari rumahnya masing-masing selama jam sekolah penuh. Biasanya Sekolah Luar Biasa (SLB) ini hanya menerima satu jenis kelainan dan semua program dikembangkan oleh SLB yang bersangkutan. Adapun Sekolah Khusus Berasrama (*Residential School*) yaitu sekolah yang menampung anak-anak terpisah selama 24 jam sehari dari lingkungan normal. Sistem lembaga ini merupakan sistem lembaga yang tertua dari lembaga-lembaga pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus (ABK). Sebagai contoh pada tanggal 3 Januari 1930, Perkumpulan Penyelenggaraan Pengajaran kepada anak-anak Tuli Bisu di Indonesia didirikan atas inisiatif Ny. CM Roelfsema Wesselink, isteri dokter H.L. Roelfsema, seorang ahli THT di Indonesia, yang pada waktu itu di kediaman beliau Jln. Riau No 20 Bandung didirikan sekolah dan asrama yang pertama dengan jumlah murid 6 orang. Kemudian pindah ke Oude Hosfitalweg Nomor 27 Bandung, tidak lama kemudian didatangkan dua orang guru ahli dari Nederland yaitu DW. Bloemink dan E. Gudberg. DW. Bloemink diangkat menjadi Direktur.

Pada tanggal 6 Mei 1933 mulai dibangun gedung sekolah dan asrama di atas sebidang tanah di desa Cicendo, distrik Bandung, Kabupaten Bandung, Karisidenan Priangan. Pembangunan gedung sekolah dan asrama ini selesai pada tanggal 18 Desember 1933, dan secara resmi dibuka, dengan jumlah murid 26 orang, namun tidak semua murid tinggal di asrama, ada 6 orang yang tinggal di luar asrama. Pada tahun 1942–1945 gedung sekolah dan asrama dipergunakan oleh tentara Jepang selama pendudukan Jepang di Indonesia, Setelah Jepang hengkang dari Indonesia, gedung sekolah dan asrama itu dipergunakan untuk klinik bersalin selama kurang lebih empat tahun. Kemudian pada tanggal 1 Juni 1949 gedung sekolah dan asrama tersebut dikembalikan ke Perkumpulan, sehingga gedung sekolah dan asrama difungsikan kembali sebagaimana mestinya dan kemudian Kementerian Pendidikan dan Pengajaran mendatangkan guru ahli dari Nederland yaitu Jivan Dooran dan disusul oleh Mr. Van Derbeek. Pada tahun 1950 Mr. Van Derbeek diangkat menjadi Direktur Lembaga Pendidikan Anak Tuli Bisu. Pada sekitar tahun 1952 lembaga

ini diresmikan sebagai Sekolah akyat Latihan Luar Biasa. Kemudian pada tahun 1954 Departemen Pendidikan menetapkan lembaga pendidikan untuk para penyandang cacat di Indonesia dinamakan Sekolah Luar Biasa (SLB). SLB B Cicendo Bandung berstatus swasta, yang dimiliki oleh Perkumpulan Penyelenggara Pengajaran Anak Tuna Rungu (P3ATR) yang ditetapkan oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan menjadi Sekolah Guru Pendidikan Luar Biasa (SGPLB). Setelah Mr. Van Derbeek pulang ke negeri Belanda, yang emnjadi Kepala Sekolah adalah Saleh Bratawijaya BA. Pada zaman Belanda kepengurusan P3ATR diketuai oleh Gubernur Jenderal Belanda, dan setelah P3ATR diserahkan ke Republik Indonesia, yang menjadi ketua/Direktur P3ATR adalah Gubernur Jawa Barat yaitu R. Moch. Sanusi Hardja Dinata, dan secara tradisi diteruskan oleh Gubernur Jawa Barat sesudahnya, hingga ketika Solihin GP, menjadi Gubernur Jawa Barat, tradisi tersebut berubah sebab Solihin GP tidak mau menjadi Ketua/Direktur, beliau menunjuk Direktur Taksi 4848, Irawan Sarpingi sebagai ketua P3ATR. Kemudian ketika Aang Kunaefi menggantikan Solihin GP sebagai Gubernur Jawa Barat, mengangkat Ir. Encon Padmakusuma menjadi ketua P3ATR. Kemudian terjadi perubahan nama SLB B P3ATR menjadi YP3ATR ketika Gubernur Jawa Barat dijabat oleh Yogi S.M. dan ketua P3ATR adalah RH. Gartina Dindadipura SH. Adapun Kepala SLB Cicendo sejak September 2003 sampai sekarang adalah Priyono, SPd yng menggantikan Dra. Kartika. Status SLB B Cicendo dari swasta menjadi negeri telah diresmikan oleh Gubernur Jawa Barat pada tanggal 26 Februari 2009.²

Dewasa ini sekolah khusus berasrama digunakan hanya bagi anak-anak berkelainan yang berat. Anak-anak ini dapat mengunjungi keluarganya pada saat libur, juga keluarga mereka dapat berkunjung pada waktu-waktu tertentu, terutama waktu libur. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 1991, jenjang dan lama pendidikan dalam satuan Pendidikan Luar Biasa (PLB) sama dengan

² Profil Sekolah Luar Biasa Negeri Cicendo Kota Bandung, *special school for the deaf*, 2010.

sekolah biasa. Kurikulum yang dipakai, juga kurikulum biasa dengan penyesuaian keterbatasan dan tingkat kelainan yang dimiliki anak atau peserta didik. Kurikulum yang digunakan di SLB yaitu kurikulum SLB tahun 1984 yang telah dibakukan dengan surat keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan. Sesuai dengan tuntutan masyarakat, perubahan kurikulum telah terjadi beberapa kali yang akhirnya memunculkan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.

Implementasi Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dijabarkan ke dalam sejumlah peraturan antara lain PP Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional pendidikan. Peraturan Pemerintah (PP) ini memberikan arahan tentang perlunya disusun dan dilaksanakan delapan standar nasional pendidikan, yaitu: standar isi, standar proses, standar kompetensi lulusan, standar pendidik dan tenaga kependidikan, standar sarana dan prasarana, standar pengelolaan, standar pembiayaan, dan standar penilaian pendidikan. Pada tanggal 23 Mei 2006, menteri Pendidikan Nasional menetapkan Peraturan Menteri Pendidikan Nasional tentang Standar Isi (SI) Nomor 22 Tahun 2006 dan Standar Kompetensi Lulusan (SKL) Nomor 23 Tahun 2006 untuk Satuan Pendidikan Dasar dan Menengah. Kurikulum ini dikenal dengan Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan Dasar dan Menengah (KTSP).

Untuk memenuhi tuntutan kebutuhan bagi pendidikan khusus, dikeluarkanlah Struktur Kurikulum Satuan Pendidikan Khusus, yang dikembangkan dengan memperhatikan factor-faktor sebagai berikut: Kurikulum untuk peserta didik berkelainan tanpa disertai dengan kemampuan intelektual di bawah rata-rata, adalah menggunakan sebutan kurikulum SDLBA, B, D, E; SMPLBA, B, D, E; dan SMALBA, B, D, E (A=Tunanetra, B =Tunarungu, D=Tunadaksa ringan, E=Tunalaras). Kurikulum untuk peserta didik berkelainan yang disertai dengan kemampuan intelektual di bawah rata-rata, menggunakan sebutan Kurikulum SDLBC, C1, D1, G; SMPBC, C1, D1, G; SMALBC, C1, D1, G; (C=Tunagrahita ringan, C1=Tunagrahita sedang, dan D1=Tunadaksa sedang, G=Tunaganda). Kurikulum satuan

pendidikan SDLB A, B, D, E, relative sama dengan kurikulum SD umum. Pada satuan pendidikan SMPLB A, B, D, E dan SMALB A, B, D, E dirancang untuk peserta didik yang tidak memungkinkan dan/atau tidak berkeinginan untuk melanjutkan pendidikan sampai ke jenjang pendidikan tinggi.

Dalam pada itu, proporsi muatan isi kurikulum satuan pendidikan SMPLB A, B, D, E, terdiri atas 60%/70% aspek akademik dan 40%/30% berisi aspek keterampilan. Adapun muatan isi kurikulum satuan pendidikan SMALB A, B, D, E terdiri atas 40%/50% aspek akademik dan 60%/50% aspek keterampilan vokasional. Kurikulum satuan pendidikan SDLB, SMPLB, SMALB C, C1, D1, dan G, dirancang sangat sederhana sesuai dengan batas-batas kemampuan peserta didik dan sifatnya lebih individual. Pembelajaran untuk satuan pendidikan SDLB, SMPLB, dan SMALB C, C1, D1, dan G, menggunakan pendekatan tematik.

Standar kompetensi (SK) dan kompetensi dasar (KD) mata pelajaran umum SDLB, SMPLB, SMALB A, B, D, dan E mengacu kepada SK dan KD sekolah umum yang disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan khusus peserta didik, dikembangkan oleh BNSP, sedangkan SK dan KD untuk mata pelajaran program khusus, dan keterampilan dikembangkan oleh satuan pendidikan khusus dengan memperhatikan jenjang dan jenis satuan pendidikan. Pengembangan SK dan KD untuk semua mata pelajaran pada SDLB, SMPLB, dan SMALB C, C1, D1, G diserahkan kepada satuan pendidikan khusus yang bersangkutan dengan mempertimbangkan tingkat dan jenis satuan pendidikan. Struktur kurikulum pada satuan pendidikan khusus SDLB dan SMPLB mengacu pada struktur kurikulum SD dan SMP dengan penambahan program khusus sesuai jenis kelainan, dengan alokasi waktu 2 jam per minggu. Sedangkan untuk jenjang SMALB, program khusus bersifat kasuistik sesuai dengan kondisi dan kebutuhan peserta didik tertentu dan tidak dihitung sebagai beban belajar. Program khusus sesuai jenis kelainan peserta didik meliputi sebagai berikut;

- (a) Orientasi dan Mobilitas untuk peserta didik Tunanetra.
- (b) Bina Komunikasi, Persepsi Bunyi dan Irama untuk peserta didik Tunarungu.
- (c) Bina Diri untuk peserta didik Tunagrahita Ringan dan Sedang.
- (d) Bina Gerak untuk peserta didik Tunadaksa Ringan.
- (e) Bina Pribadi dan Sosial untuk peserta didik tunalaras.
- (f) Bina Diri dan Bina Gerak untuk peserta didik Tunadaksa Sedang dan Tunaganda.

Adapun untuk kegiatan pembelajaran dapat dilakukan secara perorangan atau individual, kelompok, dan klasikal. Sistem pengajarannya mengarah pada individualisasi pengajaran (*individualized instruction*). Sebelum individualisasi pengajaran dilaksanakan, terlebih dahulu dibuat rencana pengajaran yang diindividualisasikan (*Individualized Education Plan*). Rencana pengajaran yang diindividualisasikan harus memuat tujuan pembelajaran baik tujuan jangka pendek maupun jangka panjang. Selain berisi tujuan, rencana program harus memuat prosedur dan layanan khusus yang disediakan bagi anak, disamping evaluasi keberhasilan program. Program ini dikembangkan dan diperbaharui setiap tahun. Rencana program dibuat oleh team multidisiplin. Para professional yang terlibat selain ortopedagog adalah; psikolog, pediatri, optalmolog, neurolog, fisiatri, ortopedis, occupational therapist, ahli terapi bicara, dan psikiater anak. Sebelum IEP dibuat, terlebih dahulu dilakukan *assessmen* yang lengkap berkaitan dengan pendidikan.

Assessmen tersebut berkaitan dengan tingkat kemampuan kognitif (IQ), emosi, dan adaptasi sosial bagi semua anak. Selain daripada itu, *assessmen* terhadap hal lain masih diperlukan, sesuai dengan hambatan anak. Sebagai contoh, *assessmen* untuk anak tunadaksa dilakukan untuk melihat kemampuan fisik dan motoriknya. Untuk anak tunanetra, selain hal yang umum juga yang khusus berkaitan dengan sisa penglihatannya. Demikian pula halnya dengan anak tunarungu, hal yang ingin diketahui berkaitan dengan kemampuan mendengarnya. Hal yang sama juga dilakukan terhadap mereka dengan

kelainan yang lain. Berkaitan dengan lingkungan belajar, walaupun layanan ini sifatnya segregasi atau luar biasa, namun telah menjadi bahan pemikiran bahwa lingkungan yang terbatas harus diminimalisir (*least restrictive environment*). Hal ini mengandung pengertian bahwa, jika anak mampu menerima program pembelajaran pada kelas biasa secara efektif maka anak harus ditempatkan di kelas biasa.

Secara spesifik lingkungan belajar yang dimaksud dapat dilihat pada *cascade* berikut: Jumlah anak atau *Number of Children, Regular classroom, Teacher consultant, Itinerant teacher, Resource room, Special class, Special school, Residential institution*. Dengan memperhatikan *cascade* tersebut maka jelaslah bahwa populasi yang paling sedikit ditempati oleh anak-anak yang memiliki kelainan berat. Kondisi anak yang berkelainan beratlah yang ada di sekolah khusus berasrama.

Dengan kondisi sekolah khusus dan berasrama maka lingkungan belajarnya menjadi terbatas. Bagi anak-anak yang memiliki kelainan sedang, populasinya lebih banyak bila dibandingkan dengan anak berkelainan berat. Mereka ditempatkan di sekolah khusus dengan tidak diasramakan. Secara demikian, lingkungan belajar mereka tidak hanya terbatas pada lingkungan sekolah dan asrama saja, tetapi dengan lingkungan masyarakat sekitar anak berada. Populasi yang terbanyak diduduki oleh anak-anak dengan kelainan yang ringan, mereka bisa sekolah di sekolah biasa dengan kelas khusus. Dengan adanya kelas khusus di sekolah biasa maka lingkungan belajar anak menjadi lebih luas. Variasi pergaulan sosial menjadi lebih beragam, baik dengan teman kelas khususnya atau dengan teman satu sekolahnya ditambah dengan pergaulan lingkungan masyarakat sekitar tempat tinggal anak. Dengan kata lain dapat dinyatakan bahwa, semakin ringan kelainan anak, maka semakin besar kemungkinan anak bersekolah di sekolah biasa dengan guru pembimbing khusus. Guru pembimbing khusus bisa yang menetap, atau yang tidak tetap (berkeliling) dari satu sekolah ke sekolah yang lain.

4.4 Tingkat Pendidikan Penyandang Cacat/Disabilitas

Jumlah penyandang cacat yang Tidak Sekolah atau Tidak Tamat SD lebih besar dibanding yang bersekolah. Perbandingannya adalah 59,8% yang tidak sekolah/tidak tamat SD dan 40,2% yang bersekolah. Presentase ijazah yang dimiliki Penyandang cacat yang bersekolah adalah 70,52% berijazah SD, 16,28% berijazah SLTP; 11,60% berijazah SLTA; 0,57% berijazah D3/Sarjana Muda; 0,95% berijazah D4/S1; dan 0,04 berijazah S2/S3.

Berdasarkan data Kementerian Sosial jumlah Penyandang Cacat Provinsi Jawa Barat menurut tingkat pendidikannya pada tahun 2009 adalah Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD sebanyak 90.722 orang; SD sebesar 49.799 orang; SLTP sekitar 7.315 orang dan SLTA 3 berjumlah 3.656 orang. Adapun untuk tingkat pendidikan Akademi/Perguruan Tinggi data dari Kementerian Sosial, tidak menyebutkan jumlahnya.

Sejarah perkembangan pendidikan luar biasa di Indonesia, diawali ketika Belanda masuk ke Indonesia (1596-1942), mereka memperkenalkan sistem persekolahan dengan orientasi Barat. Untuk pendidikan bagi anak-anak penyandang cacat dibuka lembaga-lembaga khusus. Lembaga pertama untuk pendidikan anak tunanetra dibuka pada tahun 1901, untuk anak tunagrahita tahun 1927, dan untuk anak tunarungu tahun 1930, ketiganya di Bandung. Tujuh tahun setelah proklamasi kemerdekaan, pemerintah Republik Indonesia mengundang undang-undang yang pertama mengenai pendidikan bagi anak-anak yang mempunyai kelainan fisik dan/atau mental, undang-undang itu menyebutkan: Pendidikan dan pengajaran luar biasa diberikan secara khusus bagi mereka yang membutuhkan (pasal 6 ayat 2) dan untuk itu anak-anak tersebut terkena pasal 8 yang mengatakan: semua anak-anak yang sudah berumur 6 tahun berhak dan yang sudah berumur 8 tahun diwajibkan belajar di sekolah sekurang-kurangnya 6 tahun. Dengan diberlakukannya undang-undang tersebut maka dibukalah sekolah-sekolah baru yang khusus bagi anak penyandang

cacat, termasuk untuk anak tunadaksa dan tunalaras. Sekolah-sekolah ini disebut sekolah luar biasa (SLB).

Secara historis, berdasarkan urutan sejarah berdirinya SLB pertama untuk masing-masing kategori kecacatan, SLB-SLB itu dikelompokkan menjadi: (1) SLB bagian A untuk anak tunanetra; (2) SLB bagian B untuk anak tunarungu; (3) SLB bagian C untuk anak tunagrahita; (4) SLB bagian D untuk anak tunadaksa; (5) SLB bagian E untuk anak tunalaras, dan (6) SLB bagian G untuk anak cacat ganda. Eko (2006) mengemukakan bahwa dari jumlah keseluruhan 1.48 juta yang dikategorikan berkelainan, 21.42% merupakan anak-anak usia sekolah. Meskipun demikian, hanya 25% atau 79.061 anak yang sekarang ini berada di sekolah luar biasa. Beberapa sekolah luar biasa yang mengakomodasi berbagai jenis kelainan dibangun untuk menuntaskan wajib belajar 9 tahun. Selain itu dilakukan juga berbagai upaya, salah satunya adalah sosialisasi dan implementasi pendidikan inklusif.

Konsep pendidikan terpadu diperkenalkan di Indonesia pada tahun 1978 oleh Helen Keller International, Inc. Ketika itu HKI membantu Departemen Pendidikan dan Kebudayaan membuka sekolah terpadu bagi anak tunanetra. Keberhasilan proyek itu menyebabkan dikeluarkannya SK Mendikbud nomor 002/U/1986 tentang Pendidikan Terpadu bagi Anak Cacat, yang pada intinya mengatur bahwa anak penyandang cacat yang memiliki kemampuan dapat diterima bersekolah di sekolah reguler. Sayangnya, setelah proyek pendidikan terpadu itu berakhir, implementasi pendidikan terpadu itu semakin mundur, terutama di tingkat sekolah dasar. Akan tetapi menjelang akhir tahun 90-an muncul upaya baru untuk mengembangkan pendidikan inklusif melalui proyek kerjasama antara Depdiknas dengan pemerintah Norwegia di bawah manajemen Braillo Norway dan Direktorat PLB. Dengan implementasi pendidikan inklusif diharapkan lebih banyak anak berkebutuhan khusus usia sekolah akan mendapatkan kesempatan bersekolah.

Pendidikan guru untuk PLB yang pertama, Sekolah Guru Pendidikan Luar Biasa (SGPLB), didirikan di Bandung pada tahun 1952, dengan lama pendidikan dua tahun. Pada mulanya SGPLB diperuntukkan bagi guru-guru yang sudah berpengalaman mengajar di SD dan berizazah SGB. Dalam perkembangan selanjutnya, input SGPLB adalah tamatan SLTA, dan lulusannya dihargai sejajar dengan sarjana muda. Ketika SGPLB dilikuidasi pada tahun 1994, di seluruh Indonesia terdapat enam SGPLB (Bandung, Yogyakarta, Surabaya, Surakarta, Makasar dan Padang). Likuidasi tersebut dimaksudkan untuk meningkatkan kualifikasi guru PLB menjadi sekurang-kurangnya berizazah S1. Program S1 PLB yang pertama di Indonesia dibuka di IKIP Bandung (sekarang UPI) pada tahun 1964. Beberapa tahun kemudian beberapa IKIP dan perguruan tinggi lain juga membuka jurusan PLB. Kini sembilan universitas di Jawa, Sumatera dan Sulawesi, memiliki jurusan PLB.

Pada tahun 1996 UPI membuka konsentrasi Bimbingan Anak Khusus pada program studi Bimbingan dan Penyuluhan di Program Pasca-Sarjana sebagai upaya merintis dibukanya program studi PLB pada jenjang S2. Pada tahun 2004 program studi ini menjadi mandiri dengan nama Program Studi Inklusi dan Pendidikan Kebutuhan Khusus.

4.5 Pengertian Pendidikan Inklusi

Ada beberapa pengertian mengenai pendidikan inklusi, diantaranya adalah pendidikan inklusi merupakan sebuah pendekatan yang berusaha mentransformasi sistem pendidikan dengan meniadakan hambatan-hambatan yang dapat menghalangi setiap siswa untuk berpartisipasi penuh dalam pendidikan. Hambatan yang ada bisa terkait dengan masalah etnik, gender, status sosial, kemiskinan dan lain-lain. Dengan kata lain pendidikan inklusi adalah pelayanan pendidikan anak berkebutuhan khusus yang dididik bersama-sama anak lainnya (normal) untuk mengoptimalkan potensi yang dimilikinya. Ada juga yang memaknai pendidikan inklusi sebagai model Penyelenggaraan Program Pendidikan bagi anak berkelainan atau cacat dimana

penyelenggaraannya dipadukan bersama anak normal dan tempatnya di sekolah umum dengan menggunakan kurikulum yang berlaku di lembaga bersangkutan. Dalam sebuah konferensi tingkat menteri pendidikan negara-negara Afrika (MINEDAF VIII), mereka mendefinisikan pendidikan inklusi adalah sebuah sistem pendidikan dimana anak berkebutuhan khusus dapat belajar di sekolah umum yang ada di lingkungan mereka dan sekolah tersebut dilengkapi dengan layanan pendukung serta pendidikan yang disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan anak. Salah satu pendapat yang paling ekstrim di simpulkan oleh M.N.G Mani, Direktur *International Human Resource Development Center* mengatakan bahwa pendidikan inklusi itu merupakan sebuah ideologi dan bukan sebuah program.

Dalam sebuah *concept papernya*, *Save the Children*, United Kingdom menyatakan bahwa tujuan dari pendidikan inklusi itu adalah untuk memastikan bahwa semua anak memiliki akses terhadap pendidikan yang terjangkau, efektif, relevan dan tepat dalam wilayah tempat tinggalnya. Pendidikan ini berawal dari dalam rumah bersama keluarga dan diterapkan juga dalam pendidikan formal, non formal serta semua jenis pendidikan yang berbasis masyarakat. Itulah beberapa definisi dan tujuan dari pendidikan inklusi yang merupakan hal yang baru bagi kita. Dari sini kita bisa melihat bahwa sebenarnya tidak ada perbedaan antara anak cacat (berkebutuhan khusus) dengan anak normal lainnya. Setiap manusia memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing.

Dari pengertian di atas dapat dipahami bahwa pendidikan inklusi merupakan sebuah pendekatan yang berusaha mentransformasi sistem pendidikan dengan meniadakan hambatan-hambatan yang dapat menghalangi setiap siswa untuk berpartisipasi penuh dalam pendidikan. Hambatan yang ada bisa terkait dengan masalah etnik, gender, status sosial, kemiskinan dan lain-lain. Di Indonesia pendidikan inklusi ini masih tergolong baru dan masih banyak juga masyarakat yang belum mengetahuinya.

4.6 Proses Menuju Pendidikan Inklusi

Ada tiga tahap dalam masa transisi yang dialami dalam dunia pendidikan menuju pendidikan yang inklusi. Pertama adalah *segregasi*, dalam tahap segregasi ini sangat jelas terlihat tereklusinya sebuah pendidikan, dimana kurikulum dan sistem pendidikan masih terpisah antara sekolah reguler dan sekolah luar biasa, belum adanya partisipasi dari semua pihak. Dalam tahap ini anak yang berkebutuhan khusus masih sulit untuk memperoleh pendidikan, karena terbatasnya akses untuk mereka, sementara tanggung jawabnya masih pada penyelenggara pendidikan masing-masing. Kedua adalah *integrasi*, dalam tahap ini kurikulum dan sistem pendidikan untuk anak berkebutuhan khusus masih merupakan bagian dari sekolah reguler, belum adanya partisipasi penuh dan guru biasa belum terbiasa beradaptasi dengan anak yang berkebutuhan khusus. Dan tanggung jawabnya masih tergantung pada relasi dan kepedulian masing-masing guru. Tahap yang ketiga adalah *inklusi*, tahap inilah yang akan membawa perubahan-perubahan dalam kesadaran dan sikap, keadaan, metodologi, penggunaan konsep-konsep terkait dan sebagainya.

Dalam tahap ketiga ini kurikulum sudah dirancang sesuai dengan kebutuhan anak dan sistem pendidikannya ada di sekolah umum, dimana pelaksanaan pendidikan, pengelolaan kelas dapat menjamin peningkatan pendidikan dan akses untuk semua anak, termasuk anak berkebutuhan khusus. Dalam tahap ini juga, sebagian besar anak berkebutuhan khusus dapat belajar di sekolah umum dengan akses dan lingkungan yang kondusif. Guru dapat memperkaya wawasan serta meningkatkan kreativitas dalam pengelolaan kelas. Siswa/siswi lain menerima perbedaan yang ada dan memiliki kepekaan sosial yang tinggi serta mampu menjalin persahabatan dengan anak berkebutuhan khusus. Orang tua anak berkebutuhan khusus merasa yakin bahwa anaknya akan mendapatkan pendidikan yang lebih baik. Guru wali kelas, guru bidang studi serta guru pembimbing khusus bertanggung jawab penuh pada kelangsungan proses belajar anak berkebutuhan khusus.

4.7 Landasan Hukum Penyelenggaraan Pendidikan Inklusi

Dalam penyelenggaraan pendidikan inklusi ini sudah ditopang oleh beberapa kebijakan diantaranya adalah: Kebijakan International dan Kebijakan Nasional. Kebijakan internasional mengenai pendidikan inklusi ini adalah 1) Deklarasi Internasional Tentang Hak-Hak Asasi Manusia (Pasal 16) ayat 1 dan 2; 2) Konferensi Jomtien Tahun 1990 tentang pendidikan untuk semua dan penyediaan akses pendidikan dasar bagi semua anak pada tahun 2000; 3) Konferensi Dunia Salamanca Tahun 1994 Tentang pendidikan anak berkebutuhan khusus di mana menghasilkan kerangka kerja mengenai penyediaan akses dan standardisasi kualitas pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus; 4) Konferensi Pendidikan Dunia di Dakar, Senegal Tahun 2000. Adapun Kebijakan Nasional mengenai penyelenggaraan pendidikan inklusi adalah 1) Undang-Undang Dasar 1945, Pembukaan UUD 1945 alenia ke-empat, Pasal 31; 2) Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional No. 20 Tahun 2003, pasal 4 ayat 1, pasal 11 ayat 1 dan pasal 12 ayat 1b; 3) Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 Tentang Standar Pendidikan Nasional, pasal 41; 4) Keputusan Presiden No. 36/1990 tentang Pengesahan dari pengakuan akan hak-hak anak; 5) Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 0306/VI/1995 tentang Pelaksanaan Wajib Belajar Pendidikan Dasar; 6) Surat Edaran No. 380/G.06/MN/2003 dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah, Departemen Pendidikan Nasional tanggal 20 Januari 2003 tentang Pendidikan Inklusi.

4.8 Tahapan-tahapan dalam Pelaksanaan Pendidikan Inklusi

Tahapan-tahapan dalam pendidikan Inklusi antara lain; sosialisasi, persiapan sumber daya (*preparing resources*), dan uji coba (*try out*) metode pembelajaran. Sosialisasi pendidikan inklusi dimaksudkan untuk memberikan gambaran secara umum tentang maksud dan tujuan pendidikan inklusi kepada tenaga pengajar, siswa, dan orang tua. Fungsi sosialisasi sangat penting untuk membangun pra kondisi lingkungan sekolah dan juga kesiapan mental baik bagi siswa maupun para guru.

Tahap selanjutnya adalah mempersiapkan sumber daya yang menyangkut kesiapan peralatan peraga untuk simulasi dan kesiapan ketrampilan tenaga pelaksana pendidikan. Kelengkapan peraga untuk pendidikan inklusi memang lebih kompleks dibanding dengan alat peraga ajar yang umum digunakan. Sehingga dituntut kreatifitas dari guru untuk melakukan simulasi proses belajar mengajar. Sementara itu persiapan tenaga pelaksana pendidikan adalah dengan melakukan pelatihan (*training*) tentang beberapa metode pelaksanaan pendidikan inklusi kepada para guru. Jika kedua langkah tersebut telah dilaksanakan maka langkah terakhir adalah melakukan uji coba metode pendidikan inklusi pada sekolah yang ditunjuk. Uji coba dimaksudkan untuk mengetahui sejauh mana tingkat efektifitas metode yang digunakan sekaligus untuk melakukan evaluasi sehingga dapat dicari solusi tepat untuk melakukan perbaikan jika ditemukan kekurangan. Ketika ketiga langkah tersebut sudah terlaksana dengan baik, maka pendidikan inklusi mulai dapat diaplikasikan pada sekolah yang ditunjuk sebagai pilot project.

4.9 Pelaksanaan Pendidikan Inklusi

Dalam menangani anak berkelainan diperlukan keahlian tersendiri karena tidak semua aktivitas di sekolah dapat diikuti oleh anak cacat, missal anak cacat netra tak mampu mengikuti pelajaran menggambar atau olah raga begitu pula anak tuna rungu sulit mengikuti pelajaran seni suara dan cacat yang lain perlu penanganan khusus karena keterbatasannya. Maka sangat diperlukan guru pembimbing khusus yang mampu memahami sekaligus menangani keberadaan anak cacat termasuk di dalamnya memahami karakter dari masing-masing jenis kecacatannya. Di samping membutuhkan guru khusus, juga perlu membekali pengetahuan tentang karakter anak cacat terhadap guru umum, siswa yang normal maupun masyarakat sekitar dnegan harapan anak cacat tersbut dapat diperlakukan secara wajar.

Sudah barang tentu, penyelenggaraan pendidikan Inklusi memang tidak sesederhana menyelenggarakan sekolah umum. Kenyataan di lapangan memerlukan sarana yang cukup, misalnya

gedung sekolah dengan menyesuaikan kondisi anak. Peralatan pendidikan yang memadai, contoh bagi tuna netra perlu alat tulis Braille, tuna rungu perlu alat bantu dengar, tuna daksa perlu kursi roda dan masih banyak lagi fasilitas yang harus disediakan dengan harapan anak cacat dapat berkembang kemampuannya secara optimal. Mengingat mahalnya fasilitas yang harus disediakan maka sampai tahun 2005, di seluruh Indonesia baru ada 504 sekolah inklusi yang tersebar di seluruh penjuru tanah air. Sebenarnya cukup banyak sekolah regular yang mengajukan menjadi sekolah inklusi, yakni 1200 sekolah, sedang yang dilaksanakan baru 504 sekolah dan yang lain perlu dipelajari kesiapan karena konsekuensinya Pemerintah memebrikan subsidi Rp. 5 juta di setiap sekolah dan fasilitas lain sebagai penunjang kegiatan bagi anak yang berkebutuhan khusus tersebut.

Keberadaan anak cacat (disabilitas) tak lepas dari peran serta tenaga ahli. Apabila Pendidikan Inklusi benar-benar diselenggarakan secara ideal setiap sekolah harus ada, sebab tanpa pengawasan dan penanganan secara khusus dapat berakibat fatal. Suatu contoh: anak *cerebral palsy* (jenis tuna dasa) memerlukan dokter syaraf, orthopedic dan psikolog, sebab anak seperti ini memerlukan ketenangan jiwa sehingga mampu menjaga kondisi yang prima. Belum lagi cacat yang lain. Konsekuensi dari penyelenggaraan program ini harus membutuhkan biaya yang mahal, sehingga idealnya pemerintah mengambil peran agar benar-benar pendidikan ini dapat terlaksana dengan baik. Untuk menopang suksesnya penyelenggaraan Pendidikan Inklusi perlu kerjasama dengan semua pihak mengingat kemampuan Pemerintah untuk membantu masih sangat terbatas sementara anak cacat yang belum tertampung mengikuti pendidikan formal semakin banyak sehingga dapat menjadikan kendala suksesnya program wajib belajar 9 tahun. Keterpaduan kerjasama sangat mendesak sehingga pemerintah tak perlu menunggu waktu lama dengan alasan dana pendidikan terbatas. Alokasi 20% masih sangat jauh dan sebagainya. Namun, memfungsikan beberapa unsur terkait sangat membantu untuk merealisasikan program ini. Sebagai contoh, misalnya jika di sekolah-sekolah umum kekurangan guru khusus dapat mengangkat lulusan

SGPLB dan S1 PLB atau mengoptimalkan guru-guru khusus di sekolah terpadu dengan sistem guru kunjung. Untuk mengatasi masalah tenaga ahli dapat kerjasama dengan puskesmas atau rumah sakit terdekat dengan cara menjalin kerjasama antara departemen atau institusi dengan diperluas adanya SKB (Surat Keputusan Bersama) para pejabat pemerintah.

Salah satu kelompok yang paling tereksklusi dalam memperoleh pendidikan adalah siswa penyandang cacat. Tapi ini bukanlah kelompok yang homogen. Sekolah dan layanan pendidikan lainnya harus fleksibel dan akomodatif untuk memenuhi keberagaman kebutuhan siswa. Mereka juga diharapkan dapat mencari anak-anak yang belum mendapatkan pendidikan.

4.10 Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus

Pengelompokan anak berkebutuhan khusus dan jenis pelayanannya harus sesuai dengan Program Direktorat Pembinaan Sekolah Luar Biasa Tahun 2006 dan Pembinaan Direktorat Jenderal Manajemen Pendidikan Dasar Dan Menengah Departemen Pendidikan Nasional Pendidikan adalah sebagai berikut:

- (1) Tuna Netra
- (2) Tuna Rungu
- (3) Tuna Grahita: (a.l. Down Syndrome)
- (4) Tuna Grahita Ringan (IQ=50-70)
- (5) Tuna Grahita Sedang (IQ=25-50)
- (6) Tuna Grahita Berat (IQ < 25)
- (7) Tuna Daksa
- (8) Tuna Laras (Dysruptive)
- (9) Tuna Wicara
- (10) Tuna Ganda
- (11) HIV AIDS
- (12) *Gifted*: Potensi kecerdasan istimewa (IQ > 125) J. *Talented*: Potensi bakat istimewa (*Multiple Intelligences: Language, Logico mathematic, Visuo-spatial, Bodily-kinesthetic, Musical, Interpersonal, Intrapersonal, Natural, Spiritual*)

- (13) Kesulitan Belajar (a.l. *Hyperaktif*, ADD/ADHD, Baca (*Dyslexia*), Tulis (*Dysgraphia*), Hitung (*Dyscalculia*), Bicara (*Dysphasia*), Motorik (*Dyspraxia*))
- (14) Lambat Belajar (IQ=70 –90)
- (15) Autis
- (16) Korban Penyalahgunaan Narkoba
- (17) Indigo

4.11 Pendekatan Secara Kurikulum Nasional Dikaitkan dengan Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)

Kurikulum pendidikan nasional yang diterapkan saat ini ternyata sangat menyulitkan anak-anak yang berkebutuhan khusus (ABK), seperti yang terjadi di sekolah-sekolah inklusi. Kebutuhan sekolah inklusi ini bukan kurikulum yang berfokus bagaimana mengarahkan siswa agar sesuai harapan standar kurikulum yang berangkat dari sekedar bagaimana mengatasi keterbatasan siswa, tetapi berangkat dari penghargaan, optimisme dan potensi positif anak yang berkebutuhan khusus. Tetapi kenyataan yang ada sekarang, kurikulum pendidikan nasional masih kaku, arogan dan tidak mau mengalah. Bahkan terhadap siswa yang termasuk ABK, dimana siswanyalah yang harus mengalah dan menyesuaikan diri, bukan kurikulum yang menyesuaikan diri dengan potensi siswa. Kondisi tersebut sangat menyulitkan anak-anak berkebutuhan khusus yang berada dalam kelas inklusi.

Selain kurikulum yang menjadi hambatan bagi pengembangan sekolah inklusi adalah, banyak guru yang masih belum memahami program inklusi. Walaupun ada yang paham, keterampilan untuk menjalankan sekolah inklusi, itupun masih jauh dari harapan. Bahkan ketersediaan guru pendamping khusus juga belum mencukupi. Salah satu program, mendesak yang harus dikuasai guru dalam program sekolah inklusi tersebut adalah menambah pengetahuan dan ketrampilan deteksi dini gangguan dan potensi pada anak. Pendidikan inklusi berarti juga harus melibatkan orang tua secara bermakna dalam

proses perencanaan, karena keberhasilan pendidikan inklusi tersebut sangat bergantung pada partisipasi aktif orang tua bagi pendidikan anaknya.

4.12 Model Kelas Inklusi

Direktorat PLB (2007:7) menjelaskan tentang penempatan anak berkelainan di sekolah inklusi dapat dilakukan dengan berbagai model sebagai berikut:

- (1) Kelas reguler (inklusi penuh). Anak berkelainan belajar bersama anak lain (normal) sepanjang hari di kelas reguler dengan menggunakan kurikulum yang sama
- (2) Kelas reguler dengan *cluster*. Anak berkelainan belajar bersama anak lain (normal) di kelas reguler dalam kelompok khusus
- (3) Kelas reguler dengan *pull out*. Anak berkelainan belajar bersama anak lain (normal) di kelas reguler namun dalam waktu-waktu tertentu ditarik dari kelas reguler ke ruang sumber untuk belajar dengan guru pembimbing khusus,
- (4) Kelas reguler dengan *cluster* dan *pull out*. Anak berkelainan belajar bersama anak lain (normal) di kelas reguler dalam kelompok khusus, dan dalam waktu-waktu tertentu ditarik dari kelas reguler ke ruang sumber untuk belajar dengan guru pembimbing khusus,
- (5) Kelas khusus dengan berbagai pengintegrasian. Anak berkelainan belajar di dalam kelas khusus pada sekolah reguler, namun dalam bidang-bidang tertentu dapat belajar bersama anak lain (normal) di kelas reguler,
- (6) Kelas khusus penuh. Anak berkelainan belajar di dalam kelas khusus pada sekolah reguler.

4.13 Pentingnya Pendidikan Inklusi

Pendidikan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia untuk menjamin keberlangsungan hidupnya agar lebih bermartabat. Karena itu negara memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan pendidikan yang bermutu kepada setiap warganya tanpa terkecuali

termasuk mereka yang memiliki perbedaan dalam kemampuan (difabel) seperti yang tertuang pada UUD 1945 pasal 31 (1). Namun sayangnya sistem pendidikan di Indonesia belum mengakomodasi keberagaman, sehingga menyebabkan munculnya segmentasi lembaga pendidikan yang berdasar pada perbedaan agama, etnis, dan bahkan perbedaan kemampuan baik fisik maupun mental yang dimiliki oleh siswa. Jelas segmentasi lembaga pendidikan ini telah menghambat para siswa untuk dapat belajar menghormati realitas kehidupan dalam masyarakat.

Pendidikan inklusi adalah hak asasi manusia, di samping merupakan pendidikan yang baik dan dapat menumbuhkan rasa sosial. Itulah ungkapan yang dipakai untuk menggambarkan pentingnya pendidikan inklusi. Ada beberapa argumen di balik pernyataan bahwa pendidikan inklusi merupakan hak asasi manusia:

- (1) Semua anak memiliki hak untuk belajar bersama.
- (2) Anak-anak seharusnya tidak dihargai dan didiskriminasikan dengan cara dikeluarkan atau disisihkan hanya karena kesulitan belajar dan ketidakmampuan mereka.
- (3) Orang dewasa yang cacat, yang menggambarkan diri mereka sendiri sebagai pengawas sekolah khusus, menghendaki akhir dari segregasi (pemisahan sosial) yang terjadi selama ini.
- (4) Tidak ada alasan yang sah untuk memisahkan anak dari pendidikan mereka, anak-anak milik bersama dengan kelebihan dan kemanfaat untuk setiap orang, dan mereka tidak butuh dilindungi satu sama lain (CSIE, 2005).

Adapun alasan-alasan di balik pernyataan bahwa pendidikan inklusi adalah pendidikan yang baik:

- (1) Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak akan bekerja lebih baik, baik secara akademik maupun sosial, dalam setting yang inklusif,
- (2) Tidak ada pengajaran atau pengasuhan dalam sekolah yang terpisah atau khusus yang tidak dapat terjadi dalam sekolah biasa,

- (3) Dengan diberi komitmen dan dukungan, pendidikan inklusif merupakan suatu penggunaan sumber-sumber pendidikan yang lebih efektif.

Argumen-argumen dibalik pernyataan bahwa pendidikan inklusi dapat membangun rasa sosial adalah:

- (1) Segregasi (pemisahan sosial) mendidik anak menjadi takut, bodoh, dan menumbuhkan prasangka,
- (2) Semua anak membutuhkan suatu pendidikan yang akan membantu mereka mengembangkan relasi-relasi dan menyiapkan mereka untuk hidup dalam arus utama,
- (3) Hanya inklusi yang berpotensi untuk mengurangi ketakutan dan membangun persahabatan, penghargaan dan pengertian (CSIE, 2005).

Pertimbangan filosofis yang menjadi basis pendidikan inklusi paling tidak ada tiga, yaitu:

- (1) Cara memandang hambatan tidak lagi dari perspektif peserta didik, namun dari perspektif lingkungan sekolah. Lingkungan sekolah harus memainkan peran sentral dalam transformasi hambatan-hambatan peserta didik,
- (2) Perspektif holistik dalam memandang peserta didik. Dengan perspektif tersebut, peserta didik dipandang mampu dan kreatif secara potensial. Sekolah bertanggung jawab untuk menciptakan lingkungan di mana potensi-potensi tersebut berkembang,
- (3) Prinsip non-segregasi. Dengan prinsip ini, sekolah memberikan pemenuhan kebutuhan kepada semua peserta didik. Organisasi dan alokasi sumber harus cukup fleksibel dalam memberikan dukungan yang dibutuhkan kelas. Masalah yang dihadapi peserta didik harus didiskusikan terus menerus di antara staf sekolah, agar dipecahkan sedini mungkin untuk mencegah munculnya masalah-masalah lain (UNESCO, 2003).

Selain itu ada tiga langkah penting menuju inklusi yang nyata, yaitu: komunitas, persamaan dan partisipasi. Semua staf yang terlibat dalam

pendidikan merupakan suatu komunitas yang memiliki visi dan pemahaman yang sama tentang pendidikan inklusi, baik konsep dan pentingnya maupun dasar-dasar filosofis. Setiap anggota komunitas memiliki persamaan (hak yang sama), dan karena itu bersama-sama berpartisipasi dalam mengembangkan pendidikan inklusi, sejak dari perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasinya. Dalam pendidikan inklusi, sistem sekolah tidak berhak menentukan tipe peserta didik, namun sebaliknya sistem sekolah yang harus menyesuaikan untuk memenuhi kebutuhan semua peserta didik. Terkait dengan ini, ada ungkapan bahwa komunitas (semua staf yang terlibat dalam pendidikan inklusi) ‘melampaui dan di atas’ (*over and above*) kurikulum (UNESCO, 2003).

4.14 Kelebihan Pelaksanaan Pendidikan Inklusi

Pendidikan Inklusi dalam penyelenggaraannya memiliki beberapa kelebihan dibandingkan dengan pendidikan terpadu atau pendidikan khusus (*segregasi*) sehingga sangat tepat apabila pemerintah menyelenggarakan dan mengembangkan program ini. Namun demikian perlu dicatat, bahwa dengan diselenggarakannya pendidikan Inklusi bukan berarti SLB (Sekolah Luar Biasa), sekolah terpadu dan SDLB (Sekolah Dasar Luar Biasa) ditutup, akan tetapi dijadikan mitra kerja yang baik dengan penyelenggaraan Sekolah Inklusi, bahkan kalau perlu dijadikan laboratorium sekolah dan nara sumber bagi guru-guru khusus yang mengajar di sekolah inklusi. Munculnya sekolah inklusi karena memiliki beberapa keistimewaan antara lain:

- (1) Keberadaan anak cacat diakui sejajar dengan anak normal,
- (2) Sebagai tempat mengajarkan kebersamaan dan menghilangkan diskriminasi,
- (3) Memberi kesan pada orang tua dan masyarakat bahwa anak cacat pun mampu seperti anak pada umumnya,
- (4) Anak yang berkelainan akan belajar menerima dirinya sebagaimana adanya dan juga tidak menjadi asing lagi di lingkungannya,

- (5) Aktivitas yang mungkin dapat diikuti anak cacat ada kesempatan untuk berpartisipasi sehingga dapat menunjukkan kemampuannya di lingkungan anak normal,
- (6) Membutuhkan pegangan diri yaitu dengan belajar secara kompetitif, eksistensi anak cacat akan teruji dalam persaingan secara sehat dengan anak pada umumnya.

Penyelenggaraan tersebut pada hakekatnya memberikan kesempatan yang sama setiap peserta didik dalam mengikuti pendidikan dengan Sistem Persekolahan Reguler sesuai dengan kebutuhan individunya tanpa membedakan latar belakang agama, budaya, sosial, ekonomi maupun suku. Namun berharap anak manusia yang berkualitas sekalipun dia penyandang cacat atau disabilitas.

4.15 Dilema Pendidikan Inklusi

Penyelenggaraan sistem pendidikan inklusi merupakan salah satu syarat yang harus terpenuhi untuk membangun tatanan masyarakat inklusif (*inclusive society*). Sebuah tatanan masyarakat yang saling menghormati dan menjunjung tinggi nilai-nilai keberagaman sebagai bagian dari realitas kehidupan. Pemerintah melalui Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan, dalam Pasal 41 ayat (1) telah mendorong terwujudnya sistem pendidikan inklusi dengan menyatakan bahwa setiap satuan pendidikan yang melaksanakan pendidikan inklusif harus memiliki tenaga kependidikan yang mempunyai kompetensi menyelenggarakan pembelajaran bagi peserta didik dengan kebutuhan khusus. Undang-undang tentang pendidikan inklusi dan bahkan uji coba pelaksanaan pendidikan inklusinya pun konon telah dilakukan. Namun yang menjadi pertanyaan sekarang adalah sejauh mana keseriusan pemerintah untuk mendorong terlaksananya sistem pendidikan inklusi bagi kelompok disabilitas.

Beberapa kasus muncul misalnya minimnya sarana penunjang sistem pendidikan inklusi, terbatasnya pengetahuan dan ketrampilan

yang dimiliki oleh para guru sekolah inklusi menunjukkan betapa sistem pendidikan inklusi belum benar-benar dipersiapkan dengan baik. Apalagi sistem kurikulum pendidikan umum yang ada sekarang memang belum mengakomodasi keberadaan anak-anak yang memiliki perbedaan kemampuan (difabel). Sehingga sepertinya program pendidikan inklusi hanya terkesan program eksperimental. Kondisi ini jelas menambah beban tugas yang harus diemban para guru yang berhadapan langsung dengan persoalan teknis di lapangan. Di satu sisi para guru harus berjuang keras memenuhi tuntutan hati nuraninya untuk mencerdaskan seluruh siswanya, sementara di sisi lain para guru tidak memiliki ketrampilan yang cukup untuk menyampaikan materi pelajaran kepada siswa yang difabel. Alih-alih situasi kelas yang seperti ini bukannya menciptakan sistem belajar yang inklusi, justru menciptakan kondisi eksklusifisme bagi siswa disabilitas dalam lingkungan kelas reguler. Jelas ini menjadi dilema tersendiri bagi para guru yang di dalam kelasnya ada siswa disabilitas.

Jika pemerintah memang serius dalam melaksanakan program pendidikan inklusi, maka yang harus dilakukan adalah dengan menjalankan tahapan-tahapan pelaksanaan pendidikan inklusi secara konsisten mulai dari sosialisasi hingga evaluasi pelaksanaannya. Namun yang lebih penting dan secara langsung dapat dilakukan oleh para guru untuk mewujudkan pendidikan inklusi adalah dengan menciptakan suasana belajar yang saling mempertumbuhkan (*cooperative learning*). *Cooperative Learning* akan mengajarkan para siswa untuk dapat saling memahami (*mutual understanding*) kekurangan masing-masing temannya dan peduli (*care*) terhadap kelemahan yang dimiliki teman sekelasnya. Dengan demikian maka sistem belajar ini akan menggeser sistem belajar persaingan (*competitive learning*) yang selama ini diterapkan di dunia pendidikan kita. Dalam waktu yang bersamaan *competitive learning* dapat menjadi solusi efektif bagi persoalan yang dihadapi oleh para guru dalam menjalankan pendidikan inklusi. Pada akhirnya suasana belajar *cooperative* ini diharapkan bukan hanya menciptakan kecerdasan otak

secara individual, namun juga mengasah kecerdasan dan kepekaan sosial para siswa.

4.16 Hambatan dalam Pelaksanaan Pendidikan Inklusi di Indonesia

Dalam kegiatan apapun yang memiliki tujuan untuk peningkatan kualitas selalu menghadapi kendala dan hambatan yang menjadi tantangan dalam pelaksanaannya. Begitu pula dengan pelaksanaan pendidikan inklusi di Indonesia.

- (1) Jumlah anak penyandang disabilitas di Indonesia masih sedikit yang terdaftar di sekolah, Menurut data UNESCO tahun 2009, ranking Indonesia dalam penyelenggaraan pendidikan inklusi bagi anak berkebutuhan khusus atau ABK terus mengalami kemerosotan. Pada 2007, ranking Indonesia berada di urutan ke-58 dari 130 negara, sedangkan pada 2008 turun ke ranking ke-63 dari 130 negara. Pada 2009, ranking Indonesia bahkan kian merosot hingga di peringkat ke-71 dari 129 negara. Semua hal di atas dikarenakan jumlah ABK di Indonesia masih sedikit yang terdaftar di sekolah,
- (2) Kurikulum yang tersusun kaku dan kurang tanggap terhadap kebutuhan anak yang berbeda.. Banyak negara mendorong kebutuhan pendidikan dasar tanpa memperhatikan isu pendidikan anak berkebutuhan khusus. Namun, pendidikan inklusi tidak kemudian mensyaratkan kurikulum yang terpisah karena itu justru akan menciptakan segregasi. Kurikulum pendidikan inklusi harus masuk dalam kurikulum arus utama. Inisiatif para *stakeholders*, guru dan sekolah, serta masyarakat masih parsial terhadap penyelenggaraan pendidikan inklusi, sehingga akses Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) mengenyam pendidikan masih begitu sempit,
- (3) Kebijakan yang kurang mendukung. Kebijakan pemerintah tidak memisahkan komponen pendidikan khusus ini, harusnya tidak lagi

dibedakan. Pendidikan inklusi sudah bukan lagi tambahan, tetapi masuk dalam pengaturan umum,

- (4) Kurangnya ketersediaan anggaran. Minimnya anggaran yang disediakan pemerintah adalah sisi lain akibat tidak adanya dukungan kebijakan pemerintah,
- (5) Dukungan Sumber Daya Manusia (SDM).

BAB V

HAK PENDIDIKAN DAN KESEHATAN ANAK-ANAK DISABILITAS DI KOTA BANDUNG

Seringkali program kebijakan Pemerintah bagi penyandang cacat cenderung berbasis belas kasihan (*charity*) sehingga kurang memberdayakan penyandang cacat untuk terlibat dalam berbagai masalah. Sekurang-kurangnya ada dua faktor yang berpengaruh dalam upaya memberdayakan penyandang cacat/disabilitas. Pertama: faktor intern, yakni kondisi sosial penyandang cacat/ ketunaan itu sendiri yang bila dilihat baik dari aspek ekonomi, pendidikan, keterampilan maupun kemasyarakatannya, pada umumnya dalam keadaan rentan. Sangat boleh jadi, kondisi inilah yang membawa pengaruh terhadap sikap mereka yang belum seluruhnya proaktif memanfaatkan lembaga social pendidikan yang ada sebagai suatu kebutuhan. Kedua: faktor eksternal, yakni penyandang cacat acapkali dipersepsikan sebagai orang yang tidak mampu berbuat apa-apa atau bahkan dianggap sebagai beban oleh keluarga. Bahkan masih ada diantara mereka yang menganggap sebagai aib karenanya sering disembunyikan.

Kondisi ini menimbulkan stigma negatif di masyarakat. Hal ini sangat boleh jadi disebabkan karena keterbatasan pengetahuan, pemahaman, dan informasi orangtuanya. Disamping itu, secara sosiologis masih ada sebagian masyarakat Indonesia yang memandang dengan sebelah mata keberadaan dan kemampuan para penyandang cacat. Padahal harus diakui, bahwa tidak sedikit dari para penyandang cacat yang mampu berprestasi dibidangnya melebihi orang biasa, terlebih setelah melalui proses pendidikan atau rehabilitasi sosial. Sebagai contoh adalah prestasi yang telah diraih oleh seorang pemuda tuna netra yang bernama Elon Carlan, yang bukan saja mencapai derajat yang cukup tinggi di bidang pendidikan, yakni gelar Master dalam bidang pendidikan, ia juga peraih gelar Pemuda Pelopor Tingkat

Nasional Bidang Pembangunan Kesejahteraan Sosial dengan memperoleh penghargaan Bintang Palapa Karya Utama pada tahun 1994. Sangat boleh jadi, Elon Carlon diilhami oleh Firman Allah SWT *“Innalaha la yughayyiruma bi qaumin hatta yughayyiruma bi an fusihem,”* yang artinya Allah SWT tidak akan merubah nasib suatu kaum hingga kaum itu mau merubah nasib diri mereka sendiri. Maka dia bercita-cita untuk merubah nasib saudara-saudaranya sesama penyandang cacat dengan membangun tempat di atas tanah seluas 2 hektar dengan berbagai macam fasilitas, laboratorium dan diklat yang menampung tidak kurang dari 85 orang penyandang cacat yang diberi nama Pusat Pendidikan dan Rehabilitasi Penyandang Cacat Taruna Mandiri, di Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, telah diberikan kewenangan kepada Daerah untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakatnya, menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi dan keinginan yang berkembang dalam masyarakat. Menindak lanjuti kewenangan yang diberikan Pemerintah Provinsi Jawa Barat mengeluarkan Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat. Perda ini bertujuan untuk mewujudkan kemandirian dan kesejahteraan penyandang cacat dengan memberikan penghormatan dan kesamaan kedudukan, hak, kewajiban dan peran penyandang cacat dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan. Lingkaran kemiskinan yang melanda para penyandang cacat dikarenakan pendidikan mereka yang sebagian besar tidak tamat SD. Warga juga masih merasa malu atas adanya anggota keluarganya yang menyandang cacat sehingga tidak melaporkan kepada instansi terkait untuk ditangani. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat menegaskan bahwa penyandang disabilitas merupakan bagian masyarakat Indonesia yang juga memiliki kedudukan, hak dan kewajiban yang sama dalam semua aspek kehidupan dan penghidupan. Pasal 6 undang-undang ini menyatakan bahwa setiap penyandang cacat berhak memperoleh:

- (1) Pendidikan pada semua satuan, jalur, jenis, dan jenjang pendidikan,
- (2) Pekerjaan dan penghidupan yang layak sesuai jenis dan derajat kecacatan, pendidikan, dan kemampuannya,
- (3) Perlakuan yang sama untuk berperan dalam pembangunan dan menikmati hasil-hasilnya,
- (4) Aksesibilitas dalam rangka kemandiriannya,
- (5) Rehabilitasi, bantuan sosial, dan pemeliharaan taraf kesejahteraan social, dan
- (6) Hak yang sama untuk menumbuhkembangkan bakat, kemampuan, dan kehidupan sosialnya, terutama bagi penyandang cacat anak dalam lingkungan keluarga dan masyarakat.

Mengacu pada Pasal 6 tersebut maka pemenuhan hak ini sudah bisa dipenuhi sejak seorang penyandang disabilitas itu masih terkategori dalam usia anak-anak, yaitu hingga mencapai usia 18 tahun sesuai dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.

Kecacatan yang terjadi pada anak-anak dapat terjadi karena beberapa faktor yaitu¹:

- (1) Faktor hereditas atau keturunan
Beberapa faktor dan penyakit yang dapat menyebabkan kecacatan berlangsung karena keturunan yaitu pada peristiwa *idipathy*, psikosa/ kegilaan, sakit gila, penyakit TBC, *neurosa*, *idiocy*, *psikosa sifilitika* (kegilaan yang disebabkan oleh penyakit sifilis),
- (2) Faktor sebelum lahir
Faktor-faktor yang mempengaruhinya yaitu (a) faktor akibat kekurangan gizi yang diderita ibu selama hamil sehingga *intake* makanan yang berupa zat-zat penting (protein, mineral, dan vitamin) tidak dapat *display* oleh plasenta ke tubuh bayi yang mengakibatkan bayi lahir dengan kondisi kecacatan fisik maupun mental; (b) ketika ibu mengandung menderita penyakit kolera,

¹ Cacat Ganda dan Pengentasannya, 1993, Yayasan Bhakti Mitra Utama, Bandung:147

thypus, malaria tropika kronis, gondok/*bof* sewaktu mengandung muda, sifilis, gabag/*mazelen*, TBC sehingga ada beberapa faktor tersebut dapat menyebabkan “keracunan darah” sehingga terjadi kerusakan sistem syaraf yang dapat menyebabkan kecacatan; (c) kelahiran bayi yang tidak diinginkan sehingga ibu meminum obat penggugur kandungan; (d) terjadinya kecelakaan ketika ibu mengandung yang berpengaruh juga terhadap kelahiran bayi cacat; (e) tingkat kesetresan yang dialami ibu ketika mengandung yang memungkinkan anak lahir cacat mental; (f) konsumsi *fast food* yang berlebih yang memicu kelahiran anak autisme dan *cerebral palsy* semakin tinggi,

(3) Faktor ketika lahir

Beberapa resiko ketika bayi lahir yang dapat memicu terjadinya kecacatan yaitu (a) masuknya air ketuban kedalam paru-paru bayi sehingga menyebabkan *asfiksia* (lahir tanpa nafas); (b) penggunaan zat pembius yang melebihi dosis. Kedua resiko ini dapat menyebabkan anak lahir mengalami retardasi mental; (c) *prematurnitas* (bayi lahir sebelum masanya). Sekitar 5% bayi yang lahir prematur dampak mengalami gangguan pertumbuhan jasmani dan kecacatan mental menjadi tinggi, dan

(4) Faktor sesudah bayi lahir

Sedangkan faktor-faktor sesudah bayi lahir yang juga dapat berperan dalam timbulnya kecacatan pada anak yaitu (a) pengalaman traumatik yang dialami bayi baik ketika berada di kandungan maupun sesudah lahir; (b) bayi menderita panas tinggi dan mengalami kejang ataupun bayi menderita epilepsi; (c) infeksi pada selaput otak yang disebabkan oleh penyakit *cerebral meningitis*, gabag atau campak, dipteri yang dapat menyebabkan anak menjadi *retardasi* atau kelambatan pada fungsi intelegen; (d) kekurangan *thyroxine* pada kelenjar gondok sehingga menyebabkan kekerdilan (*cretinisme*)

Masalah kecacatan pada anak merupakan masalah yang cukup kompleks baik secara kuantitas maupun kualitas, mengingat berbagai

jenis kecacatan mempunyai permasalahan tersendiri. Bagi anak-anak penyandang cacat dari kelompok keluarga miskin, mereka mengalami kecacatan karena faktor ekonomi dan faktor kemiskinan yang diderita orang tuanya sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi anak ketika dalam kandungan, dan semakin bertambah ketika mereka lahir, tidak ada biaya pengobatan dan tidak dapat mengakses fasilitas kesehatan yang ada (imunisasi anak) dikarenakan faktor keterbatasan biaya. Pada umumnya anak-anak penyandang cacat dari kelompok ekonomi kebawah belum memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana mestinya.

Di Kota Bandung sebagai Ibu Kota Provinsi, Dinas Sosial telah memiliki beberapa program yang cukup berhasil mengangkat kesejahteraan penyandang disabilitas anak-anak. Program-program itu adalah:

- (1) Rehabilitasi Berbasis Masyarakat (RBM).
- (2) PAUD yang membina anak-anak penyandang disabilitas.
- (3) Ada semacam SLB yang dikelola oleh masyarakat.

5.1 Pelayanan Pendidikan Anak Penyandang Cacat/ Disabilitas di Kota Bandung

Pendidikan inklusi memang tidak populer dalam masyarakat. Masyarakat hanya disibukan dengan urusan meningkatkan kualitas pendidikan secara horizontal maupun vertikal. Sehingga anak bangsa yang memiliki kebutuhan yang terbatas ini sering termarginalkan (kaum yang terpinggirkan). Pelayanan model pendidikan semacam ini memang memerlukan sarana dan prasarana yang cukup besar tapi bukan berarti harus ditinggalkan karena mereka mempunyai hak yang sama untuk mendapatkan pendidikan. Kita harus meninggalkan persepsi konvensional bahwa anak dengan berkebutuhan terbatas misalnya untuk anak tuna netra hanya dicetak menjadi “Tukang Pijat”.

Pendidikan khusus atau pendidikan luar biasa yang ada di Negara kita digolongkan ke dalam 5 (lima) jenis pendidikan yaitu Sekolah Luar Biasa (SLB) bagian A yang diperuntukkan bagi siswa

yang memiliki ketunaan pada penglihatan atau tuna netra; SLB bagian B, diperuntukkan bagi siswa yang memiliki ketunaan pada pendengaran dan kadang-kadang bicara atau tuna rungu dan tuna wicara. SLB bagian C diperuntukkan bagi siswa yang memiliki ketunaan mental atau tuna grahita, SLB bagian D diperuntukkan bagi siswa yang memiliki ketunaan tubuh atau cacat tubuh atau tuna daksa; dan SLB bagian E yang diperuntukkan bagi siswa yang memiliki kelainan tingkah laku. Terdapat juga yang diidentifikasi sebagai ketunaan ganda.

Meskipun sudah ada UU dan Perda bahkan dilengkapi dengan peraturan dan petunjuk pelaksanaannya, tetapi dalam kenyataannya jumlah anak berkebutuhan khusus atau anak penyandang ketunaan yang mendapatkan layanan pendidikan masih sangat sedikit. Dari sekitar 1,5 juta anak-anak berkebutuhan khusus usia sekolah di Indonesia yang menikmati layanan pendidikan kurang dari 5 persen. Menurut Direktur Pembinaan Sekolah Luar Biasa (PSLB), Departemen Pendidikan Nasional, Eko Djatmiko Sukarso, kapasitas anggaran Direktorat PSLB belum mampu memenuhi keperluan pembangunan pendidikan untuk anak berkebutuhan khusus².

Sedangkan menurut Ny. A.R. Ariyanto, Ketua Yayasan Asih Budi (YAB) Jakarta baru sekitar 64.000 anak penyandang cacat usia 5-18 tahun atau 4% dari sekitar 2.100.000 anak penyandang cacat di Indonesia yang kini memperoleh pendidikan khusus di Sekolah Luar Biasa (SLB). Dari 64.000 anak penyandang cacat yang kini memperoleh pendidikan di SLB, sebagian besar sekolahnya (62%) di kelola oleh pihak swasta, sedang sisanya di SLB Negeri milik Pemerintah.³ Padahal sesuai kesepakatan Negara-negara anggota PBB pada tahun 2012 bahwa minimal 75% dari penyandang cacat di setiap Negara telah memperoleh pendidikan khusus agar mereka menjadi warga Negara yang ikut serta membangun negaranya.

² Kompas, 24 Februari 2009.

³ <http://www.antaraneews.com/view/?=11977794508> diakses 9 Maret 2011.

Mantan Kepala Dinas Pendidikan Jawa Barat, Dadang Dali, menyatakan bahwa sedikitnya 11.000 anak penyandang cacat/disabilitas di Jawa Barat yang memerlukan layanan khusus masih terabaikan. Padahal, Pemerintah Daerah Jawa Barat telah memiliki Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat yang mengatur penanganan dan pelayanan terhadap anak penyandang cacat. SLB di seluruh Provinsi Jawa Barat ternyata hanya sanggup menampung 12.337 anak penyandang disabilitas. Hal ini sama dengan yang terjadi di Kota Bandung. Dari 46 SLB yang ada di Kota Bandung, baru sekitar 660-800 anak saja yang tercatat sebagai siswanya. Sosialisasi Perda Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2006 tentang Perlindungan Penyandang Cacat, sebenarnya sudah tiap tahun disosialisasikan, tetapi Perda tersebut belum diimplementasikan. Lebih lanjut, Dadang berpendapat bahwa implementasi Perda harus menjadi program prioritas Pemerintah Provinsi Jawa Barat, dalam mana Pemerintah wajib menyelenggarakan wajib belajar pendidikan dasar, baik untuk anak normal maupun untuk anak berkebutuhan khusus/penyandang cacat/ketunaan⁴. Menurut Nondi Hidayat, mantan Kasubdinas Pendidikan Luar Biasa, Provinsi Jawa Barat, hambatan dalam menangani pelayanan terhadap Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) adalah tenaga pengajar khusus atau guru khusus. Disamping itu, kekurangan sekolah, tempat kegiatan belajar mengajar, juga menjadi kendala dalam menangani pelayanan kepada anak berkebutuhan khusus. Kurangnya sosialisasi peraturan perundang-undangan tentang penyandang cacat juga menyebabkan perlakuan stakeholder unsur pemerintah dan swasta kurang peduli.

Berdasarkan hasil sensus yang pernah dilakukan, jumlah anak usia 0 sampai 14 tahun (usia sekolah) adalah kurang lebih 65.300.000 orang. Dari jumlah tersebut sekitar 22.800.000 orang adalah termasuk bayi dibawah lima tahun (balita). Ini berarti bahwa jumlah anak usia sekolah pendidikan dasar sebanyak 42.500.000 orang. Jumlah ini yang harus ditangani secara serius dan terus menerus dalam pembangunan

⁴ <http://www.suarakarya-online.com/news.html?id=216908> diakses 11 April 2011.

sekarang maupun yang akan datang dengan diterapkannya wajib belajar 9 tahun. Diantara jumlah 42.500.000 anak usia sekolah tersebut terdapat anak yang memiliki kebutuhan khusus. Mengenai jumlah anak berkebutuhan khusus ini bervariasi mengingat terdapat berbagai macam kriteria dalam menentukan anak berkebutuhan khusus. Kementerian Sosial, misalnya, memperkirakan bahwa jumlah anak penyandang cacat atau anak yang berkebutuhan khusus ini sekitar 3 persen dari total penduduk Indonesia. Ini berarti jumlah anak penyandang cacat atau anak berkebutuhan khusus usia pendidikan dasar adalah lebih kurang 1.321.750 orang. Kriteria yang dipakai untuk menggolongkan anak berkebutuhan khusus ada 5 yakni penyandang kelainan tubuh, kelainan bekas penyakit kronis, kelainan netra, kelainan rungu-wicara, dan kelainan mental. Angka 3 persen dari Kementerian Sosial ini memang relatif rendah. Sangat boleh jadi karena angka tersebut diperoleh dari hasil survey dimana kegiatan survey itu lebih dititik beratkan pada penyandang cacat berat yang memerlukan bantuan sosial.

Selama ini cara pandang terhadap anak penyandang cacat/disabilitas masih negatif sehingga pemenuhan hak-hak anak penyandang cacat/ketunaan kurang diperhatikan. Sesungguhnya persamaan hak telah diatur dengan berbagai perangkat undang-undang dan peraturan formal, artinya secara yuridis formal telah memiliki landasan yang sangat kuat, tetapi lantaran tidak adanya sanksi yang jelas dan tegas terhadap pelanggaran peraturan yang ada, mengakibatkan masih banyak anak penyandang cacat/disabilitas yang belum memperoleh hak-haknya.

Secara historis, berdasarkan urutan sejarah berdirinya SLB pertama untuk masing-masing kategori kecacatan, SLB-SLB itu dikelompokkan menjadi:

- (1) SLB bagian A untuk anak tunanetra.
- (2) SLB bagian B untuk anak tunarungu.
- (3) SLB bagian C untuk anak tunagrahita.
- (4) SLB bagian D untuk anak tunadaksa.
- (5) SLB bagian E untuk anak tunalaras.
- (6) SLB bagian G untuk anak cacat ganda.

Pada umumnya, lokasi Sekolah Luar Biasa (SLB) berada di pusat Kota/Kabupaten, padahal anak-anak disabilitas itu tidak hanya berdomisili di pusat Kota/Kabupaten saja melainkan juga tersebar di hampir seluruh wilayah atau daerah kecamatan dan pedesaan. Konsekuensinya sebagian dari mereka, terutama yang tingkat kemampuan ekonomi orang tuanya lemah, terpaksa tidak disekolahkan karena lokasi SLB jauh dari rumah. Sedangkan jika anak-anak berkebutuhan khusus tersebut mau disekolahkan di SD terdekat, sekolah tersebut tidak bersedia menerima karena merasa tidak mampu melayaninya. Jika mereka ada sebagian yang diterima di sekolah reguler di tempat lain, itupun terkendala berbagai macam hal diantaranya adalah tidak adanya guru pembimbing khusus. Akibatnya anak-anak berkebutuhan khusus harus menanggung resiko tidak naik kelas dan akhirnya putus sekolah. Sangat memungkinkan hal ini menjadi salah satu faktor yang mengakibatkan ketidakberhasilan program wajib belajar di Indonesia. Untuk mengatasinya barangkali perlu meningkatkan perhatian terhadap anak berkebutuhan khusus (penyandang disabilitas), baik yang telah memasuki sekolah umum tetapi belum mendapatkan pelayanan pendidikan khusus maupun yang belum mengenyam pendidikan sama sekali karena tidak diterima di SD terdekat atau karena lokasi SLB jauh dari tempat tinggalnya.

Bila diperhatikan secara seksama sebenarnya ada kelemahan dalam sistem pendidikan Sekolah Luar Biasa (SLB). Secara tidak disadari sistem pendidikan SLB telah membangun tembok eksklusifisme bagi anak-anak yang berkebutuhan khusus. Tembok eksklusifisme tersebut selama ini tidak disadari telah menghambat proses saling mengenal antara anak - anak penyandang cacat dengan anak-anak normal. Akibatnya dalam interaksi sosial di masyarakat kelompok penyandang cacat ini menjadi komunitas yang teralienasi dari dinamika sosial di masyarakat. Masyarakat menjadi tidak akrab dengan kehidupan kelompok penyandang cacat. Sementara kelompok penyandang cacat sendiri merasa keberadaannya bukan menjadi bagian yang integral dari kehidupan masyarakat di sekitarnya.

Adapun pendidikan terpadu atau inklusi adalah sekolah reguler yang juga menampung anak berkebutuhan khusus, dengan kurikulum, guru, sarana pengajaran, dan kegiatan belajar mengajar yang sama. Namun sampai saat ini baru sedikit sekolah yang mau menampung anak berkebutuhan khusus di sekolah reguler (umum). Konsep pendidikan terpadu diperkenalkan di Indonesia pada tahun 1978 oleh Helen Keller International, Inc (HKI). Ketika itu HKI membantu Departemen Pendidikan dan Kebudayaan membuka sekolah terpadu bagi anak tunanetra. Keberhasilan proyek itu menyebabkan dikeluarkannya SK Mendikbud nomor 002/U/1986 tentang Pendidikan Terpadu bagi Anak Cacat, yang pada intinya mengatur bahwa anak penyandang cacat yang memiliki kemampuan dapat diterima bersekolah di sekolah reguler. Sayangnya, setelah proyek pendidikan terpadu itu berakhir, implementasi pendidikan terpadu itu semakin mundur, terutama di tingkat sekolah dasar. Akan tetapi menjelang akhir tahun 90-an muncul upaya baru untuk mengembangkan pendidikan inklusif melalui proyek kerjasama antara Depdiknas dengan pemerintah Norwegia di bawah manajemen Braillo Norway dan Direktorat Pendidikan Luar Biasa (PLB). Dengan implementasi pendidikan inklusif diharapkan lebih banyak anak berkebutuhan khusus usia sekolah akan mendapatkan kesempatan bersekolah.

Di Kelurahan Neglasari, Kecamatan Neglasari, Kota Bandung, ada sebuah sekolah nonformal yang dikelola oleh beberapa guru SLB yang merasa prihatin terhadap nasib beberapa anak penyandang disabilitas dari keluarga miskin yang tidak dapat bersekolah di SLB (sekolah formal) karena terkendala biaya (biaya sekolah dan biaya transportasi). Sekolah nonformal ini telah beroperasi sejak tahun 2008. Siswa yang terlibat di sekolah nonformal ini ada 10 (sepuluh) anak yang terdiri dari penderita *cerebral palsy* dan gangguan belajar. Hebatnya adalah sekolah ini dikelola oleh para guru SLB yang berasal dari luar Kelurahan Neglasari. Hanya saja karena sekolah ini merupakan swadaya masyarakat dan aparat Kelurahan Neglasari saja maka hingga kini kondisinya masih jauh dari layak dan sangat kekurangan fasilitas belajar, terutama ruang kelas dan alat peraga.

Sekolah itu pun hanya menempati ruangan berukuran 3x4 m² bekas warung di halaman Kantor Kelurahan Neglasari. Sekolah ini pun bebas biaya karena memang diperuntukan bagi keluarga miskin dan hingga saat ini belum pernah mendapat bantuan dari Pemerintah Kota, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat. Hal ini sangat dimaklumi akibat belum terbentuknya sekolah ini sebagai sekolah yang dikelola oleh Yayasan yang berbadan hukum sehingga tentu saja susah untuk mendapatkan bantuan dari instansi pemerintah.

Sejalan dengan berkembangnya tuntutan kelompok penyandang cacat dalam menyuarkan hak – haknya, kemudian muncul konsep pendidikan inklusi. Salah satu kesepakatan Internasional yang mendorong terwujudnya sistem pendidikan inklusi adalah *Convention on the Rights of Person with Disabilities and Optional Protocol* yang disahkan pada Maret 2007. Pada pasal 24 dalam Konvensi ini disebutkan bahwa setiap negara berkewajiban untuk menyelenggarakan sistem pendidikan inklusi di setiap tingkatan pendidikan. Adapun salah satu tujuannya adalah untuk mendorong terwujudnya partisipasi penuh para penyandang cacat dalam kehidupan masyarakat. Namun dalam prakteknya sistem pendidikan inklusi di Indonesia masih menyisakan persoalan tarik ulur antara pihak pemerintah dan praktisi pendidikan, dalam hal ini para guru.

Pada tahun 2004 telah diadakan Kongres yang menghasilkan kesepakatan di bawah ini. Kongres Internasional ke-8 tentang mengikutsertakan anak penyandang kecacatan ke dalam masyarakat; Menuju Kewarganegaraan yang Penuh 15-17 Juni 2004 Stavanger, menghimbau bahwa negara-negara harus:

- (1) Merumuskan sebuah Rencana Aksi Nasional dengan tujuan yang dinyatakan secara jelas yang berkaitan dengan aksesibilitas, kesehatan – dan layanan sosial dan pendidikan untuk semua anak,
- (2) Menjamin hak atas kewarganegaraan yang penuh dari Anak penyandang Kecacatan dalam semua aspek kehidupan masyarakat seperti layanan kesehatan, pendidikan, program perawatan anak dan program rekreasi,

- (3) Memperkuat partisipasi dan pengaruh anak dan remaja dalam masyarakat dengan memberikan kesempatan untuk ikut serta dalam perencanaan, perancangan dan manajemen dari berbagai macam layanan dan aktivitas yang mempengaruhi kehidupan mereka,
- (4) Mempromosikan inklusif anak-anak dan remaja penyandang kecacatan dalam semua sektor sistem pendidikan seperti pusat rawatan harian, sekolah dasar dan menengah lanjutan, sekolah menengah atas, perguruan tinggi dan semua bentuk pendidikan tinggi, dan juga transisi antara level pendidikan dan pelatihan kerja, dan
- (5) Memperkuat pengukuran kesejahteraan anak yang bersifat preventif yang menargetkan pada anak dan keluarga dan mempromosikan partisipasi dan komunikasi di antara anak, remaja dan mereka yang terlibat dalam layanan kesejahteraan untuk mereka.

Di tahun itu pula di Indonesia, Deklarasi Bandung: Indonesia Menuju Pendidikan Inklusi dalam Lokakarya Nasional tentang Pendidikan Inklusif diselenggarakan di Kota Bandung tanggal pada tanggal 8-14 Agustus 2004. Deklarasi ini menyatakan bahwa keberadaan anak berkelainan dan anak berkebutuhan khusus lainnya di Indonesia untuk mendapatkan kesamaan hak dalam berbicara, berpendapat, memperoleh pendidikan, kesejahteraan dan kesehatan, sebagaimana yang dijamin oleh UUD 1945, mendapatkan hak dan kewajiban secara penuh sebagai warga Negara. Hal ini tertuang dalam:

- (1) Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia [1948].
- (2) Konvensi Hak Anak [1989].
- (3) Deklarasi Dunia tentang Pendidikan untuk Semua [1990].
- (4) Peraturan Standar PBB tentang Persamaan Kesempatan bagi Para Penyandang Cacat [1993].
- (5) Pernyataan Salamanca dan Kerangka Aksi UNESCO [1994].
- (6) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat [1997].
- (7) Kerangka Aksi Dakar [2000].

- (8) Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional [2003].
- (9) Deklarasi Kongres Anak Internasional [2004].

Seluruh dokumen tersebut memberikan jaminan sepenuhnya kepada anak berkelainan dan anak berkebutuhan khusus lainnya dalam memperoleh pendidikan yang bermutu dan berpartisipasi aktif dalam kehidupan masyarakat. Selain Deklarasi Bandung, Lokakarya ini juga menghimbau kepada Pemerintah, institusi pendidikan, institusi terkait, dunia usaha dan industri serta masyarakat untuk dapat:

- (1) Menjamin setiap anak berkelainan dan anak berkebutuhan khusus lainnya mendapatkan kesamaan akses dalam segala aspek kehidupan, baik dalam bidang pendidikan, kesehatan, sosial, kesejahteraan, keamanan, maupun bidang lainnya, sehingga menjadi generasi penerus yang handal,
- (2) Menjamin setiap anak berkelainan dan anak berkebutuhan khusus lainnya, sebagai individu yang bermartabat, untuk mendapatkan perlakuan yang manusiawi, pendidikan yang bermutu dan sesuai dengan potensi dan tuntutan masyarakat, tanpa perlakuan deskriminatif yang merugikan eksistensi kehidupannya baik secara fisik, psikologis, ekonomis, sosiologis, hukum, politis maupun cultural,
- (3) Menyelenggarakan dan mengembangkan pengelolaan pendidikan inklusif yang ditunjang kerja sama yang sinergis dan produktif di antara para stakeholders, terutama pemerintah, institusi pendidikan, institusi terkait, dunia usaha dan industri, orang tua serta masyarakat,
- (4) Menciptakan lingkungan yang mendukung bagi pemenuhan anak berkelainan dan anak berkebutuhan khusus lainnya, sehingga memungkinkan mereka dapat mengembangkan keunikan potensinya secara optimal,
- (5) Menjamin kebebasan anak berkelainan dan anak berkebutuhan khusus lainnya untuk berinteraksi baik secara reaktif maupun

- proaktif dengan siapapun, kapanpun dan di lingkungan manapun, dengan meminimalkan hambatan,
- (6) Mempromosikan dan mensosialisasikan layanan pendidikan inklusif melalui media masa, forum ilmiah, pendidikan dan pelatihan, dan lainnya secara berkesinambungan,
 - (7) Menyusun Rencana Aksi [Action Plan] dan pendanaannya untuk pemenuhan aksesibilitas fisik dan non-fisik, layanan pendidikan yang berkualitas, kesehatan, rekreasi, kesejahteraan bagi semua anak berkelainan dan anak berkebutuhan khusus lainnya, dan
 - (8) Pernyataan ini dibuat dengan penuh kesungguhan dan tanggung jawab untuk Menuju Pendidikan Inklusif di Indonesia.

5.2 Penyelenggaraan Pelayanan Rehabilitasi Medik bagi Anak-anak Penyandang Cacat di Kota Bandung

Sebelum membahas lebih lanjut tentang rehabilitasi medik bagi anak penyandang disabilitas di Kota Bandung, perlu diketahui jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh anak penyandang cacat/disabilitas, yaitu:

- (1) Anak penyandang cacat berhak memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan tahapan tumbuh kembang anak, seperti pelayanan imunisasi, pemenuhan gizi seimbang, dan pemantauan tumbuh kembang anak,
- (2) Anak penyandang cacat berhak memperoleh pelayanan dokter spesialis atau psikolog sesuai dengan jenis dan derajat kecacatan,
- (3) Anak penyandang cacat berhak memperoleh informasi kesehatan seperti kesehatan reproduksi dan kesehatan diri,
- (4) Anak penyandang cacat dari keluarga tidak mampu, pengemis, atau terlantar berhak mendapat jaminan pemeliharaan kesehatan (jamkesmas atau jamkesda setempat) untuk memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit⁵.

⁵http://www.kesehatananak.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=55:melindungi-kesehatan-anak-penyandang-cacat&catid=40:subdit-5&Itemid=83

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan telah menyebutkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis dan bermartabat. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan setinggi-tingginya menjadi sumber daya manusia yang berkualitas, yang diselenggarakan melalui sekolah formal dan informal atau melalui lembaga pendidikan lain. Oleh karena itu pelayanan kesehatan terhadap anak penyandang cacat yang ada di Sekolah Luar Biasa (SLB) harus dilaksanakan sama dan setara seperti yang diberikan pada anak-anak lainnya. Berdasarkan hal tersebut perlu dilakukan pendekatan yang tepat untuk memberikan pelayanan bagi anak penyandang cacat. Pendekatan yang cukup strategis adalah melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di SLB, mengingat SLB merupakan salah satu sasaran UKS yang belum dilaksanakan secara optimal.

Dalam pelaksanaan otonomi daerah suatu pemerintah provinsi maupun kabupaten/kota mempunyai kebijakan untuk mewujudkan peraturan daerah tentang perlindungan penyandang cacat khususnya di daerah dapat menjadi landasan hukum bagi seluruh pihak di daerah baik bagi pemerintah daerah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, dan masyarakat. Sebagai bentuk pelaksanaan otonomi daerah dan implementasinya, dalam hal ini Pemerintah Provinsi Jawa Barat telah menetapkan dalam Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat dan juga telah ditetapkan dalam Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 38 Tahun 2007 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat. Sasaran yang ingin dicapai oleh Pemerintah

Provinsi Jawa Barat dalam penyelenggaraan perlindungan penyandang cacat yaitu:

- (1) Terwujudnya pengakuan, penghormatan dan pemenuhan hak, kewajiban dan peran penyandang cacat dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan,
- (2) Tercapainya fungsi sosial dari penyandang cacat secara wajar sesuai dengan bakat, kemampuan, pendidikan, dan pengalaman,
- (3) Tersedianya peluang dan kesempatan bagi penyandang cacat untuk mengikuti pendidikan, memasuki lapangan kerja sesuai dengan jenis dan derajat kecacatan serta kemampuannya,
- (4) Tersedianya fasilitas kemudahan aksesibilitas yang berbentuk fisik dan non fisik bagi penyandang cacat, dan
- (5) Terbangunnya kesadaran dan komitmen semua pemangku kepentingan untuk mewujudkan kesamaan kesempatan dalam rangka peningkatan kesejahteraan sosial penyandang cacat di segala aspek kehidupan dan penghidupan.

Perda ini merupakan perda pertama kali di Indonesia yang mengatur tentang perlindungan penyandang cacat. Dalam perda ini juga mengatur tentang hak-hak penyandang cacat khususnya dalam bidang kesehatan. Beberapa pasal dalam perda tersebut yang terkait tentang hak-hak kesehatan penyandang cacat adalah

- (1) Pasal 5 ayat (1): Setiap penyandang cacat mempunyai kesamaan kesempatan dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan,
- (2) Pasal 26: Rehabilitasi diarahkan untuk mengoptimalkan dan mengembangkan fungsi fisik, mental dan sosial penyandang cacat agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar sesuai dengan bakat, kemampuan, pendidikan dan pengalaman,
- (3) Pasal 27: Rehabilitasi bagi penyandang cacat meliputi rehabilitasi medik, pendidikan, pelatihan dan sosial,
- (4) Pasal 28 ayat (1): Penyelenggaraan rehabilitasi dilaksanakan secara terpadu dibawah koordinasi Pemerintah Daerah dan dapat dilakukan oleh lembaga-lembaga masyarakat setelah mendapatkan izin dari pejabat yang berwenang,

- (5) Pasal 29: Rehabilitasi medik dimaksudkan agar penyandang cacat dapat mencapai kemampuan fungsionalnya secara maksimal,
- (6) Pasal 30 ayat (1): Setiap penyelenggaraan rehabilitasi medik berkewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan secara utuh dan terpadu melalui tindakan medik kepada penyandang cacat,
- (7) Pasal 30 ayat (2): Pemberian pelayanan rehabilitasi medik kepada penyandang cacat berupa pelayanan dokter, psikologi, fisioterapi, okupasi terapi, terapi wicara, pemberian alat bantu atau alat pengganti, sosial medik dan pelayanan medik lainnya,
- (8) Pasal 35: Rehabilitasi sosial dimaksudkan untuk memulihkan dan mengembangkan kemauan dan kemampuan penyandang cacat agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara optimal dalam hidup bermasyarakat, dan
- (9) Pasal 35 ayat (1): Rehabilitasi sosial dilakukan dengan pemberian pelayanan sosial secara utuh dan terpadu melalui kegiatan pendekatan fisik, mental dan sosial berupa motivasi dan diagnosa psikososial; bimbingan mental; bimbingan fisik; bimbingan sosial; bimbingan ketrampilan; terapi penunjang; bimbingan resosialisasi; bimbingan dan pembinaan usaha; dan bimbingan lanjut.

Dalam Perda ini juga dijelaskan bahwa tidak hanya Pemerintah Daerah saja yang bertanggung jawab untuk memenuhi hak penyandang cacat tetapi juga melibatkan semua pihak baik swasta maupun masyarakat yang ikut berpartisipasi dalam penyelenggaraan perlindungan penyandang cacat seperti yang tertuang dalam pasal 44 sampai pasal 46. Pada pasal 47 sampai pasal 52 dalam perda ini Pemda Jawa Barat juga mengatur tentang pembentukan lembaga koordinasi dan pengendalian peningkatan kesejahteraan sosial penyandang cacat daerah. Tugas dan wewenang dari LKP2KS penyandang cacat daerah meliputi: a. Menyusun dan melaksanakan koordinasi kebijaksanaan dan program upaya peningkatan kesejahteraan sosial penyandang cacat; b. Memberikan pertimbangan, saran dan usul kepada Pemerintah Daerah dalam peningkatan kesejahteraan sosial penyandang cacat; c. Melaksanakan penelitian, pengkajian, pemantauan, evaluasi dan pengendalian umum kebijakan dan program upaya peningkatan

kesejahteraan sosial penyandang cacat; d. Melaksanakan kerjasama dengan lembaga dan/atau badan, baik dari dalam maupun luar negeri; e. Menerima, meneliti serta mengkaji saran dan pertimbangan dari masyarakat.

Pelayanan rehabilitasi di Kota Bandung tidak hanya diselenggarakan oleh pihak Pemerintah namun pihak swasta juga ikut berperan serta. Dalam pelaksanaan otonomi daerah dan implementasinya dalam hal ini Pemerintah Provinsi Jawa Barat telah menetapkan dalam Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat dan juga telah ditetapkan dalam Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 38 Tahun 2007 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat. Sasaran yang ingin dicapai oleh Pemerintah Provinsi Jawa Barat dalam penyelenggaraan perlindungan penyandang cacat yaitu (1) Terwujudnya pengakuan, penghormatan dan pemenuhan hak, kewajiban dan peran penyandang cacat dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan; (2) Tercapainya fungsi sosial dari penyandang cacat secara wajar sesuai dengan bakat, kemampuan, pendidikan, dan pengalaman; (3) Tersedianya peluang dan kesempatan bagi penyandang cacat untuk mengikuti pendidikan, memasuki lapangan kerja sesuai dengan jenis dan derajat kecacatan serta kemampuannya; (4) Tersedianya fasilitas kemudahan aksesibilitas yang berbentuk fisik dan non fisik bagi penyandang cacat; dan (5) Terbangunnya kesadaran dan komitmen semua pemangku kepentingan untuk mewujudkan kesamaan kesempatan dalam rangka peningkatan kesejahteraan sosial penyandang cacat di segala aspek kehidupan dan penghidupan.

Sebelum ditetapkannya Perda Nomor 36 Tahun 2010 muncul, Pemerintah Kota Bandung juga telah mengeluarkan Perda Nomor 26 Tahun 2009 mengenai Kesejahteraan dan Pemberdayaan Penyandang Cacat. Dalam perda ini juga diatur mengenai hak-hak kesehatan bagi penyandang cacat. Pemerintah Kota Bandung dalam mengimplementasikan perda ini tidak hanya dari pihak Pemerintah saja

tetapi ikut melibatkan semua pihak swasta dan masyarakat dalam perlindungan hak-hak bagi penyandang cacat. Peran Pemerintah Kota Bandung dalam upaya perlindungan hak-hak kesehatan bagi penyandang cacat diselenggarakan oleh Dinas Sosial, Dinas Pendidikan dan Dinas Kesehatan Kota Bandung. Secara umum, penyelenggaraan rehabilitasi bagi penyandang cacat terdiri dari tiga yaitu (1) Secara institusional: rehabilitasi medik, rehabilitasi pendidikan, rehabilitasi sosial, dan kelas karya (prevocasional training); (2) Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat (RBM) dan (3) Rehabilitasi Dalam Keluarga (RDK). Dinas Sosial sebagai motor institusi pemerintah yang menangani penyandang cacat mempunyai beberapa program yang terkait diantaranya (1) Rehabilitasi medik meliputi pelayanan pemeriksaan dokter, fisioterapi, okupasi terapi, speech terapi dan psikologi; (2) Rehabilitasi pendidikan; (3) Rehabilitasi keterampilan; (4) Rehabilitasi sosial meliputi kunjungan sosial, kunjungan rumah dan (5) Rehabilitasi bersumberdaya masyarakat.

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. Tujuannya untuk mengenal penyandang cacat secara maksimal, memperkecil ketidakmampuan fisik (bila memungkinkan) dan melatih kembali orang yang memiliki cacat fisik dan melatih bekerja dalam keterbatasan sampai batas maksimal kemampuannya. 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 terrapiutik 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. Salah satu contoh kemampuan motorik yaitu menulis, menggambar, mewarnai, menggunting dan menempel, mengancing baju, mengikat tali sepatu dan melipat.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di SLB D YPAC dan SLB Cicendo di Kota Bandung, bahwa penyelenggaraan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di SLB tersebut belum berjalan maksimal. Pada SLB D YPAC yaitu sekolah bagi anak-anak tuna daksa, setiap hari rabu ada jadwal kontrol dari dokter dan psikolog untuk memantau kesehatan fisik dan mental. Dalam hal ini pihak sekolah SLB D YPAC bekerja sama dengan RS. Hasan Sadikin yang notabene pengurus YPAC juga bekerja di rumah sakit tersebut. Sedangkan pada SLB Cicendo untuk anak-anak tuna rungu, pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga Puskesmas hanya jika ada kasus rujukan. SLB Cicendo ini juga tidak memiliki tenaga dokter maupun psikolog untuk pendampingan dan pemantauan kesehatan sehingga UKS belum berjalan di SLB ini bahkan untuk pemeriksaan THT dilakukan sendiri oleh para guru-guru di SLB Cicendo.

Dalam pelayanan kesehatan di SLB, peran petugas Puskesmas seharusnya menjadi sangat penting meskipun telah diketahui bersama jika tenaga kesehatan masih sangat terbatas ditambah dengan beban pekerjaan yang tidak hanya melayani kesehatan anak-anak penyandang cacat saja tetapi juga melayani kesehatan semua golongan umur. Namun, dengan adanya koordinasi kerjasama dan komunikasi antara tenaga kesehatan di Puskesmas, guru Pembina UKS, kader kesehatan akan dapat berjalan. Sejatinya pelaksanaan UKS perlu dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan dengan tujuan agar derajat kecacatan yang menyebabkan gangguan fungsi menjadi tidak semakin bertambah serta mempercepat atau meningkatkan pemulihan sehingga akan mengurangi ketergantungan terhadap orang lain, selain itu juga meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit ataupun cedera serta

menghindari terjadinya komplikasi akibat kecacatan yang disandanginya. Salah satu contoh bentuk pentingnya UKS dilakukan di SLB yaitu, pada pendidikan kesehatan yang dilakukannya penyuluhan baik pada siswa, anak maupun orang tua mengenai perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pencegahan penyalahgunaan NAPZA/narkoba dan kesehatan reproduksi. Seperti salah satu contoh pada murid SLB D YPAC, secara umur sudah termasuk dewasa namun karena retardasi mental yang dimilikinya perlu diberi pemahaman mengenai kesehatan reproduksi. Disamping pengetahuan kesehatan, beberapa hal yang perlu untuk dilakukan dalam UKS di SLB adalah pelayanan kesehatan (meliputi pemeriksaan kesehatan berkala, imunisasi, pembinaan terhadap warung sekolah); pengetahuan gizi serta pengetahuan kesehatan bagi dirinya.

Seperti yang diketahui bersama, bahwa Puskesmas mempunyai empat pelayanan kesehatan yaitu *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif*. Pelayanan kesehatan di SLB pada dasarnya sama seperti dengan pelayanan kesehatan di sekolah umum lainnya. Bentuk pelayanan promotif yang dapat dilakukan oleh pihak Puskesmas adalah: (1) Pemahaman media komunikasi informasi edukasi (KIE); (2) Penyebarluasan informasi PHBS seperti pemasangan poster sebagai cara konvensional maupun dengan *life skiil education* bagi anak penderita retardasi mental, karena dalam penelitian diketahui bahwa tindakan mudah seperti pemasangan poster tentang kesehatan maupun PHBS belum ada di SLB di wilayah Kota Bandung; (3) Penyuluhan gizi seimbang, pencegahan NAPZA. Adapun fungsi bentuk pelayanan promotif bagi anak-anak penyandang cacat yaitu untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan. Sedangkan bentuk pelayanan preventif yang telah dilakukan petugas Puskesmas di Kota Bandung selama ini hanya memfollow up pada pemberian imunisasi campak (anak usia 6) dan imunisasi DDT (anak usia 7-8 tahun) saja, padahal seperti yang diketahui bentuk pelayanan preventif tidak hanya pada imunisasi tetapi juga pada pemberian suplemen vitamin A, pemberian yodium, pemberian tablet Fe. Berdasar yang telah dikemukakan, oleh sebab itu pelayanan UKS perlu untuk

dilakukan dan setiap tiga bulan sekali diharapkan Puskesmas melakukan pencatatan pelaporan kesehatan anak-anak penyandang cacat kepada Dinas Kesehatan Kota/ Kabupaten. Setiap enam bulan sekali Dinas Kesehatan Kota/ Kabupaten melaporkan hasil UKS kepada Dinas Kesehatan Provinsi baru kepada Kementerian Kesehatan.

Menurut tim peneliti, sesungguhnya penanganan kesehatan bagi anak-anak penyandang disabilitas di SLB seharusnya dimulai secara dini ketika proses penerimaan murid baru yang disesuaikan dengan tingkat kecacatannya yang juga didukung dengan hasil rekam medis yang dilakukan oleh dokter (dokter anak, dokter syaraf, dokter bedah tulang), psikolog, fisioterapi, okupasional terapi dan *speech* terapi. Ketika hasil medis dari anak telah ada dan mereka bersekolah sesuai dengan tingkat kecacatannya akan memudahkan para guru di SLB dalam melakukan kegiatan belajar, namun kesemua proses ini tetap membutuhkan dana dari pemerintah maupun bantuan sosial dari masyarakat.

Dalam pelayanan rehabilitasi bagi penyandang cacat, Pemerintah Kota Bandung tidak hanya berfokus pada rehabilitasi medik saja yang diselenggarakan oleh YPAC maupun rehabilitasi pendidikan yang dilakukan oleh Sekolah Luar Biasa (SLB) namun rehabilitasi yang bersumberdaya masyarakat juga dilakukan bahkan Kota Bandung merupakan kota pelopor di Indonesia dalam penyelenggaraan rehabilitasi bersumberdaya masyarakat (RBM). Program ini dimulai sejak tahun 1985 dan ditujukan bagi seluruh penyandang cacat tanpa memandang golongan ekonomi dan umur. Dalam program ini keluarga berfungsi sebagai pelatih dibantu dengan seorang kader yang mencatat penemuan baru dan kondisi perkembangan penyandang cacat. Menurut Data Dinas Sosial Kota Bandung Tahun 2009 terdapat 1383 kader dan 10.200 penyandang cacat yang tersebar di 30 kecamatan dan 151 kelurahan seluruh Kota Bandung. Peran kader dalam RBM ini sangat dibutuhkan tidak hanya mencatat tetapi juga memberikan dorongan moril kepada keluarga. Namun apabila membutuhkan pelayanan kesehatan, pendidikan, dan

ketrampilan yang lebih tinggi maka akan dikirim atau dirujuk ke tingkat yang lebih tinggi.

Tujuan utama program RBM ini adalah untuk menjangkau seluruh penyandang cacat di Kota Bandung yang belum tersentuh pelayanan melalui kader yang mendatangi rumah penyandang cacat. Berkaitan dengan hak kesehatan bagi penyandang disabilitas terutama bagi anak-anak penyandang disabilitas dari golongan ekonomi bawah, kader RBM juga ikut membantu dalam pengajuan kartu sehat (jamkesmas) dan ikut membantu merujuk anak-anak penyandang disabilitas ke RS. Hasan Sadikin untuk memperoleh pengobatan kesehatan apabila ada kasus-kasus yang berat. Pengobatan dan kontrol kesehatan bagi anak-anak penyandang cacat juga dilakukan melalui puskesmas setempat. Memang untuk saat ini di Kota Bandung masih RS Hasan Sadikin saja yang menjadi rujukan RBM namun kedepannya diharapkan akan ada lebih banyak rumah sakit yang menjadi rujukan sehingga tidak hanya terfokus pada satu rumah sakit saja. Selama ini, kerjasama antara kader RBM dan petugas Puskesmas sudah terjalin komunikasi yang baik. Bagi anak-anak penyandang disabilitas dari keluarga ekonomi miskin secara rutin mendapatkan kontrol kesehatan dan pengobatan penyakit ringan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas setempat. Rehabilitasi medik bagi anak-anak penyandang cacat dari golongan ekonomi ke bawah melalui YPAC juga dilakukan. Dalam hal pemenuhan kebutuhan gizi bagi anak-anak penyandang disabilitas setiap bulannya memperoleh dana Rp 300.000 untuk pemenuhan kebutuhan susu.

Sangat menarik untuk diketahui bahwa program RBM di Kota Bandung adalah yang tercatat berhasil dan sangat baik. Hal ini disebabkan oleh:

- (1) Diketahui oleh Istri Wali Kota Bandung sehingga ada keterikatan antara figure pemimpin dengan sistem yang ada,
- (2) Kader RBM (260 orang) merupakan orang-orang yang memiliki integritas tinggi sehingga meskipun tidak mendapatkan upah atas hasil kerjanya namun mereka tetap setia dan sabar mendampingi

para penyandang disabilitas di Kota Bandung yang berasal dari keluarga miskin.

RBM juga memberi bantuan kursi roda kepada setiap kelurahan tiap tahun, masing-masing 1 buah kursi roda. Dengan kata lain, pola advokasi RBM adalah dengan *action* (tindakan). Selain itu ada juga program untuk menganggarkan bantuan untuk anak-anak penyandang disabilitas dari keluarga miskin yang memungkinkan kondisi fisiknya untuk bersekolah. Mereka dikirim ke SLB yang jaraknya terdekat dari rumah mereka untuk memudahkan perjalanannya dan tidak melelahkan bagi fisik anak tersebut.

Sebagai salah satu bentuk penghargaan terhadap kader atas dedikasi dan ketulusan dalam program RBM maka mulai pada tahun 2010, setiap tahunnya akan diadakan pemilihan enam kader terbaik dan kecamatan terbaik. *Reward* ini diharapkan akan menjadi motivasi para kader untuk tetap melakukan tugas mulia ini meskipun tidak mendapatkan upah yang setimpal. Sedangkan untuk peningkatan pengetahuan para kader RBM, pada tahun 2012 akan diadakan pelatihan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan untuk penanganan anak-anak autis karena beberapa data menunjukkan jika jumlah anak-anak penderita autis mulai mengalami peningkatan di Kota Bandung.

Kota Bandung sebagai daerah percontohan, keberhasilan program RBM tidak hanya akan diikuti oleh beberapa kota dan kabupaten di Indonesia namun sejak tahun 2009 tercatat terdapat kunjungan dari sebelas negara dan pada tahun 2010 mendapatkan kunjungan dari tujuh negara. Namun, dengan keberhasilan RBM yang telah ditunjukkan di Kota Bandung tetap harus ditingkatkan karena masih banyak anak-anak penyandang disabilitas yang belum teridentifikasi dan permasalahan kesehatan anak-anak penyandang disabilitas yang lebih kompleks sehingga membutuhkan penanganan spesifik. Seperti yang telah dijelaskan diatas bahwa tujuan utama program RBM ini adalah untuk menjangkau seluruh penyandang disabilitas di Kota Bandung yang belum tersentuh pelayanan melalui kader yang mendatangi rumah penyandang disabilitas.

Dalam perkembangannya, peran RBM ini akan diakomodir dalam suatu Peraturan Walikota Kota Bandung yang pada awal pembentukannya merupakan hak inisiatif dari dewan. Dalam Peraturan Walikota ini, hal-hal yang berkaitan dengan penyandang disabilitas akan lebih spesifik diatur dan dibawah pengawasan dinas-dinas yang ada yaitu: (1) Bidang pemberdayaan dibawah pengawasan Badan Kepegawaian Daerah (BKD) dan Dinas Tenaga Kerja; (2) Bidang rehabilitasi dibawah pengawasan Dinas Sosial, Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan; dan (3) Bidang akutabilitas dibawah pengawasan Dinas Tata Ruang, Dinas Perhubungan dan Dinas Pertamanan. Terkait dengan bidang rehabilitasi (kesehatan) dibawah pengawasan Dinas Kesehatan diharapkan peran Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin lebih diimplementasikan pada penyandang disabilitas terutama anak-anak penyandang disabilitas. Karena selama ini peran Puskesmas dalam kesehatan anak-anak penyandang disabilitas seharusnya tidak hanya secara fungsi kuratif dan rehabilitatif saja tetapi juga melibatkan fungsi *promotif* dan *preventif*. Hal ini disebabkan keterbatasan pengetahuan seorang kader RBM dalam pendeteksian kesehatan, karena selama ini kader RBM hanya akan merujuk ke Puskesmas jika ada yang sakit. Mengingat penanganan anak-anak penyandang disabilitas terutama dalam kesehatan tidak semudah membalik telapak tangan sehingga membutuhkan kerjasama dan koordinasi yang lebih terintegrasi antara peran kader RBM dan peran petugas Puskesmas dan dalam hal ini juga pentingnya koordinasi lintas sektor pada jajaran Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial.

Namun seperti yang telah dikemukakan di depan bahwa kader sebagai fungsi dari masyarakat memiliki keterbatasan khususnya bidang kesehatan, maka Dinas Kesehatan (petugas Puskesmas dengan lingkup lebih kecil) sebagai fungsi dari pemerintah di bidang kesehatan harus turut berperan. Pelayanan kuratif dan rehabilitatif bagi anak-anak penyandang disabilitas memang sudah dilakukan oleh petugas Puskesmas di Kota Bandung namun seperti kebanyakan yang terjadi di seluruh wilayah Indonesia, bahwa fungsi promotif dan preventif masih

belum maksimal dilakukan. Anak-anak penyandang disabilitas memiliki masalah kesehatan yang lebih kompleks dibanding anak-anak yang lain. Anak penyandang disabilitas perlu dikenali dan diidentifikasi dari kelompok anak pada umumnya, karena mereka memerlukan pelayanan yang bersifat khusus, seperti pelayanan medik, pendidikan khusus maupun latihan-latihan tertentu yang bertujuan untuk mengurangi keterbatasan dan ketergantungan akibat kelainan yang diderita, serta menumbuhkan kemandirian hidup dalam bermasyarakat. Mereka telah memiliki kecacatan dalam tubuhnya maka setidaknya mereka dapat diminimalkan terhindar dari penyakit-penyakit yang seharusnya bisa dihindari dengan cara promotif yang dilakukan oleh tenaga Puskesmas, misalnya misalnya penyuluhan kesehatan PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat) seperti perilaku cuci tangan sebelum dan sesudah makan maupun cuci tangan setelah buang air besar dan perilaku manusia dan gosok gigi yang melibatkan para kader, keluarga dari anak penyandang disabilitas maupun anak itu sendiri. Dengan pengetahuan kesehatan dasar yang dimiliki dapat menghindarkan anak-anak penyandang disabilitas tidak mengalami penyakit yang lainnya.

5.3 Aksesibilitas Bagi Anak Penyandang Cacat/Disabilitas

Menurut data SUSENAS tahun 2009, jumlah penyandang disabilitas di Indonesia mencapai 2.126.785 jiwa (BPS, SUSENAS tahun 2009). Prevalensi penyandang cacat di Indonesia mencapai 0,92% dari total penduduk Indonesia (\pm 230 juta jiwa) pada tahun itu. Dari jumlah ini sudah sewajarnya bila Negara, sebagai agen pemenuhan HAM bagi tiap warganya, menyelenggarakan juga pemenuhan aksesibilitas bagi warganya yang menjadi penyandang disabilitas. Sekitar awal tahun 2000 ada satu kabar gembira bagi para penyandang disabilitas di Indonesia. Sebuah pernyataan yang dikutip dari *Seminar on Air – PPI Tokyo Institute of Technology* (1999 - 2000:119-126) menyebutkan bahwa:

“Dengan dicanangkannya Gerakan Aksesibilitas Umum Nasional (GAUN) 2000, para penyandang cacat akan memperoleh pelayanan yang sama dengan orang normal

lainnya. Para penyandang cacat akan mempunyai kesempatan yang sama dan sejajar dengan orang biasa yang tidak mengalami cacat fisik.”

Hal ini menunjukkan bahwa selama ini para penyandang disabilitas di Indonesia belum memperoleh haknya untuk mendapat pelayanan yang memadai dalam beraktifitas sehari-hari.

Di beberapa Negara maju (antara lain: Amerika Serikat, Inggris, Jepang, Korea dan Singapura) aksesibilitas bagi para penyandang disabilitas ke tempat-tempat umum, misalnya seperti: kantor instansi pemerintah, sekolah, pusat perbelanjaan, stasiun, bandara, hingga rumah sakit, sudah tersedia dan berfungsi dengan baik. Tidak hanya itu, bahkan toilet umum pun telah mengakomodir kebutuhan para penyandang disabilitas. Tempat-tempat itu telah dilengkapi dengan *lift*, *escalator*, dan telepon umum yang dirancang khusus sehingga mudah digunakan oleh para penyandang disabilitas, termasuk mereka yang masih anak-anak.

Pemerintah mereka pun telah memperhatikan kebutuhan penyandang disabilitas dalam hal transportasi. Pesawat, kapal laut, bus dan kereta telah memiliki fasilitas khusus seperti tangga khusus dan kursi atau ruang (*space*) khusus bagi para penyandang disabilitas. Bahkan kendaraan pribadi (mobil atau sepeda motor) yang dirancang khusus untuk dikendarai penyandang disabilitas. Trotoar jalan pun telah dibangun dengan memperhitungkan kemudahan bagi penggunaannya, termasuk kelompok rentan seperti penyandang disabilitas dan para lanjut usia. Di area parkir pun telah diberi area khusus agar para pengendara yang menyandang disabilitas dapat memarkir kendaraannya. Dan semua fasilitas infrastruktur itu dituangkan dalam peraturan perundang-undangan yang dipatuhi oleh semua pihak. Semua itu diberikan bagi penyandang disabilitas bukan sebagai keistimewaan (*privilege*) namun sebagai pemenuhan haknya sebagai warga Negara sehingga mereka dapat ikut beraktifitas seperti orang lain yang secara fisik dan mental normal serta tidak membuat mereka menjadi warga Negara kelas dua.

Country Study Report yang dipublikasikan di tahun 2005 menyatakan bahwa salah satu penyebab mengapa persoalan rehabilitasi sosial para penyandang disabilitas dan aksesibilitasnya di Indonesia penuh keterbatasan dan tidak maksimal merupakan akibat rendahnya anggaran pembangunan (APBN) di bidang rehabilitasi sosial dan perlindungan terhadap penyandang disabilitas, yaitu hanya 0,5 persen dari total APBN. Padahal menurut data SUSENAS dan data Kementerian Sosial, jumlah penyandang disabilitas terus meningkat (termasuk yang ditangani oleh Kementerian Sosial RI) selama 5 tahun terakhir ini.

Selain faktor kurangnya kesadaran hukum di Indonesia serta kecilnya anggaran pembangunan bagi penyandang disabilitas, lingkungan sosial juga mempengaruhi rendahnya tingkat partisipasi penyandang disabilitas (terutama anak-anak). Stigma negatif terhadap penyandang disabilitas ironisnya dibangun di lingkungan keluarga dan tempat tinggalnya. Pengabaian, tuduhan, penghinaan bahkan pengucilan terhadap anak penyandang disabilitas mengakibatkan dampak psikologi yang hebat terhadap perkembangan jiwanya. Bahkan tidak sedikit dari anak-anak penyandang disabilitas yang “dibuang” ke panti sosial untuk sekedar menghilangkan “aib” keluarga. Atau yang lebih menyedihkan lagi banyak dari anak-anak penyandang disabilitas yang berasal dari keluarga miskin dikaryakan untuk menjadi pengemis untuk menghidupi keluarganya. Hal-hal inilah yang menciptakan stigma negatif di masyarakat pada umumnya bahwa penyandang disabilitas hanya menjadi beban sosial. Yang terjadi kemudian adalah penafikan keberadaan para penyandang disabilitas sehingga posisi tawar mereka di tingkat pengambilan keputusan sangat rendah dan pada akhirnya menjadi bidang yang tidak terlalu penting untuk didanai secara maksimal dalam pembangunan infrastruktur dan sumber daya manusianya. Sementara itu pemahaman dan komitmen para pembambil keputusan di semua tingkat (Pusat dan Daerah) terhadap UU No.4/1997 dan PP No.43/1998 pun masih sangat rendah.

Pasal 11 ayat (1) PP No.43/1998 menyebutkan penyediaan aksesibilitas berbentuk fisik dilaksanakan pada sarana dan pra sarana

umum meliputi: (a) aksesibilitas pada bangunan umum; (b) aksesibilitas pada jalan umum; (c) aksesibilitas pada pertamanan dan pemakaman umum; dan (d) aksesibilitas pada angkutan umum. Pasal 11 ayat (2) menyebutkan penyediaan aksesibilitas yang berbentuk non fisik, meliputi: (a) pelayanan informasi; dan (b) pelayanan khusus. Secara rinci, ketentuan Pasal 11 ayat (1) dan (2) serta Pasal 12 PP No. 43 Tahun 1998 tentang aksesibilitas pada bangunan umum dilaksanakan dengan menyediakan: (a) akses ke, dari dan di dalam bangunan; (b) pintu, tangga, *lift* khusus untuk bangunan bertingkat; (c) tempat parkir dan tempat naik turun penumpang; (d) toilet; (e) tempat minum; (f) tempat telepon; (g) peringatan darurat; dan (h) tanda-tanda (*signage*) lainnya.

Di Kota Bandung yang masyarakatnya sudah terbiasa berinteraksi dengan penyandang disabilitas, beberapa pusat perbelanjaan telah memberi akses bagi komunitas ini untuk dapat beraktifitas di tempat itu pula. Tempat-tempat itu antara lain: Isola Resort (*lift* dengan Braille), Bandung Super Mall dan Grand Pasundan. Beberapa kantor instansi pemerintah dan kantor perusahaan swasta pun telah memiliki aksesibilitas bagi penyandang disabilitas.

BAB VI

P E N U T U P

6.1 Kesimpulan

Hingga hasil penelitian ini ditulis, pengabaian terhadap pemenuhan hak pendidikan dan kesehatan bagi anak-anak penyandang disabilitas masih terjadi, baik oleh lingkungan masyarakat terkecil (keluarga) maupun lingkungan masyarakat terbesar (Negara). Anak-anak sebagai aset bangsa dalam pandangan masyarakat secara umum masih bertolak pada ukuran sempurna fisik dan mental dalam arti tidak ada hambatan fungsi dalam aktifitas sehari-hari, maka tidak mengherankan bahkan untuk sebuah sekolah inklusi pun masih belum sepenuhnya mengakomodir kebutuhan anak penyandang disabilitas sesuai derajat disabilitasnya. Jumlah anak penyandang disabilitas yang jauh lebih sedikit dari anak-anak yang normal secara fisik maupun mental mengakibatkan adanya semacam proses terselubung yang mengarahkan anak-anak penyandang disabilitas untuk memilih sekolah khusus/Sekolah Luar Biasa (SLB) berdasar kepada Pasal 8 ayat (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional yang menyatakan bahwa warga negara yang memiliki kelainan fisik dan atau mental berhak memperoleh pendidikan luar biasa. Mereka nyaris tidak memiliki kesempatan untuk bersekolah di sekolah umum sekalipun secara kualitas otak dan pemahaman mampu menyerap ilmu dan mengikuti pendidikan di sekolah umum. Keberadaan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat, Peraturan Pemerintah 43 Tahun 1998 tentang Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Penyandang Cacat serta SK Mendikbud Nomor 002/U/1986 tentang Pendidikan Terpadu Bagi Anak Cacat, belum menjadi landasan kuat bagi setiap Pemerintah Daerah untuk menjadi agen pemenuhan hak penyandang disabilitas dalam pendidikan dan jaminan kesehatannya.

Provinsi Jawa Barat merupakan salah satu provinsi yang secara tegas dan nyata menunjukkan kepeduliannya terhadap penduduknya yang menjadi penyandang disabilitas. Hal itu ditunjukkan dengan adanya Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Penyandang Cacat. Bahkan Kota Bandung yang sejak tahun 1930an telah memiliki lembaga pendidikan formal bagi penyandang tunarungu, telah lebih dulu membidani lahirnya Perda Kota Bandung Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan dan Pemberdayaan Penyandang Cacat yang menunjukkan animo masyarakat Kota Bandung untuk peduli terhadap penyandang disabilitas di wilayahnya cukup tinggi. Terlebih lagi, baik Perda Provinsi Jawa Barat No.10/2006 maupun Perda Kota Bandung No.26/2009 merupakan aspirasi DPRD (yang merupakan wakil rakyat) sehingga dapat dikatakan bahwa peraturan ini berangkat dari rakyat, oleh rakyat, dan untuk rakyat, dan bukan semata-mata inisiatif Kepala Daerah saja.

Di Kota Bandung hingga saat ini tercatat 46 SLB yang dua diantaranya telah berstatus SLB Negeri. Hanya saja tidak semua SLB yang ada benar-benar telah mampu memenuhi kebutuhan seluruh anak penyandang disabilitas di Kota Bandung. Rasio jarak (yang berkaitan dengan biaya dan alat transportasi) dan jumlah anak penyandang disabilitas yang membutuhkan fasilitas pendidikan sesuai dengan jenis kecacatannya menjadi kendala terbesar selain juga besarnya biaya yang harus ditanggung oleh masing-masing Yayasan penyelenggara pendidikan luar biasa itu. Pada akhirnya, masih sangat banyak anak-anak penyandang disabilitas yang berasal dari keluarga miskin menjadi semakin tidak berdaya akibat kebodohan dan seringkali semakin dikucilkan akibat stigma “tidak berguna” yang melekat di tubuh anak penyandang disabilitas itu.

Tidak hanya itu saja, ternyata ada juga beberapa SLB yang dikelola Yayasan tertentu yang menjadikan anak-anak penyandang disabilitas sebagai komoditi untuk mencari keuntungan para anggota yayasan dan guru pengajarnya. Informasi ini didapat dari beberapa guru SLB yang mengalami kesulitan ketika hendak meminta bantuan dana

kepada pihak swasta dengan adanya tuduhan bahwa SLB hanya mencari keuntungan di atas penderitaan orang cacat. Segelintir oknum yang melakukan perdagangan masalah kemanusiaan itu telah mengakibatkan terkendalanya kesempatan sekian banyak anak-anak penyandang disabilitas dari keluarga miskin untuk menikmati pendidikan yang layak bagi kemandirian mereka.

Sementara itu sekalipun Pemerintah Kota Bandung dan Provinsi Jawa Barat telah mengakomodir hak penyandang disabilitas dalam produk hukumnya yang sah, namun kecilnya jumlah dana yang dianggarkan tetap menjadi persoalan tersendiri dalam pemenuhan hak penyandang disabilitas di wilayah itu. Belum lagi masih cukup rendahnya kesadaran masyarakat yang memiliki anak penyandang disabilitas untuk membuka diri dan menyekolahkan anaknya yang disabilitas, sehingga Pemda mengalami kesulitan mendapatkan data yang akurat tentang anak penyandang disabilitas di wilayah tersebut. Mereka tidak hanya berasal dari keluarga miskin tapi juga berasal dari golongan kaya. Rasa malu atau ketidaktahuan mereka tentang pentingnya kesehatan anak-anak penyandang disabilitas itu mengakibatkan terisolirnya anak-anak itu. Bahkan yang lebih parah lagi, tidak sedikit anak-anak penyandang disabilitas berat yang berumur pendek akibat komplikasi penyakit yang terlanjur parah.

Dalam hal kesehatan, anak-anak penyandang disabilitas di Kota Bandung cukup tertolong dengan adanya program RBM yang para kadernya memiliki integritas tinggi sehingga sangat proaktif terhadap warga yang memiliki anggota keluarga penyandang disabilitas, terutama yang masih berusia anak-anak. Tiap bulan mereka bersama dengan tenaga medis dari Puskesmas di kecamatan yang bersangkutan memeriksa kesehatan anak-anak penyandang disabilitas dan memberi bantuan Rp.300.000 per bulan bagi pemenuhan gizinya (misal: susu, vitamin, makanan, dan bila perlu untuk membeli *pampers*).

Kader RBM juga selalu melakukan pendekatan secara kekeluargaan terhadap keluarga yang masih menutup diri karena malu

memiliki anak penyandang disabilitas. Bagi mereka yang miskin, kader RBM menjadi fasilitator dalam hal kesehatan dan pendidikan sehingga mereka dapat melakukan pemeriksaan dan perawatan terhadap anak-anak penyandang disabilitas di Puskesmas atau Rumah Sakit terdekat serta bersekolah di SLB terdekat sesuai jenis kecacatannya. Hanya saja kembali pada persoalan pminimnya dana yang ada, kader RBM sendiri merasa belum maksimal sehingga masih sering menjumpai kasus di masyarakat yang ketahuan anaknya ada yang menjadi penyandang disabilitas berat ketika anak tersebut kondisi kesehatannya sudah cukup parah bahkan tidak tertolong lagi nyawanya.

Dari paparan dalam hasil penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa pemenuhan hak pendidikan dan kesehatan anak-anak penyandang disabilitas bukan semata-mata menjadi kewajiban Pemerintah sebagai penyelenggara pemenuhan HAM setiap warga negaranya. Pemenuhan hak mereka juga menjadi tanggung jawab masyarakat sebagai lingkungan yang menjadi tempat terjadinya interaksi setiap individu, termasuk anak-anak penyandang disabilitas. Lingkungan itu juga termasuk keluarga yang menjadi tempat seorang anak penyandang disabilitas memaklumi keterbatasan fungsi tubuh dan atau mentalnya, sekaligus juga sebagai motivator baginya untuk bisa menikmati hidup dan berperan serta berprestasi dalam aktifitasnya sehari-hari.

6.2 Rekomendasi

Masalah kecacatan (disabilitas) tidak lagi menjadi tanggung jawab Kementerian Sosial semata. Perlu juga adanya Kebijakan dan Program yang dituangkan dalam RAN Penyandang Cacat/Disabilitas di luar kesejahteraan sosial untuk direncanakan dan dianggarkan secara sistematis pada kementerian/lembaga lainnya sehingga tidak ada lagi keluhan adanya kendala dalam pemenuhan hak penyandang disabilitas. Bila memungkinkan bahkan keterbatasan anggaran Kementerian Sosial dalam upaya rehabilitasi sosial penyandang cacat (disabilitas) baik dalam APBN maupun yang dialokasikan ke Daerah melalui pendanaan Dekonsentrasi ditambahkan jumlahnya melalui Program Kemitraan

dengan pihak Swasta sehingga dapat menjangkau anak-anak penyandang disabilitas dari keluarga miskin.

Sejalan dengan semua program yang dianggarkan Pemerintah, ada beberapa hal yang perlu dilakukan oleh setiap anggota masyarakat dalam membangun jiwa dan pikiran yang sehat anak-anak penyandang disabilitas, yaitu:

- (1) Jangan pernah mengucilkan anak penyandang disabilitas,
- (2) Perlu adanya kesempatan dan fasilitas untuk meningkatkan kemampuan kecerdasan anak penyandang disabilitas karena disabilitas bukan halangan untuk berkarya dan berprestasi. Seorang anak penyandang disabilitas meskipun memiliki keterbatasan, namun mereka memiliki kemampuan kecerdasan yang dapat digali dan ditingkatkan dalam bentuk kecerdasan lain,
- (3) Jadikan anak-anak penyandang disabilitas sebagai prioritas dalam setiap program pelayanan kesehatan di masyarakat, dan
- (4) Jangan pernah memanfaatkan kecacatan anak untuk mencari keuntungan pribadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Brehm, S.S., & S.M. Kassim (1994). *Social Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gibofsky A, Hirsh HL. 1995. Impaired and disabled patients. In: Sanbar SS, Gibofsky A, Firestone MH, Leblang TR. *Legal Medicine, American College of Legal Medicine Textbook Committee*, 3rd ed. St.Louis: Mosby; p. 531-3.
- Rhoda E. Howard, 2000, *HAM Penjelajahan Dalih Relativisme Budaya*. Jakarta: Yayasan Adikarya IKAPI dan Ford Foundation.
- Deklarasi Hak Penyandang Cacat Resolusi 3447 (XXX) tanggal 9 Desember 1975.
- Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
- Baderin, Mashood.A, *Hukum Internasional Hak Asasi Manusia Dan Hukum Islam*, Komnas HAM, Jakarta, 2007, hlm.20-21
- Badan Penelitian dan Pengembangan HAM, Departemen Hukum Dan HAM, 7 November 2007, hukumham.info, www.hukumham.info.go.id
- Mulyani, Lilis dan Kurniasari, Tri Widya, 2008. *Penegakan HAM Dalam Perspektif Masyarakat di Daerah*. Jakarta: LIPI Press,
- Sjarifudin, Nia, *Pengertian terhadap Hak Minoritas*, Paper ditulis tanggal 27 Oktober 2008, <http://pspn.filsafat.ugm.ac.id/mid/index.php/artikel.html?start=5>
- Jules Deschenes, *Proposal Concerning a Definition of the Term "Minority"*, UN Document E/CN.4/Sub.2/1985/31, 1985

- Soekanto, Soerjono, 1984. *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: UI Press.
- 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
- Anonim. 2004. Deklarasi Bandung: Indonesia Menuju Pendidikan Inklusi, (Online), (http://www.idp-europe.org/indonesia/compendium/id/deklarasi_bandung.php,
- Anonim. 2009. Pendidikan Inklusi Masih Banyak Kendala, (Online), (http://www.ykai.net/index.php?option=com_content&view=article&id=499:pendidikan-inklusi-masih-banyak-kendala&catid=117:terkini&Itemid=136
- Braswell, Don. 2000. "Special Education in Scandinavia" dalam C.R. Reynolds & J. Mann [eds]. *Encyclopedia of Special Education*. New York: John Willey.
- Charles, C.M. & I.M. Malian. 2001. *The Special Student: Practical Help for the Classroom Teacher*. St. Louis: Mosby.
- Hardman, M.L., C.J. Drew & M.W. Egan. 2002. *Human Exceptionalities*. Boston: Allyn and Bacon.
- Irvine, P. 2000. "History of Special Education" dalam C.R. Reynolds & J. Mann [eds]. *Encyclopedia of Special Education*. New York: John Willey.
- Meyen, E.L. 2000. "Special Education" dalam H.E. Mitzel [ed]. *Encyclopaedia of Educational Research*, New York: Free Press.
- Reynolds, M.C. & J.W. Birch. 1995. *Adaptive Mainstreaming*. New York: Longman.

- Soeharto. 1992. Pidato Pertanggungjawaban Presiden Republik Indonesia di Depan Sidang Umum MPR (Majelis Permusyawaratan Rakyat). Jakarta: Setneg RI [Sekretariat Negara Republik Indonesia].
- Suratkabar Suara Merdeka. Semarang, Jawa Tengah: 16 Oktober 1991.
- Supeno, Susilo. 1996. “Kebijaksanaan UJKESOS bagi Penyandang Cacat Mental”. Makalah disajikan dalam Seminar Nasional Penanganan Anak Cacat – FNKCM di Yogyakarta.
- UN [United Nations]. 1998. The World Action Program Concerning Disabled Persons. New York: UNO [United Nations Organization].
- Yusuf, Munawir. 1990. “Penelitian Dasar Deteksi Dini I”. Laporan Penelitian Tidak Diterbitkan. Solo, Jawa Tengah: Jurusan PLB UNS Pendidikan Luar Biasa, Universitas Negeri Surakarta.
- Cakfu. 2008. Dilema Pendidikan Inklusi, (Online), (<http://cakfu.info/?p=79>,
- Depdiknas belum punya Pedoman Pendidikan Inklusi, (Online), (<http://edukasi.kompas.com/read/xml/2009/11/30/17460274/Dediknas.Belum.Punya.Pedoman.Pendidikan.Inklusi>,
- Edeswari. 2009. Pendidikan Inklusi, (Online), (<http://elvinadeswari.wordpress.com/2009/02/20/pendidikan-inklusi/>,
- Fahmi. 2008. Mewujudkan Pendidikan Inklusi di Aceh, (Online), (<http://web.acehinstitute.org/OPINI/35.html?VivvoSessionId=e926f94b245a86a4da1>, diakses 20 Desember 2009).
- <http://ahmadsudrajat.wordpress.com/2010/12/04/definisi-pendidikan-inklusi/>
- <http://dika96.wordpress.com/2010/11/29/pendidikan-inklusi>
- <http://www.antaraneews.com/view/?=11977794508> diakses 9 Maret 2011

<http://www.suarakarya-online.com/news.html?id=216908> diakses 11 April 2011

<http://www.suarapembaruan.com/News/2005/05/02/index.html>.

Kompas, 24 Februari 2010

Latief. 2009. Soal Pendidikan Inklusi, Ranking Indonesia Merosot Terus, (Online), (<http://edukasi.kompas.com/read/xml/2009/11/30/17003448/soal.pendidikan.inklusi.ranking.indonesia.merosot.terus>, diakses 20 Desember 2009).

Setiawan, Andhi. 2009. Pendidikan Inklusi, (Online), (<http://andhissetiawan.blogspot.com/2009/05/pendidikan-inklusi.html>, diakses 20 Desember 2009).

Sukadari. 2009. Peran Pendidikan Inklusi Bagi Anak Berkelainan, (Online), (http://www.madina-sk.com/index.php?option=com_content&task=view&id=812&Itemid=10, diakses 20 Desember 2009).