



Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan untuk Penyandang Disabilitas (Fisik dan Sensorik) dalam Mencapai *Universal Health Coverage (UHC)*

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK)

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada

SAMA - HAK (Strengthening and Accelerating Marginalized Groups Access to Healthcare and Knowledge) Project

© 2023 - 2025 oleh PKMK FK-KMK, Universitas Gadjah Mada

Tim Peneliti

1. Retna Siwi Padmawati
2. Shita Listyadewi
3. Tri Muhartini
4. Relmbuss Fanda
5. Faozi Kurniawan
6. Ardhina Nugrahaeni
7. Ika Septiana Eryani

Kontributor

Penelitian ini melibatkan berbagai pemangku kepentingan dari Mitra INKLUSI, pemerintah pusat, pemerintah daerah dan organisasi masyarakat sipil yang telah berkontribusi proses rancangan penelitian dan pengumpulan data, sebagai berikut: 1) SIGAB Indonesia; 2) Pusat Rehabilitasi YAKKUM; 3) Kemenko PMK; 4) BAPPENAS; 5) Kementerian Kesehatan; 6) Komisi Nasional Disabilitas; 7) Kementerian Sosial; 8) BPJS Kesehatan; 9) Pemerintah daerah di Provinsi DI Yogyakarta, Kabupaten Bantul, Kota Yogyakarta, Provinsi NTT, Kabupaten Kupang, Kota Kupang, Provinsi Bali, Kabupaten Buleleng dan Kota Denpasar: Bappeda, Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial; 10) PPD; 11) PERTUNI; 12) HWDI; 13) CIQAL; 14) GARAMIN; 15) KIPDA; 17) DCK; dan 18) YTTM. Penelitian ini juga melibatkan ahli dalam proses analisis dan penulisan laporan yakni Suharto, S.S., M.A., Ph.D dari SIGAB INDONESIA dan Kafa Abdallah Kafa, S.Sos., M.A dari Departemen Pembangunan Sosial dan Kesejahteraan, FISIPOL UGM.

Pengakuan

Laporan Penelitian ini merupakan hasil penelitian “Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan untuk Penyandang Disabilitas (Fisik dan Sensorik) dalam Mencapai Universal Health Coverage (UHC)” yang telah disusun dan dicetak oleh Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Universitas Gadjah Mada bekerja sama dengan SIGAB dan Pusat Rehabilitasi YAKKUM, dengan dukungan dari Kemitraan Australia - Indonesia Menuju Masyarakat Inklusif (INKLUSI). INKLUSI berusaha untuk meningkatkan partisipasi kelompok marginal dalam pembangunan sosial budaya, ekonomi, dan politik di Indonesia, serta manfaat yang mereka peroleh dari pembangunan tersebut. INKLUSI bekerja sama dengan Pemerintah Indonesia dan Organisasi Masyarakat Sipil untuk mendorong upaya memajukan kesetaraan gender, hak-hak penyandang disabilitas, dan inklusi sosial. Informasi yang disajikan dalam publikasi ini adalah tanggung jawab dari tim produksi dan tidak mewakili pandangan Pemerintah Indonesia dan Pemerintah Australia.

Tahun publikasi

2024

Ringkasan Eksekutif

Isu disabilitas dalam sistem kesehatan nasional di Indonesia telah mendapatkan perhatian kebijakan, namun bukti-bukti ilmiah terkait akses layanan kesehatan bagi kelompok disabilitas masih sangat terbatas. Untuk mengarahkan kebijakan yang sedang disusun dan menjamin efektif dan efisiensi kebijakan tersebut para pemangku kepentingan membutuhkan penilaian terkait perkembangan dan tantangan penyandang disabilitas. Pemahaman terkait pelaksanaan program kesehatan di daerah juga perlu dipertimbangkan dalam pembuatan kebijakan lebih umum secara nasional.

Melalui dukungan dari INKLUSI (The Australia-Indonesia Partnership Towards an Inclusive Society), Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) melakukan penelitian ini yang bertujuan menggali informasi secara komprehensif terkait situasi pemanfaatan layanan kesehatan bagi kelompok disabilitas fisik dan sensorik di DI Yogyakarta (Kabupaten Bantul dan Kota Yogyakarta), Bali (Kabupaten Buleleng dan Kota Denpasar) dan Nusa Tenggara Timur (Kabupaten Kupang dan Kota Kupang). Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

1. Mengeksplorasi manfaat kesehatan yang telah didapatkan disabilitas dalam mencapai UHC
2. Memotret tantangan yang dihadapi disabilitas dalam mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan
3. Mengidentifikasi kebijakan yang telah dilakukan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam menyediakan manfaat pelayanan kesehatan untuk disabilitas, dan
4. Mengidentifikasi perluasan manfaat pelayanan kesehatan disabilitas dalam mencapai UHC

Penelitian ini diawali dengan reviu integratif terhadap kebijakan dan penelitian sebelumnya. Kemudian kami melanjutkan dengan pendekatan *sequential explanatory mixed method*. Kami menggunakan kuantitatif melalui survei kepada 2666 penyandang disabilitas fisik, sensorik dan ganda (fisik dan sensorik). Pendekatan kualitatif dilakukan dengan *focus group discussion* (FGD) atau diskusi terbuka terarah (DKT) dengan pengambil keputusan tingkat pusat, daerah dan organisasi disabilitas, berjumlah 167 informan yang dilibatkan.

Berdasarkan hasil tinjauan literatur dan studi empiris dapat disimpulkan bahwa penyandang disabilitas masih mengalami kendala untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Tinjauan literatur menemukan pengalaman penelitian terkait penyandang disabilitas dan sistem kesehatan masih terbatas. Dari penelitian sebelumnya di negara *LMIC*, pemerintah telah menyediakan berbagai program ataupun kebijakan yang bersifat rehabilitasi untuk penyandang disabilitas. Namun penyandang disabilitas masih mengalami kendala dalam pelayanan kesehatan. Kendala tersebut dimulai dari tidak tersedianya data, fasilitas kesehatan tidak inklusif, tenaga kesehatan tidak sensitif, dan alat bantu yang sulit didapatkan. Sejalan dengan temuan studi empiris kami, upaya untuk pemerintah memastikan penyandang disabilitas tidak tertinggal dalam pelaksanaan UHC dan sistem kesehatan telah dilakukan. Akan tetapi, belum terdapat kebijakan ataupun program kesehatan spesifik untuk penyandang disabilitas sehingga masih terdapat kendala dalam mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Layanan khusus untuk penyandang disabilitas seperti kebutuhan alat bantu dan pelayanan terapi perilaku, fisioterapi, dan terapi wicara masih terbatas.

Tujuan Global merekomendasikan *Universal Health Coverage* (UHC) untuk memastikan bahwa semua orang, termasuk penyandang disabilitas, memiliki akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa harus kesulitan keuangan. Sayangnya, pelaksanaan di Indonesia masih memprioritaskan cakupan kepesertaan, memastikan penyandang disabilitas terdaftar dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Meskipun kami menemukan masih ada penyandang disabilitas yang tidak terdaftar. Sementara itu, pelayanan kesehatan dengan pilihan manfaat yang terjangkau dan berkualitas untuk penyandang disabilitas masih terbatas. Pelaksanaan UHC di Indonesia juga masih belum memiliki kepastian perlindungan keuangan untuk penyandang disabilitas.

Kesenjangan yang terjadi dalam sistem kesehatan dan penyelenggaraan UHC ini telah tersedia berbagai rekomendasi yang diusulkan oleh penelitian sebelumnya. Pemerintah perlu memperkuat kebijakan, melibatkan berbagai pemangku kepentingan, pelayanan, dan menyediakan anggaran untuk penyandang disabilitas mendapatkan manfaat pelayanannya.

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
DAFTAR GAMBAR	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR SINGKATAN	v
BAB I Pendahuluan	1
A. Latar Belakang	1
B. Metode Penelitian	3
1. Desain penelitian.....	3
2. Implementasi GEDSI.....	3
3. Integrative/Scoping review	4
4. Pemetaan Kebijakan	7
5. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	8
6. Ragam Disabilitas	9
7. Survei kelompok penyandang disabilitas.	9
8. Diskusi Kelompok terarah	15
9. Penggabungan analisis data.....	18
10. Etika penelitian.....	18
BAB II Hasil Tinjauan Literatur	19
BAB III Hasil Studi Empiris	34
A. Layanan Kesehatan Inklusif	34
a. Kebijakan Kesehatan Level Nasional untuk Disabilitas	34
b. Kebijakan Kesehatan Level Daerah untuk Disabilitas.....	38
c. Kesenjangan dalam implementasi kebijakan nasional dan daerah.....	40
B. Penggunaan Jaminan Kesehatan Nasional pada penyandang disabilitas.....	45
a. Cakupan peserta JKN pada penyandang disabilitas.	45
b. Perilaku pencarian layanan kesehatan penyandang disabilitas.....	46
c. Tantangan dalam peningkatan kepesertaan dan penggunaan JKN bagi penyandang disabilitas.....	48
d. Aksi pemerintah daerah untuk memastikan jaminan kesehatan penyandang disabilitas.	49
C. Alat bantu dan alat bantu kesehatan penyandang disabilitas	51
a. Jumlah kepemilikan berdasarkan karakteristik individu	51
b. Analisis regresi kepemilikan alat bantu dan alat bantu kesehatan.....	55
c. Upaya pemangku kepentingan menyediakan alat bantu dan alat bantu kesehatan	56
d. Mengakses alat bantu kesehatan dari JKN.....	59
e. Dinamika Proses penyediaan alat bantu dan alat bantu kesehatan	63
D. Akses Layanan Terapi Bagi Penyandang Disabilitas.....	65
1. Jenis layanan terapi yang diakses	66
2. Faktor Tidak Mengakses Layanan Terapi.....	67
3. Upaya Pemerintah dalam Menyediakan Layanan Terapi	68
BAB IV Diskusi dan Kesimpulan	72

Diskusi	72
Kesimpulan	77
BAB V Rekomendasi	78
REFERENSI	80
LAMPIRAN	86
A. Pemetaan Kebijakan	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Proses Seleksi Artikel	24
Gambar 2. Distribusi alasan penyandang disabilitas tidak memiliki jaminan kesehatan nasional (N:300)	43
Gambar 3. Distribusi alasan penyandang disabilitas tidak mengakses layanan kesehatan meskipun memiliki kartu JKN (N:326)	45
Gambar 4. Alur Proses Penyediaan Alat Bantu dan Alat Bantu Kesehatan dari Berbagai Sumber (Kementerian Sosial, Dinas Sosial, Komunitas, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kesehatan*)	53
Gambar 5. Proses penyediaan alat bantu kesehatan dari Kementerian Sosial, BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah	61
Gambar 6. Kubus Universal Health Coverage (UHC) (WHO, 2020)	70

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Kombinasi Kata Kunci	6
Tabel 2. Strategi Penelusuran Kebijakan/Regulasi	8
Tabel 3. Ragam Disabilitas yang dilibatkan	9
Tabel 4. Jumlah Sampel yang direncanakan dan didapatkan dalam survei	12
Tabel 5. Distribusi Karakteristik Individu Penyandang Disabilitas Berdasarkan Jenis Disabilitas yang dipunyai	13
Tabel 6. Peserta DKT di Tingkat Daerah	15
Tabel 7. Peserta DKT di Nasional	16
Tabel 8. Karakteristik dokumen yang sintesis	21
Tabel 9. Kebijakan Nasional yang Mengatur Pelayanan Kesehatan Inklusif dan Spesifik untuk Penyandang Disabilitas	33
Tabel 10. Kebijakan Daerah untuk Memastikan Layanan Kesehatan Inklusif	36
Tabel 11. Jaminan kesehatan dan akses layanan kesehatan pada penyandang disabilitas	44
Tabel 12. Jumlah Kepemilikan Alat bantu dan Alat Bantu Kesehatan Penyandang Disabilitas Berdasarkan Karakteristik Individu	49
Tabel 13. Alasan Tidak Menggunakan Alat Bantu	51
Tabel 14. Sumber Mendapatkan Alat Bantu dan Alat Bantu Kesehatan	51
Tabel 15. Analisis Regresi Kepemilikan Alat Bantu dan Alat Bantu Kesehatan	52
Tabel 16. Alat Bantu Kesehatan dari JKN	56
Tabel 17. Jumlah disabilitas yang akses dan tidak akses	62
Tabel 18. Jenis layanan terapi yang diakses	63
Tabel 19. Alasan responden tidak mengakses layanan terapi	64

DAFTAR SINGKATAN

AIDRAN	: <i>Australia-Indonesia Disability Research and Advocacy Network</i> / Jaringan Penelitian dan Advokasi Disabilitas Australia - Indonesia
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
ASEAN	: <i>Association of Southeast Asian Nations</i> / Perhimpunan Bangsa-Bangsa Asia Tenggara
Bapel Jamkesos	: Balai penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial
BAPPENAS	: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional / Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CBR	: <i>Community-based Rehabilitative</i> / Rehabilitasi Berbasis Komunitas
CI	: <i>Confidence Interval</i> / Interval Keyakinan
CISDI	: <i>Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives</i> / Pusat Inisiatif Pembangunan Strategis Indonesia
COVID-19	: <i>CoronaVirus Disease 2019</i> / Penyakit Virus Corona 2019
CP	: <i>Cerebral Palsy</i>
CSV	: <i>Comma Separated Value</i>
CTEH	: <i>CARITAS Takeo Eye Hospital</i> / Rumah Sakit Mata Takeo CARITAS
D.I. Yogyakarta	: Daerah Istimewa Yogyakarta
Dinkes	: Dinas Kesehatan
Dinsos	: Dinas Sosial
DJSN	: Dewan Jaminan Sosial Nasional
DKT	: Diskusi Kelompok Terarah
DTKS	: Data Terpadu Kesejahteraan Sosial
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i> / Diskusi Kelompok Terarah
FK-KMK	: Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
GEDSI	: <i>Gender Equality, Disability, and Social Inclusion</i> / Kesetaraan Gender, Disabilitas, dan Inklusi Sosial
GERMAS	: Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
ICW	: <i>Indonesian Corruption Watch</i> / Pengawasan Korupsi Indonesia
IDI	: Ikatan Dokter Indonesia
INA-CBGs	: <i>Indonesia Case Base Groups</i> / Kelompok Berbasis Kasus Indonesia
Jamkesta	: Jaminan Kesehatan Semesta
Jamkesus	: Jaminan Kesehatan Khusus
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
Kab/Kota	: Kabupaten / Kota
Kemenko PMK	: Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
KIS	: Kartu Indonesia Sehat
KK	: Kartu Keluarga
KMK	: Keputusan Menteri Kesehatan
KND	: Komisi Nasional Disabilitas
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
LMIC	: <i>Lower Middle Income Country</i> / Negara Berpenghasilan Menengah Bawah
MS	: Microsoft
NA	: <i>Not available</i> / Tidak tersedia
Nakes	: Tenaga Kesehatan

NTT	: Nusa Tenggara Timur
ODGJ	: Orang dengan Gangguan Jiwa
OMS	: Organisasi Masyarakat Sipil
OR	: <i>Odds Ratio</i>
PBB	: Perserikatan Bangsa-Bangsa
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
Perda	: Peraturan Daerah
Pergub	: Peraturan Gubernur
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PKMK	: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
PMK	: Peraturan Menteri Kesehatan
PMR	: <i>Physical Medicine and Rehabilitation</i> / Pengobatan Fisik dan Rehabilitasi
Posbindu	: Pos Binaan Terpadu
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PP	: Peraturan Pemerintah
PTM	: Penyakit Tidak Menular
Pustu	: Puskesmas Pembantu
RIS	: <i>Research Information System</i> / Sistem Informasi Penelitian
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
Rp	: Rupiah
RS	: Rumah Sakit
SD	: Sekolah Dasar
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIGAB	: Sasana Inklusi dan Gerakan Advokasi Difabel
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SUSENAS	: Survei Sosial Ekonomi Nasional
THT	: Telinga Hidung Tenggorok
TORCH	: Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex Virus
UHC	: Universal Health Coverage
UU	: Undang-undang

BAB I

Pendahuluan



BAB I

Pendahuluan

A. Latar Belakang

Cakupan kesehatan semesta, yang lebih dikenal dengan *universal health coverage* (UHC), merupakan tujuan global dan telah disepakati oleh lebih dari 150 negara untuk pemerataan pelayanan kesehatan, sehingga setiap orang dapat menggunakan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif yang berkualitas sesuai dengan kebutuhannya (Brujin, 2020). UHC juga memastikan semua orang tanpa memandang karakteristiknya tidak mengalami kesulitan keuangan ketika mengakses layanan kesehatan. Namun, kelompok penyandang disabilitas masih mengalami tantangan cakupan, akses ke layanan yang dibutuhkan, dengan harga yang terjangkau (Kuper & Hanafeld, 2018). Layanan kesehatan yang lebih kompleks dibutuhkan oleh kelompok penyandang disabilitas dibandingkan populasi secara umum. Sementara aksesibilitas layanan kesehatan dalam kaca mata penyandang disabilitas masih terhalang oleh kurangnya informasi, lemahnya kemampuan finansial, mahal biaya layanan kesehatan dan kesiapan tenaga kesehatan dalam melayani kelompok tersebut.

Laporan Badan Kesehatan Dunia (WHO) mengungkapkan bahwa setengah dari penyandang disabilitas di 51 negara yang disurvei tidak mampu membayar perawatan kesehatan yang dibutuhkan karena mahal biaya perawatan kesehatan (WHO & World Bank, 2011). Temuan ini menimbulkan dilema dalam sistem kesehatan nasional untuk mencakup kelompok tersebut ke dalam sistem UHC karena besarnya pendanaan untuk kelompok tersebut. Pada hakikatnya kelompok ini adalah kelompok sasaran dengan dimensi minoritas ganda - secara fisik dan mental dan kemampuan keuangan - dalam akses layanan kesehatan. Namun dalam pelaksanaannya, mereka sering terlupakan dalam upaya peningkatan cakupan tersebut (Kuper & Hanafeld, 2018).

Di Indonesia, kelompok disabilitas juga mendapatkan kesulitan dan tantangan dalam mengakses layanan kesehatan. Saat ini, jaminan kesehatan nasional (JKN) telah menyediakan manfaat untuk disabilitas berupa alat bantu kesehatan seperti alat bantu dengar, protesa alat gerak, korset tulang belakang serta *collar neck* dan kruk sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dalam Permenkes 28/2014. Manfaat kesehatan lainnya yang meliputi layanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif yang khusus untuk mereka, belum ada. Hasilnya, hingga 2019 masih ada 32% disabilitas yang tidak memiliki jaminan kesehatan (Susenas, 2019). Meskipun telah terdaftar dalam JKN, hanya 41% dari kelompok tersebut yang pernah memanfaatkan untuk mendapatkan layanan kesehatan (Susenas, 2019).

Isu disabilitas dalam sistem kesehatan nasional di Indonesia telah mendapatkan perhatian kebijakan, namun bukti-bukti ilmiah terkait akses layanan kesehatan bagi kelompok disabilitas masih sangat terbatas. Untuk mengarahkan kebijakan yang sedang disusun dan menjamin efektif dan efisiensi kebijakan tersebut para pemangku kepentingan membutuhkan penilaian terkait perkembangan dan tantangan penyandang disabilitas. Pemahaman terkait pelaksanaan program kesehatan di daerah juga perlu dipertimbangan dalam pembuatan kebijakan lebih umum secara nasional.

Melalui dukungan dari INKLUSI (The Australia-Indonesia Partnership Towards an Inclusive Society), Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) melakukan penelitian ini yang bertujuan menggali informasi secara komprehensif terkait situasi pemanfaatan layanan kesehatan bagi kelompok disabilitas. Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

1. Mengeksplorasi manfaat kesehatan yang telah didapatkan disabilitas dalam mencapai UHC
2. Memotret tantangan yang dihadapi disabilitas dalam mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan
3. Mengidentifikasi kebijakan yang telah dilakukan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam menyediakan manfaat pelayanan kesehatan untuk disabilitas, dan
4. Mengidentifikasi perluasan manfaat pelayanan kesehatan disabilitas dalam mencapai UHC

Penelitian ini berorientasi pada implementasi *Gender Equality, Disability and Social Inclusion* (GEDSI) di Indonesia. Karena spektrum kelompok penyandang disabilitas bervariasi dan memiliki konteks yang spesifik untuk tiap kelompok kelompok tersebut, kami memutuskan untuk fokus pada kelompok disabilitas fisik dan sensorik pada studi ini. Proses penelitian diawali dengan melakukan kajian literatur, untuk mendapatkan pengetahuan terkait upaya sistem kesehatan di berbagai negara berpenghasilan sedang (LMIC) dan negara ASEAN yang mencakup kelompok penyandang disabilitas. Kami melakukan reviu kebijakan pelayanan kesehatan berdasarkan aturan yang ditetapkan pemerintah pusat dan daerah. Pengambilan data di lapangan terkait manfaat tersebut berasal dari survei terhadap hampir 3000 penyandang disabilitas di enam kabupaten kota di tiga provinsi. Provinsi Yogyakarta diposisikan sebagai provinsi pembanding dengan kesiapan sistem kesehatan lebih baik untuk pelayanan kesehatan yang inklusi. Provinsi Bali mewakili provinsi di luar Pulau Jawa dengan konteks provinsi yang berkembang dan Provinsi Nusa Tenggara Timur mewakili provinsi dengan kapasitas fiskal daerah dan kemampuan finansial masyarakat yang terbatas. Untuk memperkuat hasil penelitian tersebut, kami melakukan kontekstualisasi hasil penelitian berdasarkan hasil diskusi

kelompok kecil dengan pemangku kepentingan, antara lain Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Bappenas, Kementerian Keuangan, dinas kesehatan, dinas sosial, puskesmas dan organisasi pemerhati isu disabilitas.

B. Metode Penelitian

Bagian ini menjelaskan desain penelitian, proses pengumpulan dan analisis data yang digunakan selama penelitian. Penelitian ini melibatkan penyandang disabilitas sehingga kami juga menjelaskan implementasi prinsip GEDSI dilakukan dalam semua proses.

1. Desain penelitian

Bertumpu pada konsep *Gender Equality, Disability and Social Inclusion* (GEDSI) studi ini dikembangkan untuk menjawab respon sistem kesehatan terhadap kebutuhan penyandang disabilitas. Tim peneliti menerapkan (*formative evaluation*) dan bersama para pemangku kepentingan terkait berharap dapat mengidentifikasi tantangan – tantangan yang muncul dalam memperkuat visi sistem kesehatan yang lebih universal untuk pemenuhan kebutuhan kelompok marginal tersebut.

Penelitian ini diawali dengan reviu integratif terhadap kebijakan dan dilanjutkan dengan pendekatan *sequential explanatory mixed method*. Tim peneliti mencari literatur-literatur secara sistematis guna memahami konsep disabilitas dan bagaimana sistem kesehatan di negara lain dan Indonesia merespon kebutuhan kesehatannya. Hasil pemahaman ini kemudian digunakan sebagai petunjuk awal dan bahan diskusi dengan pemangku kepentingan untuk mempertajam pertanyaan penelitian.

Selanjutnya, tim melakukan survei ke kelompok orang dengan disabilitas untuk memahami fakta-fakta di lapangan. Tujuan tahap ini untuk menggali pengalaman kelompok tersebut dalam mengakses layanan kesehatan dan harapan/preferensi mereka terhadap desain layanan kesehatan berbasis kebutuhannya. Setelah melakukan analisis data survei, wawancara mendalam dilakukan untuk memvalidasi hasil temuan guna memperdalam dan mempertajam informasi dari penyandang disabilitas dan pemangku kepentingan terkait.

2. Implementasi GEDSI

Prinsip GEDSI dalam desain penelitian ini dilakukan dengan penetapan topik dan tujuan yang berkaitan dengan isu yang memiliki dampak pada kelompok rentan. Selain itu, desain penelitian ini juga melibatkan kelompok marginal dari disabilitas menjadi partisipan penelitian dan mempertimbangkan juga gender serta kawasan tempat tinggal. Ragam disabilitas yang dipilih dalam penelitian adalah disabilitas fisik dan disabilitas sensorik pada usia 18 - 59 tahun. Dua ragam disabilitas tersebut dipilih

karena dapat teridentifikasi pemanfaatan JKN melalui data sampel BPJS Kesehatan. Dengan merujuk UU 8/2016 tentang disabilitas, ragam disabilitas fisik dan sensorik yang dilibatkan dalam penelitian ini terdiri dari:

- Disabilitas fisik adalah orang yang mengalami gangguan fungsi gerak, antara lain amputasi, lumpuh layuh atau kaku, paraplegi, cerebral palsy (CP), akibat stroke, akibat kusta, dan orang kecil.
- Disabilitas sensorik adalah orang yang mengalami gangguan salah satu fungsi dari panca indera, antara lain disabilitas netra, disabilitas rungu, dan/atau disabilitas wicara.

Selain disabilitas fisik dan sensorik, UU 8/2016 juga menetapkan ragam disabilitas lainnya seperti intelektual dan mental. Dalam penelitian ini, kami tidak melibatkan disabilitas intelektual dan mental sebagai responden ataupun partisipan tetapi kondisi layanan kesehatan yang telah mereka terima kami eksplorasi melalui diskusi terbuka terfokus (DKT) bersama tenaga kesehatan dan pemerintah daerah serta pusat.

Instrumen untuk pengumpulan dengan disabilitas juga disusun dengan melakukan workshop bersama organisasi masyarakat sipil (OMS) setiap perwakilan ragam disabilitas. Implementasi prinsip GEDSI dalam pengumpulan data dengan menyediakan juru bahasa isyarat dalam setiap pertemuan offline dan online. Kami juga menyediakan akomodasi untuk pendamping disabilitas dalam setiap pertemuan online dan offline. Selain itu, kami juga menyediakan tempat pertemuan yang memadai untuk disabilitas seperti menyediakan kursi roda dan lintasanya, lift, toilet khusus disabilitas, guiding block dan fasilitas infrastruktur lainnya. Untuk memperkuat implementasi GEDSI dalam proses penelitian dilakukan juga pembekalan sensitivitas kepada peneliti dan enumerator sehingga terdapat inklusivitas selama pengumpulan data hingga diseminasi hasil.

3. Integrative/Scoping review

Proses pencarian literature.

“Bagaimana sistem kesehatan di negara ASEAN dan LMIC dalam merespon kebutuhan layanan kesehatan bagi orang dengan disabilitas fisik?” adalah pertanyaan penelitian integrative review kami. Integrative review dilakukan dalam studi ini bertujuan untuk mensintesis penelitian-penelitian yang ada dan mengintegrasikan temuan-temuan tersebut yang diharapkan menghasilkan pemahaman yang lebih komprehensif tentang topik-topik disabilitas dalam kerangka asuransi kesehatan. Integrative review dapat digunakan juga untuk mengidentifikasi kesenjangan

penelitian disabilitas, menyimpulkan temuan yang telah ada, dan menghasilkan rekomendasi untuk penelitian yang sekarang dilakukan.

Integrative review menggunakan strategi pencarian yang komprehensif dan inklusif untuk mencari berbagai sumber literatur, termasuk artikel penelitian empiris, tinjauan literatur, dan sumber-sumber lain yang relevan. Pencarian dapat dilakukan di berbagai basis data dan menggunakan kata kunci yang relevan dengan topik penelitian.

Integrative review menerapkan strategi pencarian yang komprehensif dan inklusif untuk mencari berbagai sumber literatur, termasuk artikel penelitian empiris, tinjauan literatur, dan sumber-sumber lain yang relevan. Pencarian dilakukan di berbagai basis data dan menggunakan kata kunci dalam Bahasa Inggris yang relevan dengan topik penelitian. Kami melakukan pencarian di CiNaHL, Embase, Medline, PubMed, Sage, Scencedirect, Scopus and Web of science. Proses pencarian terdiri dilakukan dua kali dikarenakan kekuatan kata kunci pada pencarian pertama menemukan sedikit pembahasan terkait tema yang dicari. Tabel 1 menampilkan kombinasi kata kunci secara rinci untuk kedua proses pencarian tersebut. Untuk putaran pertama, kombinasi kata kunci dan term pencahariannya sebagai berikut: (Title/abstract: disability OR impairment OR diffable) AND (Title/abstract: 'health system' OR 'insurance system' OR 'health policy' OR 'government intervention') AND (Titel/abstract/ keywords: 'middle income country' OR 'south-east asia').

Population: Title/Abstract		Content: Title/Abstract		Context: Title/Abstract/ Keywords
First round				
Disability OR Impairment OR Diffable	AND	"Health System" OR "Health Policy" OR "Insurance System" OR "Health Program" OR "Government Intervention"	AND	LMIC OR "South-East Asia" OR Indonesia
Second Round				
Population: Title/Abstract		Content: Title/Abstract		CONTEXT: Title/Abstract/ Keywords
Disability	AND	Health	AND	Brunei OR Cambodia OR Indonesia OR Laos OR Malaysia OR Myanmar OR Philippines OR Singapore OR Thailand OR Vietnam

Tabel 1. Kombinasi Kata Kunci

Kami melakukan justifikasi hasil pencarian dengan hanya menggunakan kata “disability” dan “health” pada dimensi populasi dan konten yang dicari. Alasan utamanya adalah pada proses pencarian pertama dengan kata “impairment” dan “diffable”, kami tidak menemukan artikel yang menggunakan kata tersebut. Di konten sendiri, kami bermaksud untuk mendapatkan cakupan yang lebih luas. Kami menysasar artikel yang membahas satu atau lebih negara di ASEAN. Karena jumlah LMIC melebihi 100, dengan alasan methodological wise, kami tidak melakukan proses untuk tiap negara tersebut. Kombinasi sistem pencarian tersebut adalah (Title/abstract: disability) AND (Title/abstract: 'health ') AND (Title/abstract/ keywords: Brunei OR Cambodia OR Indonesia OR Laos OR Malaysia OR Myanmar OR Philippines OR Singapore OR Thailand OR Vietnam).

Aplikasi Zotero digunakan untuk mengumpulkan dan perorganisasian daftar studi yang didapatkan dari proses pencarian tersebut. Daftar dari setiap database tersebut ditarik dalam bentuk RIS, dan CSV. Kompilasi hasil temuan artikel tersebut kemudian di export ke MS Excel untuk dilakukan proses screening dan ekstraksi.

Ekstraksi data dan kriteria inklusi

RBF memimpin proses pengumpulan artikel dan bersama dengan AN melakukan seleksi seluruh artikel. Proses penyaringan yang pertama dilanjutkan dengan melakukan *screening* terhadap judul artikel dengan kata “*health*” atau “*disability*” pada judul dan abstrak. Proses screening dimulai dengan membaca lebih mendalam terhadap 28 artikel khususnya judul dan abstrak. Kami menentukan kriteria inklusi yaitu membicarakan setidaknya satu poin berikut:

1. Layanan kesehatan dan disabilitas

- Layanan Kesehatan untuk Disabilitas
- Konteks/Alasan Layanan Kesehatan untuk Disabilitas
- Layanan Promotif dan Preventif untuk Kelompok Disabilitas
- Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Layanan Kesehatan untuk Kelompok Disabilitas
- Faktor-Faktor yang Tidak Mempengaruhi Layanan Kesehatan Untuk Kelompok Disabilitas
- Tantangan yang dihadapi disabilitas dalam mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan

2. Regulasi dan Kebijakan

- Kebijakan Pemerintah Pusat dalam menyediakan manfaat pelayanan kesehatan untuk disabilitas
- Kebijakan Pemerintah Daerah dalam menyediakan manfaat pelayanan kesehatan untuk disabilitas
- Keterbatasan Penelitian
- Rekomendasi
- Strategi yang diterapkan

Ketika selesai menyeleksi artikel tersebut, RBF and AN menghasilkan 24 persamaan dan 4 perbedaan terhadap artikel yang memenuhi kriteria inklusi tersebut. Hasil yang berbeda tersebut didiskusikan bersama semua team dan mencapai konsensus terkait perbedaan dalam proses penilaian tersebut. Selanjutnya RBF melakukan screening terhadap seluruh artikel yang tersisa. Hasilnya dilaporkan ke tim dalam rapat mingguan. 2 artikel terdaftar pada scopus database namun tidak dapat diakses dengan alasan “page not found”. Proses yang sama dilakukan juga pada phase 2.

Sintesis Data

Artikel-artikel yang telah terekstradisi, selanjutnya disintesis dengan cara dibagikan secara merata untuk dilakukan identifikasi poin-poin kriteria inklusi yang dicari. Semua poin tersebut telah menjadi heading di google sheets dan semua anggota mengisinya. RBF akan melakukan verifikasi terhadap hasil sintesis yang dirasakan janggal dengan cara membaca kembali artikel tersebut.

4. Pemetaan Kebijakan

Penelitian ini juga melakukan pemetaan kebijakan nasional dan daerah secara sistematis mencakup situs website peraturan.bpk.go.id dan kemekes.go.id untuk mengidentifikasi peraturan dan dokumen kebijakan terkait pelayanan kesehatan dan penyandang disabilitas. Kriteria kelayakan meliputi undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan daerah, pedoman dan peraturan kementerian.

Tabel 2. Strategi Penelusuran Kebijakan/Regulasi

Website	Tautan	Level Kebijakan/ Regulasi	Kata Kunci
peraturan.bpk. go.id	https://peraturan.bpk.go.id/	Nasional Provinsi Daerah Yogyakarta Provinsi Bali Provinsi Nusa Tenggara Timur Kab Bantul	Undang-undang Kesehatan Undang-undang SJSN Undang-undang Penyandang Disabilitas Peraturan Daerah
kemkes.go.id	https://www.kemkes.go.id/id/home	Kota Yogyakarta Kab Buleleng Kota Denpasar Kab Kupang). Kota Kupang	Penyandang Disabilitas Panduan Pembangunan Fasilitas Kesehatan/Puskesmas Rencana Aksi Penyandang Disabilitas Alat bantu kesehatan dalam JKN

Selain melakukan pencarian, kami juga mengumpulkan kebijakan dengan proses konfirmasi ke pemangku kepentingan dalam diskusi kelompok terarah. Kebijakan yang dikumpulkan digunakan untuk menganalisis strategi dan kendala yang dihadapi dalam menyediakan pelayanan kesehatan inklusif untuk penyandang disabilitas. Dari kata kunci yang digunakan kami menemukan 748 kebijakan/regulasi, tetapi hanya 17 regulasi/kebijakan yang mengatur tentang pelayanan kesehatan atau hak kesehatan untuk penyandang disabilitas. Dari hasil pemetaan kebijakan, kami menganalisis ketersediaan dan kesesuaian antara rancangan dan implementasi peraturan.

5. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di DI Yogyakarta (Kabupaten Bantul dan Kota Yogyakarta), Bali (Kabupaten Buleleng dan Kota Denpasar) dan Nusa Tenggara Timur (Kabupaten Kupang dan Kota Kupang). Lokasi penelitian ini ditetapkan berdasarkan prevalensi disabilitas dan ketersediaan jejaring Mitra INKLUSI. Masa dari proses penelitian berlangsung pada Juni 2023 - November 2024. Lokasi penelitian ditetapkan berdasarkan 1) wilayah kerja Mitra INKLUSI; 2) Prevalensi Disabilitas usia 18 tahun keatas dari Riskesdas 2018; 3) Hasil penelitian PKMK 2021 - 2022; dan 4) kondisi geografis dan aksesibilitas.

6. Ragam Disabilitas

Ragam disabilitas yang dilibatkan dalam penelitian ini terdiri dari disabilitas fisik dan disabilitas sensorik, dengan detail ragam sebagai berikut:

Tabel 3. Ragam Disabilitas yang dilibatkan

Ragam disabilitas	Bentuk disabilitas
Disabilitas fisik	<ul style="list-style-type: none">● Amputasi● Lumpuh layuh/kaku● Paraplegi● <i>Cerebral palsy</i>● Akibat stroke
Disabilitas sensorik	<ul style="list-style-type: none">● Netra (buta dan low vision)● Rungu-Wicara
Disabilitas ganda	<ul style="list-style-type: none">● Fisik dan sensorik

Ragam disabilitas ditetapkan berdasarkan: 1) penetapan ragam disabilitas dari UU 8/2016; 2) aksesibilitas dan ketersediaan data; dan 3) inisiasi awal untuk identifikasi tantangan layanan kesehatan disabilitas.

7. Survei kelompok penyandang disabilitas.

Validasi Kuesioner dan data

Instrumen dari survei disusun dengan mengadaptasi instrumen survei terkait penyandang disabilitas. Salah satu instrumen yang kami adaptasi Model Disability Survey (WHO dan World Bank), SUSENAS 2023 dan Survei Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Disabilitas (Indonesia Corruption Watch (ICW)). Untuk dapat mencapai tujuan penelitian, kami juga melakukan proses review untuk memastikan pertanyaan penelitian dapat mengukur kendala dan situasi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada penyandang disabilitas dalam UHC. Review ini dilakukan juga untuk memastikan pertanyaan yang disusun mudah dipahami oleh responden atau pendamping. Kami melibatkan SIGAB, Pusat Rehabilitasi YAKKUM, AIDRAN, Kementerian Kesehatan dan INKLUSI untuk memberikan ulasan terhadap instrumen survei. Dari review yang didapatkan kami melakukan adaptasi untuk: menambah pertanyaan baru terkait pengalaman pemanfaatan pelayanan kesehatan; menambah pilihan jawaban baru mengenai pendamping dan alasan tidak memiliki JKN, maupun mengakses pelayanan kesehatan; dan memperbaiki penggunaan kata-kalimat dari pertanyaan maupun pilihan jawaban.

Setelah mendapatkan review, kami melakukan uji coba instrumen ke 30 responden yang bagi ketiga daerah yaitu Kota Kupang (Nusa Tenggara Timur), Kabupaten Buleleng (Bali) dan Kabupaten Bantul (DI Yogyakarta). Uji coba dilakukan untuk memastikan pertanyaan instrumen juga dapat dipahami oleh responden dan alat survey (Kobotoolbox) dapat digunakan oleh peneliti lapangan/enumerator. Dari hasil

uji coba, kami menemukan bahwa 15% pertanyaan di instrumen yang sedang dikembangkan, harus direvisi dan 10 pengaturan di kobotoolbox perlu diperbaiki. Contohnya pertanyaan penelitian tersebut adalah: 1) riwayat pendidikan tidak ada pilihan SMA; 2) pengeluaran rumah tangga responden per tahun yang tidak bisa dijawab dengan angka; 3) pertanyaan alat bantu kesehatan yang tidak ada pilihan tongkat untuk penyandang disabilitas fisik. Setelah perbaikan tersebut, peneliti lapangan/enumerator melakukan uji kembali pengisian terakhir untuk memastikan perbaikan tersebut telah diakomodir.

Kami mengontrol kualitas dan kredibilitas data survei dengan melakukan spot check dan cross check. Koordinator lapangan melakukan spot check mendampingi peneliti lapangan/enumerator setiap hari secara bergantian. Setelah 50% dari target data responden submit dalam Kobotoolbox, Tim Peneliti melakukan cross check ke 20% - 40% dari target sampel untuk validasi dan konfirmasi data responden yang sudah masuk. Selain itu, kami melakukan pengecekan sinkronisasi pertanyaan dan jawaban responden. Jika ditemukan pertanyaan dan jawaban yang tidak sinkron, maka koordinator lapangan akan melakukan konfirmasi ke enumerator untuk konfirmasi ulang. Contohnya: 1) status kepemilikan JKN tidak sejalan dengan metode pembayaran layanan kesehatan di RS misalnya: kepemilikan JKN dipilih tidak memiliki, tetapi metode pembayaran di RS memilih dengan JKN-BPJS Kesehatan; dan 2) penulisan nominal pada pengeluaran rumah tangga dan biaya kesehatan yang dikeluarkan.

Kriteria inklusi dan eksklusi responden survei

Dalam survei ini, kami menetapkan kriteria inklusi dan eksklusi untuk meningkatkan kemungkinan mendapatkan responden yang tepat dalam waktu penelitian yang telah ditetapkan. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian adalah sebagai berikut:

- Berusia 18 tahun ke atas
- Terdaftar dalam data Dinas Sosial Kab/Kota atau Provinsi
- Secara fisik dan psikologis dapat untuk berpartisipasi
- Telah tinggal di kabupaten/kota studi selama lebih dari 6 bulan
- Menyetujui untuk berpartisipasi dengan menandatangani formulir persetujuan
- Jika responden/partisipan ini kurang memiliki kemampuan untuk memahami sepenuhnya dan mengambil keputusan untuk berpartisipasi, penjelasan diberikan kepada pendamping yang sah (keluarga atau kerabat yang telah ditunjuk oleh responden/partisipan) kemudian memberikan persetujuan untuk berpartisipasi atau menolak berpartisipasi.

Sementara itu, kriteria eksklusi responden survei yang ditetapkan untuk mereduksi dan melindungi pewawancara dan responden dalam proses pengambilan data tersebut:

- Kesulitan dalam berkomunikasi atau merespon pertanyaan yang diberikan
- Tidak memiliki pemahaman yang memadai atau kapasitas untuk memahami sepenuhnya, sementara tidak ada pendamping yang sah (keluarga atau kerabat yang telah ditunjuk oleh responden/partisipan) untuk memberikan persetujuan atau menolak partisipasi
- Hanya tinggal di kabupaten/kota studi selama 6 bulan atau kurang
- Tidak dapat dihubungi oleh peneliti/enumerator setelah 3 kali upaya

Proses pengambilan data penelitian

Kami mengawali survei kami dengan mendata jumlah populasi kelompok disabilitas yang ditargetkan yaitu disabilitas Netra, Rungu Wicara, Fisik, dan Ganda. Data berdasarkan nama, alamat dan jenis disabilitas didapatkan dari Dinas Sosial di ketiga provinsi tersebut. Populasi kelompok ini adalah 11.800 orang.

Selanjutnya, kami menetapkan jumlah responden penelitian dengan menggunakan teknik random sampling dengan menggunakan populasi setiap disabilitas. Artinya kami mencoba memastikan jumlah sampel yang didapatkan dapat merepresentasikan jumlah populasi di setiap daerah studi tersebut. Rumus perhitungan sampel dapat dilihat pada box 1.

Box 1. Perhitungan sampel penelitian.

$$\text{Sample size } n = \frac{[DEFF * Np(1-p)]}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]}$$

N = Population size (for finite population correction factor or fpc)

p = Hypothesized % frequency of outcome factor in the population

d = Confidence limits as % of 100 (absolute +/- %)

DEFF = Design effect

Kami menambahkan sampel sebesar 10% dari total sampel yang diperhitungkan untuk mengantisipasi drop out baik di D.I Yogyakarta maupun Bali. Sedangkan karena ketidaklengkapan data awal yang didapatkan, kami menambahkan hingga 30% sample ke seluruh sampel di provinsi Nusa Tenggara Timur karena data yang didapatkan di awal studi kami. Tabel 4 menunjukkan sebaran perhitungan awal jumlah sampel kami.

Data populasi penyandang disabilitas Kabupaten Kupang telah berhasil didapatkan dari dinas sosial kedua wilayah tersebut dan kami melakukan penyesuaian jumlah sampel yang ditargetkan. Data baru tersebut dihitung kembali dengan penggunaan rumus besar sampel dan penambahan 10% dari jumlah populasi. Hasil kurasi data tersebut (akan dijelaskan pada bagian validasi data dan kuesioner) menyebabkan pengurangan 739 jumlah sampel aktual.

Kami melakukan stratifikasi lokasi pengambilan data berdasarkan kelurahan dan desa di kabupaten dan provinsi. Jumlah sampel yang ditarget dibagi berdasarkan proporsi kedua daerah tersebut. Ketika angka proporsi tersebut sudah keluar, kami melakukan randomisasi terhadap kelurahan dan desa. Pengambilan responden berjalan dengan penambahan desa/kelurahan bertambah hingga besaran target sampel terpenuhi. Namun di Kabupaten Kupang, kami mengganti desa-desa di Kecamatan Amfoang karena daerah tersebut banjir dan akses ke desa-desanya terputus.

Perubahan populasi penelitian di awal penelitian dilakukan ketika kami menemukan bahwa 1024 data penyandang disabilitas tidak valid. Terdapat 287 orang yang terdata sebagai populasi disabilitas namun kami menemui mereka tidak memiliki kondisi disabilitas yang didata. Adapun 541 penyandang yang sudah meninggal ataupun tidak teridentifikasi tinggal pada alamat yang ditetapkan.

Pada akhirnya, jumlah akhir responden penelitian yang terdaftar yaitu 2666 penyandang disabilitas (97.8 % dari jumlah yang ditargetkan) berdasarkan lokasi penelitian dan jenis disabilitas yang punyai. Jumlah sampel tersebut merepresentasikan hingga tingkat perkotaan dan pedesaan di setiap kabupaten dan kota. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Jumlah Sampel yang direncanakan dan didapatkan dalam survei

Provinsi	Kab/ Kota	Jenis Disabilitas	Jumlah populasi	Sampel minimal yang ditargetkan	Sampel actual yang didapatkan	Persen
D I Yogyakarta	Bantul	Netra	541	47	50	106.4
		Rungu Wicara	622	67	69	103
		Fisik	1830	319	329	103.1
		Ganda	125	69	43	62.3
	Yogyakarta	Netra	220	43	44	102.3
		Rungu Wicara	288	61	81	132.8
		Fisik	948	278	285	102.5
		Ganda	80	55	55	100
Bali	Buleleng	Netra	370	48	51	106.3
		Rungu Wicara	649	68	71	104.4
		Fisik	3004	340	353	103.8
		Ganda	76	53	32	60.4
	Denpasar	Rungu Wicara	36	26	32	123.1
		Fisik	826	267	265	99.3
		Sensorik	286	97	101	104.1
		Ganda	15	15	13	86.7
Nusa Tenggara Timur	Kabupaten Kupang	Netra	122	37	41	110.8
		Rungu Wicara	195	56	54	96.4
		Fisik	655	239**	240	100.4

	Ganda	102	63	61	96.8
Kota Kupang	Netra	136	39	47	120.5
	Rungu Wicara	85	42	57	135.7
	Fisik	314	182	183	100.5
	Ganda	275	96	109	113.5

Total				2666
--------------	--	--	--	-------------

*dengan 95%CI

**Kabupaten Kupang exclude Kecamatan Amfoang karena akses yang sulit

Analisi data survei

Dalam penelitian ini, kami melakukan analisis secara deskriptif dan analitik. Secara umum, data deskriptif dapat dilihat pada tabel 5 dengan menunjukkan frekuensi (N) dan Persentase (%) dari tiap grup data tersebut.

Tabel 5. Distribusi Karakteristik Individu Penyandang Disabilitas Berdasarkan Jenis Disabilitas yang dipunyai.

Karakteristik Individu	Disabilitas fisik		Disabilitas netra		Disabilitas wicara/ rungu		Disabilitas Ganda		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Jenis Kelamin										
Perempuan	708	60.62	120	10.27	191	16.35	149	12.79	1168	100%
Laki-laki	947	63.22	144	9.61	243	16.22	164	10.95	1498	100%
Kategori Usia										
Dewasa Muda (18 – 24 tahun)	125	50.81	11	4.47	64	26.02	46	18.70	246	100%
Dewasa (25 – 44 tahun)	405	55.63	66	9.07	161	22.12	96	13.19	728	100%
Paruh Baya (45 - 60 tahun)	584	66.21	93	10.54	130	14.74	75	8.50	882	100%
Lanjut Usia (60 tahun ke atas)	541	66.79	94	11.60	79	9.75	96	11.85	810	100%
Status perkawinan										
Lajang	888	58.38	123	8.09	289	19	221	14.53	1521	100%
Menikah	767	66.99	141	12.31	145	12.66	92	8.03	1145	100%
Memiliki pekerjaan										
Tidak	1059	64.61	151	9.21	200	12.20	229	13.97	1639	100%
Ya	596	58.03	113	11	234	22.78	84	8.18	1027	100%
Wiraswasta										
Tidak	1484	62.56	239	10.08	351	14.80	298	12.56	2372	100%
Ya	171	58.16	25	8.50	83	28.23	15	5.10	294	100%
Pekerja sektor formal										
Tidak	1609	62.10	257	9.92	416	16.06	309	11.93	2591	100%
Ya	46	61.33	7	9.33	18	24	4	5.33	75	100%
Pekerja sektor informal										
Tidak	1249	63.56	178	9.06	292	14.86	246	12.52	1965	100%
Ya	406	57.92	86	12.27	142	20.26	67	9.56	701	100%

Karakteristik Individu	Disabilitas fisik		Disabilitas netra		Disabilitas wicara/ rungu		Disabilitas Ganda		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Status pendidikan terakhir										
Tidak sekolah	337	46.87	76	10.57	163	22.67	143	19.89	719	100%
SD, SMP dan SMA	1232	67.03	179	9.74	264	14.36	163	8.87	1838	100%
Perguruan Tinggi	86	78.90	9	8.26	7	6.42	7	6.42	109	100%
Kepemilikan JKN										
Tidak	171	57	30	10	58	19.33	41	13.67	300	100%
Ya	1484	62.72	234	9.89	376	15.89	272	11.50	2366	100%
Status kepemilikan JKN PBI										
Tidak	396	61.59	60	9.33	114	17.73	73	11.35	643	100%
Ya	1259	62.23	204	10.08	320	15.82	240	11.86	2023	100%
Keberadaan pendamping										
Tidak	791	62.58	135	10.68	244	19.30	94	7.44	1264	100%
Ya	864	61.63	129	9.20	190	13.55	219	15.62	1402	100%
Asal Kota/Kabupaten										
Kota Yogyakarta	285	61.29	44	9.46	81	17.42	55	11.83	465	100%
Kabupaten Bantul	329	67.01	50	10.18	69	14.05	43	8.76	491	100%
Kota Denpasar	265	64.48	31	7.54	102	24.82	13	3.16	411	100%
Kabupaten Buleleng	353	69.63	51	10.06	71	14	32	6.31	507	100%
Kota Kupang	183	46.21	47	11.87	57	14.39	109	27.53	396	100%
Kabupaten Kupang	240	60.61	41	10.35	54	13.64	61	15.40	396	100%
Asal Provinsi										
DI Yogyakarta	614	64.23	94	9.83	150	15.69	98	10.25	956	100%
Bali	618	67.32	82	8.93	173	18.85	45	4.90	918	100%
NTT	423	53.41	88	11.11	111	14.02	170	21.46	792	100%
Kategori tempat tinggal										
Perkotaan	733	57.63	122	9.59	240	18.87	177	13.92	1272	100%
Pedesaan	922	66.14	142	10.19	194	13.92	136	9.76	1394	100%
Total									2666	100%

Selanjutnya data dipresentasikan berdasarkan tema penelitian yang ditetapkan menentukan jenis analisis yang ditampilkan. Contohnya pada tema alat bantu kesehatan, kami melakukan analisis berdasarkan outcome ketersediaan alat bantu dan menganalisis ketersediaan tersebut berdasarkan karakteristik yang ada. Hasil tersebut dilanjutkan dengan melakukan regresi logistik. Sementara itu, tema terkait akses layanan kesehatan dan terapi hanya dilakukan analisis secara deskriptif dengan melakukan analisis lebih lanjut terhadap outcome tersebut.

8. Diskusi Kelompok terarah

Setelah survei, kami melaksanakan wawancara dan diskusi Kelompok Terarah (DKT) di tingkat pusat dan daerah. Wawancara dilaksanakan kepada disabilitas terpilih berdasarkan hasil survei untuk pendalaman. Sementara DKT dilakukan bersama pemangku kepentingan di masing-masing wilayah studi, pemerintah pusat dan organisasi masyarakat sipil (OMS) untuk disabilitas. DKT ini dilakukan untuk mengeksplorasi kebijakan yang telah dilakukan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam menyediakan manfaat pelayanan kesehatan untuk disabilitas. Dari DKT tersebut dapat diidentifikasi perluasan manfaat pelayanan kesehatan disabilitas dalam mencapai UHC.

Tabel 6. Peserta DKT di Tingkat Daerah

Rencana penelitian		Saat pengumpulan data		
Peserta di daerah	Jumlah	Peserta DKT di daerah	Jumlah	
			Kabupaten	Kota
Pemangku kepentingan daerah		Pemerintahan daerah dan penyedia layanan kesehatan		
Dinas Kesehatan	4 (2 perkotaan & 2 pedesaan) peserta	Dinas Kesehatan	2 peserta	2 peserta
Dinas Sosial	4 (2 perkotaan & 2 pedesaan) peserta	Dinas Sosial	2 peserta	2 peserta
Puskesmas	4 (2 perkotaan & 2 pedesaan) peserta	Puskesmas	2 peserta	2 peserta
RS Daerah	4 (2 perkotaan & 2 pedesaan) peserta	BAPPEDA	2 peserta	2 peserta
Perwakilan BPJS Kesehatan	4 (2 perkotaan & 2 pedesaan) peserta			
Total di setiap provinsi	20 (10 perkotaan & 10 pedesaan) peserta	Total di setiap daerah	8 peserta	8 peserta
Total di 3 provinsi	60 peserta	Total di 6 kabupaten/kota	96 peserta	
Organisasi masyarakat sipil		Organisasi Masyarakat Sipil		
Organisasi	Jumlah	Organisasi	Jumlah Peserta	
1. Organisasi Penyandang Disabilitas	20 peserta	1. Organisasi/komunitas penyandang disabilitas di Bali	20 peserta	
		1. Organisasi/ komunitas penyandang disabilitas di DI Yogyakarta	15 peserta	
		1. Organisasi/komunitas penyandang disabilitas di Nusa Tenggara Timur	15 peserta	

Kami merencanakan untuk melibatkan berbagai pemangku kepentingan dalam DKT di daerah. Namun, dalam pengumpulan data untuk RS Daerah tidak dapat kami libatkan karena koordinator lapangan mengalami kesulitan untuk mengundang DKT dan waktu yang tersedia terbatas. Sementara itu, kami tidak melibatkan perwakilan BPJS Kesehatan atau kantor cabang dalam DKT di Daerah informasi terkait manfaat

JKN bagi penyandang disabilitas telah didapatkan dari Dinas Sosial dan BPJS Kesehatan. Saat pengumpulan data, organisasi masyarakat sipil penyandang disabilitas memiliki daftar yang lebih detil dan berbeda-beda di masing provinsi. Kami dapat melibatkan organisasi masyarakat sipil lebih banyak dari rencana penelitian karena koordinator. Organisasi masyarakat sipil yang bervariasi ini juga menjadi perwakilan penyandang disabilitas yang dapat menyediakan informasi terkait tantangan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Tabel 7. Peserta DKT di Nasional

Target Kementerian lembaga dalam rencana	Kementerian lembaga dilibatkan dalam pengumpulan data	Jumlah peserta
1. Bappenas	Bappenas	4 peserta
2. Kementerian Kesehatan	Kementerian Kesehatan	4 peserta
3. Kementerian Sosial	Kementerian Sosial	3 peserta
4. BPJS Kesehatan	BPJS Kesehatan	4 peserta
	Kemenko PMK	2 peserta
	Komisi Nasional Disabilitas	4 peserta
Total peserta		21 peserta

Target kementerian lembaga yang dilibatkan dalam pada rencana penelitian dan pengumpulan data terdapat perbedaan. Pada rencana penelitian, kami tidak menargetkan Kemenko PMK dan Komisi Nasional Disabilitas untuk terlibat dalam DKT. Namun, setelah mengalami proses review rancangan penelitian dari INKLUSI dan Mitra INKLUSi, kami mendapatkan masukan untuk melibatkan kedua organisasi pemerintah pusat tersebut. Pelibatan ini dibutuhkan karena Kemenko PMK dan Komisi Nasional Disabilitas memiliki kewenangan untuk menyediakan hak dasar penyandang disabilitas salah satunya hak kesehatan.

Keabsahan data DKT

Pengumpulan dan analisis data melalui DKT dilakukan melalui serangkaian proses yang terdiri dari:

- *Pertama penyusunan instrumen*

Penyusunan instrumen DKT disusun dengan mengadaptasi hasil *stakeholders hearing*. Setelah instrumen disusun, kami melakukan proses review dengan INKLUSI untuk memastikan pertanyaan wawancara dan DKT sejalan dengan tujuan penelitian.

- *Kedua pelaksanaan DKT*

Kami melakukan DKT secara daring melalui Zoom yang merekam informasi atau jawaban. Untuk memastikan validasi informasi yang disampaikan oleh responden, setelah wawancara atau FGD kami melakukan konfirmasi melalui pesan WhatsApp dan pertemuan daring. Kami juga melakukan pencarian di internet mengenai program atau kebijakan yang diinformasikan dalam wawancara dan DKT.

- *Ketiga manajemen dan analisis data*

Hasil DKT yang dikumpulkan dalam bentuk rekaman yang disimpan dalam penyimpanan khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti. Kemudian peneliti mengirimkan rekaman ke tim transkrip yang sudah mengisi ethical clearance untuk menjaga kerahasiaan data. Untuk menganalisis data transkrip, peneliti menyusun code yang ditetapkan berdasarkan tujuan penelitian dan tema dari instrumen. Kami melakukan analisis dengan aplikasi ATLAS.ti untuk melakukan *coding* pada hasil transkrip. Setelah proses *coding* kami melakukan pengecekan bersama untuk validasi data. Hasil dari *coding* tersebut berupa kuotasi yang kami pilih lagi untuk masuk dalam laporan penelitian melalui pemetaan bertema dengan Matriks.

Kriteria inklusi partisipan DKT

- a. Terdaftar secara resmi sebagai staf di organisasi pemerintah pusat, daerah dan organisasi nonpemerintah yang bergerak di topik disabilitas dan kesehatan
- b. Memiliki tugas pekerjaan sebagai regulator dan/atau implementor terkait sistem kesehatan
- c. Telah menjalankan peran tersebut sebelum dan sampai dengan penerapan terkait sistem kesehatan
- d. Setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani formulir persetujuan

Kriteria eksklusi partisipan DKT

- a. Masa kerja kurang dari 1 tahun
- b. Tidak dapat dihubungi oleh peneliti setelah 3 kali percobaan

9. Penggabungan analisis data

Hasil analisis gabungan kami dilakukan berdasarkan tema yang ditetapkan dari pertanyaan penelitian. Tema penelitian tersebut adalah layanan kesehatan yang inklusif, penggunaan jaminan kesehatan nasional, alat bantu kesehatan dan layanan terapi bagi penyandang disabilitas. Tema tersebut didiskusikan dalam rapat mingguan selama 4 minggu untuk memastikan data tersebut telah lengkap dan berkualitas. Pada fase akhir penelitian, tim mengundang kembali semua participant untuk memvalidasi hasil analisis dan rekomendasi kebijakan yang dilakukan.

10. Etika penelitian

Penelitian dilaksanakan setelah *ethical clearance* mendapatkan "*Persetujuan etik*" dari komisi etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) Universitas Gadjah Mada dengan nomor KE/FK/1123/EC/2023.

BAB II

Hasil Tinjauan Literatur



BAB II

Hasil Tinjauan Literatur

Hasil pencarian dari kedua fase tersebut adalah sebuah daftar artikel yang berjumlah 3113 dan gambar 1 menampilkan proses identifikasi artikel hingga proses data sintesis, Dari jumlah tersebut, kami melakukan reduksi melalui pengaplikasian kriteria eksklusi dan screening melalui judul artikel/buku. 138 artikel dibaca isinya dan 28 artikel dipilih untuk dilanjutkan ke dalam proses sintesis dan dapat dilihat karakteristiknya pada Tabel 8.

Layanan Kesehatan untuk penyandang disabilitas

Layanan kesehatan yang terekam dalam artikel tersebut ditemukan bervariasi tergantung pada tingkatan fasilitas layanan kesehatan dan jenis layanan kesehatan. Fasilitas layanan kesehatan seperti layanan kesehatan primer, rumah sakit, layanan rehabilitasi medis dan juga layanan homecare (Benigno et al. 2015; Bright and Kuper 2018; Hamid et al. 2018; Lydia and Nazirah 2007; Mörchen et al. 2013). Jenis layanan kesehatan yang ditawarkan berupa layanan terapi fisik, layanan penyakit kronis, layanan kesehatan reproduksi dan seksual, layanan kesehatan gigi, konsultasi gizi, terapi wicara, layanan psikologi dan bantuan komunikasi (Benigno et al. 2015; Bright and Kuper 2018; Hamid et al. 2018; Lee et al. 2015; Nanthamongkolchai et al. 2023; Nguyen et al. 2018; Sultana, Mahumud, and Sarker 2017). Satu artikel menggambarkan terkait layanan vaksinasi Covid 19 di Global South (Hunt et al. 2023). Layanan kesehatan untuk disabilitas tuli berupa layanan pendamping berobat saat mengakses layanan kesehatan juga telah dikembangkan (Rembis and Djaya 2020).

Layanan rehabilitasi mendapatkan perhatian yang cukup besar dalam publikasi yang kami temukan. Tiga tipe layanan rehabilitasi kesehatan ditemukan di Indonesia yaitu medical rehabilitation (Individual based), institutional based rehabilitations, and Community based rehabilitative (CBR) service (Kurniawan and Wardani 2020). Layanan rehabilitasi untuk penyandang disabilitas adalah layanan kesehatan yang bertujuan untuk memaksimalkan kondisi hidup dalam berfungsi, beraktifitas dan berpartisipasi dalam masyarakat. Layanan tersebut dapat berupa terapi, dan fisioterapi. Layanan rehabilitasi dan palliative disebutkan dalam artikel untuk memberdayakan kelompok penyandang disabilitas, namun dirancang secara umum untuk semua jenis disabilitas. Satu artikel menunjukkan bahwa The WHO Representative Office di Filipina peningkatan rehabilitasi kesehatan dengan menyediakan therapeutic ultrasound, resistive exercise products and fine motor dan dexterity activity sets. Indonesia memiliki layanan rehabilitasi yang terintegrasi dengan layanan kesehatan lainnya (Benigno et al. 2015).

Layanan kunjungan rumah (homecare) untuk penyandang disabilitas juga telah dikembangkan di Thailand (Wanaratwichit, Hills, and Cruickshank 2020). Layanan tersebut

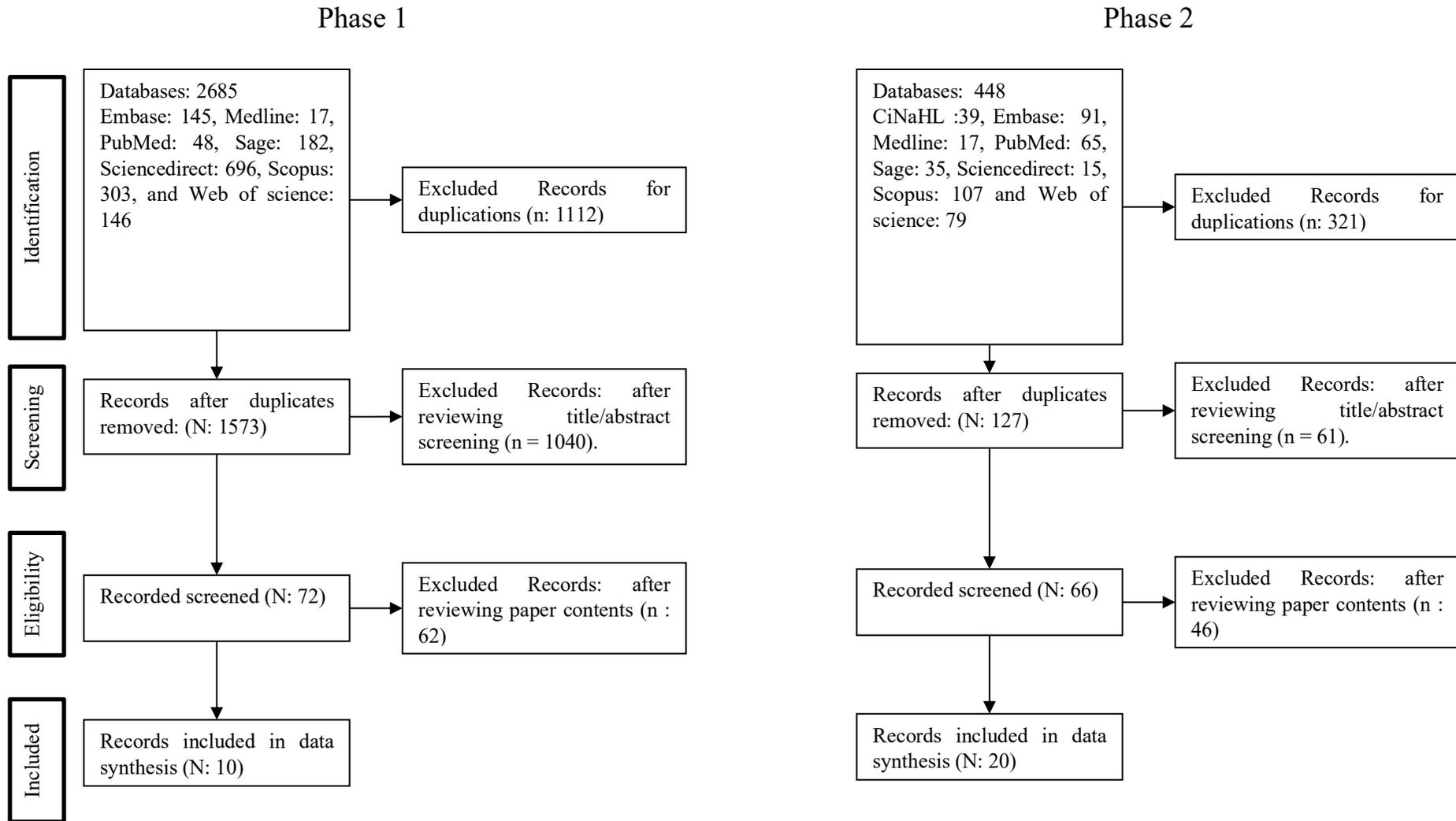
tersedia di dua daerah dan dibantu dan dikoordinir oleh Perawat. Tujuan layanan kesehatan tersebut adalah mengidentifikasi kebutuhan utama dalam rencana pelayanan kesehatan dan juga mengawasi kualitas layanan dari community health volunteers.

Satu artikel menjelaskan tentang layanan kesehatan yang berkembang selama masa pandemic covid 19. *Home Visit* dilakukan secara rutin oleh dokter ke penyandang disabilitas di Bangladesh dan pengembangan telemedicine dikembangkan di India dan Bangladesh untuk layanan kesehatan bagi anak dengan disabilitas(Sultana et al. 2017).

Faktor yang mempengaruhi layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas

Faktor yang mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan oleh penyandang disabilitas dapat berasal dari individu orang tersebut, sistem kesehatan terlebih fasilitas layanan kesehatan maupun kelompok sosial. Kami hanya fokus terkait faktor yang berkaitan dengan sistem kesehatan dalam laporan ini. Berikut akan kami uraikan temuan kami dari artikel-artikel yang ada.

Gambar 1. Proses Seleksi Artikel



Tabel 8. Karakteristik dokumen yang sintesis.

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
Artikel Fase 1							
2023	H. Kuper a, T. Smythe	Are people with disabilities at higher risk of COVID-19 related mortality? A systematic review and meta-analysis (Kuper 2023)	Public Health 222 (2023) 115e124	Reviu sistematis dan meta analisis	Data longitudinal selama covid	Negara Eropa (64%), Americas (21%) and Pasifik Barat (11%)	NA
2017	Marufa Sultana, Rashidul Alam Mahumud, Abdur Razzaque Sarker	Burden of chronic illness and associated disabilities in Bangladesh: Evidence from the Household Income and Expenditure Survey (Sultana et al. 2017)	Chronic Diseases and Translation al Medicine	Kuantitatif data	survey rumah tangga	Bangladesh	Semua masyarakat

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
2018	Global Research on Developmental Disability Collaborators	Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 (Olusanya et al. 2018)	The Lancet Global Health	Reviu sistematis	Akademik literatur dari data base terkait rumah sakit dan klaim pembayaran, survei rumah tangga, sistem notifikasi kasus, studi kohort, dan multinasional survei.	195 Negara	epilepsy, intellectual disability, hearing loss, and vision los)
2017	Lukia Namaganda Hamid, MPH, Olive Kobusingye, MMed(Surg), MPH, Sebastian Olikira Baine, PhD, Chrispus Mayora, MA, Jacob A. Bentley, PhD	Disability characteristics of community-based rehabilitation participants in Kayunga district, Uganda (Hamid et al. 2018)	Annals of Global Health, VOL. 83, NO. 3–4, 2017 May–August 2017: 478–488	Kuantitatif	Survey	Uganda	315 penyandang disabilitas dalam berkomunikasi

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
2021	Herlinda, O dan Siagian, C	Masukan Kebijakan untuk Memastikan Terjaminnya Akses Kelompok Rentan Pada Vaksinasi COVID-19 di Indonesia (CISDI and Puspaka 2021)		Kualitatif	Studi literatur dan satu FGD	Indonesia	Disabilitas fisik dan ODGJ
2023	Gusman, YSD	Studi Perbandingan Sistem Jaminan Sosial Antara Indonesia Dan Malaysia Dalam Rangka Pemenuhan Hak Kesehatan Di Indonesia (Syofyan and Gusman 2023)	UNES Journal of Swara Justisia	Studi Campuran	sosiolegal research	Indonesia dan Malaysia	Regulasi
2013	Kusumastuti, Peni Dr PMR; Pradanasari, Rosiana Dr PMR; Ratnawati, Anita Dr PMR	The Problems of People with Disability in Indonesia and What Is Being Learned from the World Report on Disability(Kusumastuti et al. 2014)	American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation	NA	NA	Indonesia	Yes

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
2017	Gabrielle Kelly	Patient agency and contested notions of disability in social assistance applications in South Africa (Kelly 2017)	Social Science & Medicine	Kualitatif	Wawancara ke 24 dokter dan observasi layanan ke pasien (246 konsultasi)	South Africa	NA
2023	Smythe, T.; Ssemata, A.S.; Slivesteri, S.; Mbazzi, F.B.; Kuper, H.	Developing a training on disability for healthcare workers in Uganda: A mixed methods study(Smythe et al. 2023)	medRxiv: BMC health services research	A mixed method -	Review and interviews kepada tenaga kesehatan	Uganda	NA
2018	Bright, T.; Kuper, H.	A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low- and middle-income countries(Bright and Kuper 2018)	International Journal of Environmental Research and Public Health	Telaah Literature	NA	LMIC	Visual impairment Hearing impairment Physical impairment Mental impairment Functional difficulties Multiple domains

Artikel Fase 2

2020	Kurniawan, A; Wardani, AK; Angkasawati, TJ; Wahidin, M	Peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan dasar untuk difabel di Sukoharjo, Jawa	Litbangkes Kemenkes	Kualitatif	Menggunakan data rutin untuk melihat sebarum disabilitas	Indonesia	Fisik, rungu/wicara, dan netra
------	--	--	---------------------	------------	--	-----------	--------------------------------

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
		Tengah (Kurniawan and Wardani 2020)					
2013	Mörchen, Manfred; Ormsby, Gail; Te Serey Bonn; Lewis, David	Addressing disability in the health system at CARITAS Takeo Eye Hospital (Mörchen et al. 2013)	Community eye journal	Studi kasus	NA	Cambodia	Disabilitas Fisik
2017	Pimdee, A.; Nualnetr, N.	Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to guide home health care services planning and delivery in Thailand(Pimdee and Nualnetr 2017)	Home health care services quarterly	Studi eksperimen atau action research yang memiliki 3 fase.	Studi eksperimen atau action research yang memiliki 3 fase. Fase pertama dan kedua memiliki partisipan dari komponen tenaga kesehatan dan fase ketiga ditambahkan partisipan yang berasal dari komponen pasien sebanyak 30 pasien rawat jalan yang menerima perawatan home-care.	Thailand	Populasi disabilitas yang terdapat di dalam studi adalah pasien dengan kondisi patah tulang, amputasi, diabetes dengan hipertensi, kanker dan pasien penyakit jantung

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
2023	Briggs, A.M.; Jordan, J.E.; Sharma, S.; Young, J.J.; Chua, J.; Foster, H.E.; et al	Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low- and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies (Briggs et al. 2023)	Health policy and planning	Kualitatif	Wawancara dan analisis kebijakan	9 Countries (Argentina, Bangladesh, Brazil, Ethiopia, India, Kenya, Malaysia, Philippines, South Africa)	Fisik (pasien dengan lemah otot, merasa kesakitan, kekakuan sendi, disfungsi alat gerak, tidak mampu mengurus diri sendiri)
2023	Rohman, Abdul; Pitaloka, Dyah; Erlina, Erlina; Dang, Duy; Prastyani, Ade	Disability data and its situational and contextual irrationalities in the Global South(Rohman et al. 2023)	Big Data & Society	NA	Artikel ini berbentuk commentary dan data yang dipergunakan berasal dari observasi, partisipasi aktif, data wawancara dan sesi informasi.	Indonesia dan Vietnam	NA
2023	Nanthamongkolchai, S.; Tojeen, A.; Yodmai, K.; Suksatan, W.	Factors Influencing Access to Health Services among Chronically Ill Older Adults with Physical Disabilities in the Era of the COVID-19 Outbreak(Nanthamongkolchai et al. 2023)	International Journal of Environmental Research and Public Health	Kuantitatif	Survei	Thailand	Disabilitas fisik
2020	Rembis, M.; Djaya, H.P.	Gender, Disability, and Access to Health Care in Indonesia: Perspectives from	Springer Link	Kualitatif	Wawancara	Indonesia	Perempuan dengan disabilitas

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
		Global Disability Studies (Rembis and Djaya 2020)					
2020	Wanaratwicht, Civilaiz; Hills, Danny; Cruickshank, Mary	Home-based care for people with disabilities: Role of registered nurses within the District health system in Thailand(Wanaratwicht et al. 2020)	Collegian, ScienceDirect-Elsevier	Kualitatif (FGD dan IDI)	Data rutin (jumlah perawat)	Thailand	Disabilitas Fisik
2023	Hunt, Xanthe; Hameed, Shaffa; Tetali, Shailaja; Ngoc, Luong Anh; Ganle, John; Huq, Lopita; Shakespeare, et all	Impacts of the COVID-19 pandemic on access to healthcare among people with disabilities: evidence from six low- and middle-income countries (Hunt et al. 2023)	International Journal for Equity in Health	Kualitatif	data primer	Ghana, Zimbabwe, Vietnam, Türkiye (pengungsi Suriah), Bangladesh, dan India	Disabilitas fisik, Mata, pendengaran

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
2018	Thi Tu An Nguyen; Liamputtong, Pranee; Horey, Dell; Monfries, Melissa	Knowledge of Sexuality and Reproductive Health of People with Physical Disabilities in Vietnam(Nguyen et al. 2018)	Sexuality & Disability	Kualitatif	wawancara mendalam dan metode elisitasi foto (photo elicitation method)	Vietnam	20 partisipan penyandang disabilitas, diantaranya 10 laki-laki dan 10 perempuan, ragam disabilitas yang dimiliki mayoritas pada 17 partisipan memiliki sindrom polio, 2 cedera saraf tulang belakang, dan 1 partisipan penyandang disabilitas yang disebabkan oleh kanker tulang
2018	Mörchen, M.; Bush, A.; Kiel, P.; Lewis, D.; Qureshi, B.	Leaving No One Behind: Strengthening Access to Eye Health Programs for People With Disabilities in 6 Low- and Middle-Income Countries(Mörchen et al. 2018)	Asia-Pacific journal of ophthalmology (Philadelphia, Pa.)	NA	Laporan proyek CBM-supported inclusive eye health programs in low- and middle-income countries.	6 countries (Cambodia, Egypt, Ethiopia, Indonesia, Pakistan, Vietnam)	Disabilitas pada umumnya

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
2023	Nguyen, T.V.; Edwards, N.; King, J.	Maternal healthcare for women with physical disabilities in Northern Vietnam: perspectives of healthcare providers(Nguyen 2023)	NA	Kualitatif,	Wawancara terhadap tenaga kesehatan dari 14 faskes (level RS sampai commune level dan termasuk faskes swasta) yg diidentifikasi oleh 29 perempuan dengan disabilitas.	Vietnam	29 perempuan dengan disabilitas
2014	Wongkongdech, A.; Laohasiriwong, W.	Movement disability: Situations and factors influencing access to health services in the northeast of Thailand(Wongkongdech and Laohasiriwong 2014)	Kathmandu University Medical Journal	Kuantitatif	Crossectional survey	Thailand	Disabilitas dalam movement
2019	Nguyen, A.; Liamputtong, P.; Horey, D.	Reproductive Health Care Experiences of People with Physical Disabilities in Vietnam(Nguyen 2019)	Sexuality and Disability	Kualitatif	NA	Vietnam	Disabilitas Fisik
2015	Benigno, M.R.; Kleinritz, P.; Calina, L.; Alcido, M.R.;	Responding to the health and rehabilitation needs of people with disabilities	Western Pacific surveillance and response	NA	NA	Philippines	Disabilitas Fisik ayng disebabkan oleh polio

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
	Gohy, B.; Hall, J.L.	post-Haiyan(Benigno et al. 2015)	journal : WPSAR				
2015	Lee, K.; Devine, A.; Marco, M.J.; Zayas, J.; Gill-Atkinson, L.; Vaughan, C.	Sexual and reproductive health services for women with disability: A qualitative study with service providers in the Philippines (Lee et al. 2015)	BMC Women's Health	Kualitatif (IDI dan FGD)	NA	Philippines	perempuan dengan disabilitas
2021	Kafaa, K.A.	Special Health Insurance as an Inclusive Social Protection Program For People With Disabilities(Kafaa 2021)	Jurnal Ilmiah Peuradeun	Studi campuran	Data primer dari survey di tahun 2018, wawancara mendalam dan pengambilan data sekunder.	Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia	NA
2007	Lydia, A.L.; Nazirah, H.	The applications of International Classification of functioning, disability and health (icf) by World health Organization (WHO) in Rehabilitation Medicine practice (Lydia and Nazirah 2007)	Journal of Health and Translation al Medicine	NA	NA	Malaysia	Orang disabilitas pada pusat rehabilitasi medis

Tahun Publikasi	Nama Penulis	Judul	Nama Jurnal	Metode Pengumpulan Data (Kualitatif atau Kuantitatif)	Jenis Data (Rutin atau Survei)	Negara	Populasi - Disabilitas
2015	Tan, S.H.	Unmet Health Care Service Needs of Children With Disabilities in Penang, Malaysia (Tan 2015)	Asia-Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health	Studi Kuantitatif	Data Departemen Kesejahteraan Sosial di Penang Tahun 2012	Malaysia	1340 anak-anak dengan disabilitas yang terdiri dari 47 anak disabilitas visual, 79 disabilitas pendengaran, 80 disabilitas fisik, 936 disabilitas pembelajaran, 4 disabilitas wicara dan 194 anak dengan disabilitas ganda

Produk kesehatan dan infrastruktur fasilitas layanan kesehatan di berbagai negara tersebut telah dikembangkan untuk meningkatkan aksesibilitas penyandang disabilitas. Peralatan medis, alat bantu dan teknologi lainnya harus dapat dijangkau oleh penyandang disabilitas dalam meningkatkan kemandirian penyandang disabilitas untuk mengakses layanan kesehatan menjadi catatan penting dalam penguatan sistem kesehatan (Tan 2015). Untuk infrastruktur kesehatan yang berhubungan dengan bangunan, ketersediaan ramp di faskes merupakan hal yang sudah banyak tersedia. Selanjutnya, kebutuhan untuk toilet khusus penyandang disabilitas dan tempat parkir masih menjadi catatan faktor yang dapat memperkuat aksesibilitas layanan kesehatan (Nguyen 2023).

Sebuah artikel menjelaskan secara komprehensif pembelajaran layanan kesehatan di RS CARITAS Takeo Eye Hospital (CTEH) di Kamboja yang bertujuan menjadi lebih inklusif untuk penyandang disabilitas (Mörchen et al. 2013). Proyek tersebut menunjukkan hasil yang sangat positif dimana aksesibilitas penyandang disabilitas fisik di RS tersebut didorong menggunakan universal design dalam mengurangi hambatan sehingga lebih inklusif. Pedoman dalam pembangunan infrastruktur yang lebih inklusif tersebut telah ditiru oleh Gedung-gedung lainnya di sekitar rumah sakit tersebut. Aksesibilitas layanan rumah sakit oleh kelompok disabilitas meningkat.

Secara umum, kelompok disabilitas mendapat prioritas antrian walaupun tidak ada aturan tertulis mengenai hal itu. Terdapat pula bantuan berupa diskon atau bahkan penghapusan biaya di RS dan klinik swasta, berdasarkan 'penilaian' oleh tenaga sosial yang berada di faskes tersebut (Nguyen 2023). Walaupun pada umumnya bantuan ini tersedia untuk mereka yg miskin (tidak khusus/terbatas untuk kelompok dengan disabilitas saja), adanya kesempatan bantuan ini tidak dipublikasikan, dan besarnya tidak ditentukan, sangat bergantung pada penilaian yang bersifat subyektif.

Faktor kemampuan petugas kesehatan juga sangat penting dalam memperkuat aksesibilitas layanan kesehatan tersebut (Bright and Kuper 2018; Kurniawan and Wardani 2020; Nguyen et al. 2018; Tan 2015). Kemampuan komunikasi dari para penyedia layanan termasuk layanan terapi dan rehabilitasi masih menjadi catatan dalam peningkatan kualitas layanan. Isu ini dibicarakan artikel yang berlokasi pada Malaysia, Thailand dan Indonesia.

Tantangan dalam memberikan layanan kesehatan

Tantangan dari fasilitas layanan kesehatan adalah dimulai dari tantangan lingkungan secara fisik. Tiga artikel menyatakan akses ke gedung fasilitas kesehatan dan transportasinya juga masih dirasakan cukup sulit oleh penyandang disabilitas (Briggs et al. 2023; Kafa'a 2021; Nguyen 2023). Artikel lainnya menjelaskan bahwa akses atau jarak yang ditempuh untuk mencapai layanan kesehatan dirasakan terlalu jauh (Tan 2015). Kesulitan tersebut dilaporkan

oleh orang tua dengan anak dengan disabilitas karena tidak ada yang mendampingi atau anaknya untuk terapi.

Hambatan kedua yang didapatkan dari hasil revidi adalah ketersediaan tenaga kesehatan. Kekurangan tenaga kesehatan sudah menjadi isu umum di ASEAN dan LMIC apalagi untuk layanan rehabilitasi medis. Satu artikel menjelaskan bahwa terbatasnya jumlah tenaga kesehatan dalam layanan medis rehabilitasi di Indonesia (Rembis and Djaya 2020). Jumlah dokter spesialis fisik dan rehabilitasi (*physical medicine and rehabilitation specialist (PMR)*) masih terbatas di Indonesia dan lulusannya per tahun hanya tersedia 20 orang. Angka tersebut sangat kecil untuk menjawab kebutuhan pemerataan layanan kesehatan yang sensitif. Di sisi lainnya, *Community based rehabilitation (CBR)* tidak dapat menyediakan layanan kesehatan khusus karena keterbatasan sistem kesehatannya termasuk tenaga kesehatan dalam konteks daerah tersebut.

Sikap tenaga kesehatan juga dapat menghambat aksesibilitas penyandang disabilitas terhadap layanan kesehatan di sektor publik. Salah satu artikel menjelaskan contoh sikap negatif dari petugas kesehatan kepada perempuan dengan disabilitas (Benigno et al. 2015). Perlakuan terhadap perempuan dengan disabilitas dianggap dapat "merendahkan" atau menganggap "kurang mampu", sehingga muncul komentar-komentar seperti: "sebaiknya perempuan disabilitas tidak memiliki banyak anak", atau bahwa perempuan dengan disabilitas yang sedang hamil harus di skrining untuk melihat kemungkinan fetal abnormal (Nguyen 2023). Tenaga kesehatan juga mengakui tidak terlatih secara khusus dan tidak berpengalaman untuk melayani perempuan dengan disabilitas, sehingga mengatakan sebaiknya perempuan dengan disabilitas didampingi keluarga ketika mengakses layanan kesehatan. Salah satu alasan dari perlakuan karena kurangnya kompetensi dan rasa percaya diri dalam memberikan layanan bagi perempuan penyandang disabilitas (Rembis and Djaya 2020). Penyedia layanan lain merasa bahwa perempuan penyandang disabilitas tidak seharusnya menerima perlakuan 'khusus' untuk menghindari diskriminasi terhadap mereka (Nguyen 2023). Posisi ini dibingkai sebagai posisi yang non-diskriminatif dan inklusif, namun tidak mengakui hambatan tambahan yang dialami perempuan penyandang disabilitas dalam mengakses layanan kesehatan dan oleh karena itu diperlukan tindakan tambahan untuk meningkatkan kesetaraan akses. Konsekuensi dari perlakuan tersebut adalah penyandang disabilitas lebih memilih mengakses layanan kesehatan di faskes swasta. Contohnya, penyandang disabilitas tuli merasa keberadaan layanan pendamping swasta memiliki kualitas lebih baik dari pada sektor publik (Rembis and Djaya 2020).

Tantangan terhadap keterbatasan finansial dari penyandang disabilitas, keluarga maupun pemerintah menjadi catatan lain yang perlu ditindaklanjuti. Keterbatasan anggaran dalam melakukan CBR mengakibatkan penyandang disabilitas mendapatkan layanan dengan kualitas rendah. Dana ini hanya diberikan oleh kementerian Sosial (Kusumastuti, Pradanasari,

and Ratnawati 2014). Keterbatasan dana tersebut mengakibatkan alokasi terhadap pengembangan SDM terbatas atau tidak ada sama sekali, contohnya tidak ada atau kurangnya kesempatan untuk mendapatkan pelatihan. Artikel lainnya menyebutkan bahwa, kebijakan nasional disabilitas di Uganda tidak secara eksplisit menjelaskan bagaimana intervensi terkait penyandang disabilitas akan dianggarkan, yang membuat komitmen untuk mengimplementasikan intervensi dan program menjadi sulit (Hamid et al. 2018). Dari segi masyarakat, penyandang disabilitas merasa layanan kontrasepsi di fasyankes cukup mahal (Lee et al. 2015; Nguyen et al. 2018). Di kasus lainnya, pengeluaran biaya selama anak-anak dengan disabilitas hidup sangat besar dan kadang memperburuk kondisi kemiskinan keluarga. Kondisi ini semakin memburuk untuk orang tua dengan kondisi terbatas waktu dan keuangan mengakibatkan ketidaktepatan penerimaan alat. Dari segi harga sendiri, alat bantu juga masih dianggap tidak terjangkau (Tan 2015).

Tantangan terkait data yang kredibel juga ditemukan dalam proses data sintesis ini. Salah satu artikel menyebutkan bahwa pemanfaatan dan manajemen data penyandang disabilitas yang belum optimal sehingga cakupan vaksinasi yang rendah, karena sumber daya manusia yang mengelolanya belum kompeten (Rohman et al. 2023). Data penyandang disabilitas sejauh ini hanya digunakan untuk menentukan siapa yang berhak menerima tunjangan kesejahteraan sosial, dengan kata lain data tersebut diperkecil perannya dalam perspektif bantuan ekonomi saja. Sementara itu, data penyandang disabilitas semestinya dapat dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan yang lebih luas dan lebih tinggi tingkatannya, seperti socio-technical, budaya, dan politik. Dari sisi layanan kesehatan, Dokter yang bertugas di CBR yang paham terkait situasi disabilitas pasiennya, mengalami kesulitan dalam mengakses informasi terkait ketersediaan layanan yang diberikan dan kejelasan terkait sistem rujukan yang ada (Hamid et al. 2018).

Hambatan terakhir yang ditampilkan adalah hambatan secara sosial dan kebijakan. Stigma sosial dan kepercayaan budaya yang menyudutkan anak-anak dengan disabilitas menempatkan mereka pada risiko besar untuk terlupakan, kekerasan atau bahkan pembunuhan anak sendiri (infanticide) (Hunt et al. 2023; Mörchen et al. 2013). Konsekuensi lainnya adalah penyandang disabilitas cenderung untuk tidak didaftarkan oleh keluarga dalam sistem administratif daerah (CISDI and Puskapa 2021; Wongkongdech and Laohasiriwong 2014). Untuk kebijakan secara umum, salah satu artikel melaporkan bahwa adanya ketidakjelasan definisi disabilitas (Kelly 2017). Diharmonisasi dalam aturan terkait penyandang disabilitas, perlindungan anak kesejahteraan sosial menyebabkan disfungsi sosial untuk penyandang disabilitas, dimana terjadi multiple diskriminasi terhadap penyandang disabilitas. Pemerintah mengidentifikasi penyandang disabilitas sebagai kelompok masyarakat yang tidak dapat berpartisipasi dan berfungsi sosial secara penuh.

BAB III

Hasil Studi Empiris



BAB III

Hasil Studi Empiris

Bagian BAB III kami mengintegrasikan hasil survei langsung ke penyandang disabilitas, dan diskusi kelompok terarah dengan petugas kesehatan, institusi kesehatan dan organisasi masyarakat di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional. Temuan tersebut disajikan ke dalam empat sub sesi yaitu: Inklusivitas layanan kesehatan; penggunaan jaminan kesehatan dalam layanan kesehatan; ketersediaan alat bantu; dan layanan terapi.

A. Layanan Kesehatan Inklusif



Pelayanan kesehatan yang inklusif merupakan prinsip dasar untuk penyandang disabilitas memenuhi kebutuhannya. Dengan layanan inklusif, keterbatasan mobilitas dan komunikasi penyandang disabilitas seharusnya tidak menjadi kendala untuk mendapatkan kebutuhan kesehatan. Hasil investigasi terhadap kebijakan kesehatan pada tingkat nasional dan daerah serta menemukan kesenjangan dalam implementasi tersebut ditampilkan sebagai berikut:



a. Kebijakan Kesehatan Level Nasional untuk Disabilitas

Saat ini, pemerintah nasional di Indonesia telah menetapkan beberapa kebijakan berupa Undang-undang (UU) dan Peraturan Menteri untuk memastikan layanan kesehatan inklusif. Kebijakan kesehatan yang inklusif untuk penyandang disabilitas merupakan amanat dari Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas (*Convention On The Rights of Persons With Disabilities*) yang ditetapkan dalam Undang-undang (UU) nomor 19/2011. Melalui regulasi tersebut, Undang-undang (UU) nomor 36/2009 tentang Kesehatan menjadi salah satu bagian bentuk konvensi untuk menghormati dan memastikan hak penyandang disabilitas. Namun, UU 36/2009 tersebut telah dicabut dan diubah menjadi UU 17/2023 tentang Kesehatan.

Kami melakukan pemetaan dari beberapa kebijakan nasional untuk mengidentifikasi pengaturan layanan kesehatan inklusif bagi penyandang disabilitas yang, terdiri dari: deteksi dini, layanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif,

sensitivitas tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang sarana prasarananya inklusif. Kebijakan dipetakan terbatas pada regulasi atau produk lainnya yang didalamnya mengandung kata atau mengatur "kesehatan", "pelayanan kesehatan" dan "disabilitas". Hasil pemetaan kebijakan tersedia dalam tabel 9.

Payung hukum dari penyelenggaraan *universal health coverage* (UHC) di Indonesia salah satunya adalah Undang-undang (UU) nomor 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dari regulasi tersebut, penyelenggaraan UHC di Indonesia melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilakukan dengan skema umum tanpa ada pengaturan khusus seperti preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif untuk penyandang disabilitas.

Untuk mengatasi kesenjangan dari UU 40/2004 tersebut, pemerintah pada Undang-undang (UU) nomor 17/2023 tentang Kesehatan mengatur prinsip pelayanan kesehatan inklusif untuk penyandang disabilitas. Prinsip inklusif tersebut diatur dalam upaya kesehatan yang melibatkan dan mempertimbangkan penyandang disabilitas dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Salah satu contohnya adalah layanan deteksi dini disabilitas diatur dalam upaya tumbuh kembang bayi dan anak dan upaya penanganan penyakit tidak menular maupun tidak menular. Pengaturan untuk preventif, promotif dan kuratif untuk penyandang disabilitas ditetapkan dalam UU Kesehatan dengan penyediaan layanan primer dan tingkat lanjut bersifat inklusif dan memperhatikan aksesibilitas kelompok rentan. Namun, penetapan layanan kesehatan inklusif dalam **UU Kesehatan belum mengatur sensitivitas tenaga kesehatan pada penyandang disabilitas**. Mewujudkan layanan primer dan rujukan inklusif, UU Kesehatan telah mengatur akses dan fasilitas kesehatan terjangkau dan bermutu untuk penyandang disabilitas.

Prinsip yang telah ditetapkan dalam UU Kesehatan tersebut telah diterjemahkan dalam Peraturan Pemerintah (PP) 28/2024 tentang Peraturan Pelaksana UU 17/2023 tentang Kesehatan. Pemerintah telah menetapkan PP 28/2024 yang mengatur pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif/paliatif penyandang disabilitas. Pada pelayanan promotif dan preventif, PP 28/2024 telah menetapkan bentuk edukasi kesehatan dan deteksi dini untuk penyandang disabilitas. Pada pelayanan kuratif, rehabilitatif dan paliatif juga telah ditetapkan pasal dan/atau ayat yang mendorong untuk adanya pelayanan kesehatan inklusif bagi penyandang disabilitas. Pemerintah melalui PP 28/2024 telah mengamanatkan pula jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan penyediaan kompetensi SDM kesehatan inklusif.

Tabel 9. Kebijakan Nasional yang Mengatur Pelayanan Kesehatan Inklusif dan Spesifik untuk Penyandang Disabilitas

No	Kebijakan	Pelayanan Kesehatan Inklusif dan Spesifik untuk Penyandang Disabilitas				
		Deteksi Dini	Preventif, Promotif, dan Kuratif	Rehabilitasi	Sensitivitas Tenaga Kesehatan	Fasilitas Kesehatan Inklusif
1	Undang-undang 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
2	Undang-undang 17/2023 tentang Kesehatan	Ya, tidak spesifik	Ya	Ya, tidak spesifik	Tidak	Ya
3	Undang-undang 8/2016 tentang Penyandang Disabilitas	Tidak	Ya, tidak spesifik	Ya	Ya	Ya
4	Peraturan Pemerintah 28/2024 tentang Peraturan Pelaksana UU 17/2023 tentang Kesehatan	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
5	Peraturan Bappenas 3/2021 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 70/2019 tentang Perencanaan, Penyelenggaraan, dan Evaluasi Terhadap Penghormatan, Perlindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
6	Pedoman Teknis Sarana Prasarana Puskesmas	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Ya
7	Peraturan Menteri Kesehatan 3/2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan	Tidak	Tidak	Ya, hanya alat bantu kesehatan	Tidak	Tidak
8	Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) nomor HK.01.07/MENKES/1047/2024 tentang Standar Peralatan Terpadu dalam Rangka Penguatan Pelayanan kesehatan Primer pada Pusat Kesehatan Masyarakat, Unit Pelayanan Kesehatan Desa/Kelurahan dan Pos Pelayanan Terpadu	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Tidak

Keterangan:

- *Deteksi dini = pasal atau ayat yang mengatur tentang pelayanan kesehatan untuk mendeteksi risiko disabilitas berdasarkan siklus kehidupan;*
- *Preventif, promotif dan kuratif = pasal atau ayat yang mengatur terkait layanan khusus untuk penyandang disabilitas secara prinsip maupun teknis*
- *Rehabilitasi = pasal atau ayat yang mengatur terkait penyediaan layanan terapi, perawatan jangka panjang dan alat bantu kesehatan untuk penyandang disabilitas*
- *Sensitivitas tenaga kesehatan = pasal atau ayat yang mengatur terkait kompetensi tenaga kesehatan untuk pelayanan kesehatan disabilitas, misalnya amanat menyediakan pelatihan tenaga kesehatan untuk melayani disabilitas secara prinsip maupun teknis*
- *Fasilitas kesehatan inklusif = pasal atau ayat yang mengatur terkait standar fasilitas kesehatan untuk penyandang disabilitas secara prinsip maupun teknis*

Sementara itu, memastikan pelayanan kesehatan yang inklusif bagi penyandang disabilitas juga diatur dalam **UU 8/2016 tentang Penyandang Disabilitas**. UU tersebut telah **mengatur berbagai hak kesehatan penyandang disabilitas, kecuali terkait deteksi dini**. Pengaturan terkait layanan preventif, promotif, dan kuratif kesehatan untuk penyandang disabilitas telah diatur secara tidak langsung. Rehabilitasi yang diatur dalam untuk bidang sosial seperti memberdayakan penyandang disabilitas untuk dapat memenuhi kebutuhan kehidupan secara mandiri. Disisi lain, UU Penyandang Disabilitas telah mengatur sensitivitas tenaga kesehatan dengan amanat pemerintah harus menyediakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi khusus untuk memberikan layanan kesehatan kepada disabilitas. Sementara fasilitas kesehatan inklusif dalam UU Penyandang Disabilitas telah ditetapkan harus memiliki standar tidak diskriminasi.

Hasil dari pemetaan kebijakan, **amanat terkait layanan kesehatan inklusif dalam kedua undang-undang tersebut masih terbatas peraturan turunan atau teknisnya**. Saat ini, hanya ditemukan dua kebijakan teknis seperti Peraturan Bappenas 3/2021 pada lembar lampiran terkait strategi, aksi dan indikator untuk rencana aksi penyandang disabilitas. Peraturan Bappenas 3/2021 telah menetapkan peranan Kementerian Kesehatan dalam melakukan deteksi dini disabilitas, memberikan pelayanan preventif hingga rehabilitatif, memastikan sensitivitas tenaga kesehatan dan memastikan fasilitas kesehatan yang terjangkau untuk disabilitas. Sementara itu, Pedoman Teknis Sarana Prasarana Puskesmas yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan pada 2013 masih mengalami perubahan untuk menyesuaikan dengan kebijakan baru lainnya. Pedoman tersebut hanya mengatur tentang sarana prasarana puskesmas seperti toilet, tempat parkir, telepon umum, jalur pemandu, rambu dan marka, tangga, pintu dan ram kursi roda.

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) 3/2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan hanya mengatur

terkait alat bantu kesehatan¹. Namun, dalam peraturan tersebut tidak ada pernyataan langsung yang merujuk manfaat dan tarif khusus pelayanan kesehatan dalam JKN untuk penyandang disabilitas. Sifat dari Permenkes 3/2023 ditetapkan secara umum untuk seluruh segmen peserta JKN. Baru-baru ini pemerintah melalui KMK nomor HK.01.07/MENKES/1047/2024 juga telah mengatur terkait pelayanan terapi khusus untuk penyandang disabilitas di pelayanan primer. Melalui regulasi tersebut, telah ditetapkan standar ruang fisioterapi untuk penyandang disabilitas.

Namun, kebijakan yang telah ada masih dinilai belum cukup kuat untuk mewujudkan pelayanan kesehatan inklusif bagi penyandang disabilitas. Masih dibutuhkan kebijakan atau regulasi teknis lainnya, khususnya menerjemahkan UU dan PP Kesehatan terbaru yang telah menetapkan prinsip inklusif pada pelayanan kesehatan. Keterbatasan kebijakan teknis untuk penyediaan layanan kesehatan dipengaruhi beberapa penyebab.

"Jadi data disabilitas yang kami pahami saat ini belum ada yang by name by address untuk intervensi. Sampai saat ini data yang kami dapat itu masih berdasarkan data survei, yang baik itu dari hasil analisis lanjut Reksos 2022 ataupun hasil analisis dari penelitian yang ada. Jadi data ini memang sangat penting namun sampai sekarang kami pun masih kebingungan." Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan keterbatasan data disabilitas untuk penetapan kebijakan teknis pada layanan kesehatan inklusif. Adapun data ataupun *evidence* dari hasil survei nasional dan penelitian dinilai belum dapat menjadi landasan penetapan kebijakan kesehatan untuk disabilitas. Data rutin tersebut diperlukan Kementerian Kesehatan untuk menyusun target indikator kesehatan inklusif bagi disabilitas.

"Mereka terkait isu difabel sama sekali yang tidak tahu, ketika datang [diskusi] juga bingung mereka mau ngomong apa gitu... ketika kami memberikan penilaian, sebenarnya penilaiannya buruk..." Komunitas Disabilitas.

Kurangnya pemahaman tentang isu disabilitas. Komunitas penyandang disabilitas menilai, pendekatan inklusif dalam pelayanan kesehatan belum diimplementasikan karena pemerintah belum memahami isu disabilitas. Hal ini ditemukan oleh komunitas disabilitas saat pemerintah menyelenggarakan pertemuan terkait perancangan layanan kesehatan untuk disabilitas.

¹ Penjelasan detail terkait pengaturan alat bantu kesehatan untuk penyandang disabilitas dari Permenkes 3/2023 akan dijelaskan pada bagian Alat Bantu Kesehatan.

"Adanya indikator bisa jadi bargain untuk pemenuhan sumberdaya termasuk struktur organisasi kira-kira seperti itu sederhananya Bu. Kami juga akan menyusun roadmap dan mapping untuk layanan kesehatan disabilitas tahun ini [2024]..." Kementerian Kesehatan

Saat ini, pemerintah melalui **Kementerian Kesehatan berupaya untuk menyediakan layanan kesehatan inklusif**. Penyusunan indikator kesehatan penyandang disabilitas disusun untuk mendorong penetapan kebijakan dan program pembangunan kesehatan yang inklusif secara nasional. Kementerian Kesehatan menjelaskan juga sedang menyusun peta jalan dan pemetaan fasilitas kesehatan untuk menyediakan layanan kesehatan bagi disabilitas. Upaya ini dilakukan untuk melaksanakan amanat undang-undang terkait dalam memastikan layanan kesehatan inklusif.

b. Kebijakan Kesehatan Level Daerah untuk Disabilitas

Di level daerah, memastikan pelayanan kesehatan yang inklusif untuk disabilitas tertuang dalam Peraturan Daerah (Perda) mengenai Penyandang Disabilitas. Dari wilayah penelitian, hampir seluruhnya telah memiliki Perda Disabilitas yang mengatur pelayanan kesehatan untuk disabilitas. Dalam pemetaan, kami mengidentifikasi pengaturan tentang deteksi dini, preventif-rehabilitatif, sensitivitas tenaga kesehatan dan pengaturan fasilitas kesehatan inklusif untuk disabilitas.

Tabel 10. Kebijakan Daerah untuk Memastikan Layanan Kesehatan Inklusif

Wilayah Penelitian	Kebijakan	Deteksi Dini	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitasi	Sensitivitas Tenaga Kesehatan	Fasilitas Kesehatan Inklusif
Provinsi DI Yogyakarta	Perda 5/2022 tentang Pelaksanaan Penghormatan, Perlindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Ya	Ya	Ya	Ya
	Pergub 7/2023 tentang Jaminan Kesehatan Semesta	Ya	Ya	Tidak	Tidak
Kota Yogyakarta	Perda 4/2019 tentang Pemajuan, Perlindungan, dan Pemenuhan Hak-hak Penyandang Disabilitas	Ya	Ya	Ya	Ya
Kabupaten Bantul	Perda 3/2021 tentang Hak-hak Penyandang Disabilitas	Tidak	Ya	Tidak	Ya
Provinsi Bali	Perda 9/2015 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Ya	Ya	Ya	Ya
Kota Denpasar	Perda Kota Denpasar 11/2022 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang	Ya	Ya	Ya	Ya

Wilayah Penelitian	Kebijakan	Deteksi Dini	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitasi	Sensitivitas Tenaga Kesehatan	Fasilitas Kesehatan Inklusif
	Disabilitas				
Kabupaten Buleleng	Perda 2/2019 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Ya	Ya	Ya	Ya
Provinsi Nusa Tenggara Timur	Perda 6/2022 tentang Pemberdayaan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Ya	Ya	Ya	Ya
Kota Kupang	Perda 2/2019 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Tidak	Ya	Ya	Ya
Kabupaten Kupang	<i>Belum ada regulasi</i>	Belum ada regulasi	Belum ada regulasi	Belum ada regulasi	Belum ada regulasi

Keterangan:

- *Deteksi dini* = pasal atau ayat yang mengatur tentang pelayanan kesehatan untuk mendeteksi risiko disabilitas berdasarkan siklus kehidupan
- *Preventif, promotif dan kuratif* = pasal atau ayat yang mengatur terkait layanan khusus untuk penyandang disabilitas secara prinsip maupun teknis
- *Sensitivitas tenaga kesehatan* = pasal atau ayat yang mengatur terkait kompetensi tenaga kesehatan untuk pelayanan kesehatan disabilitas, misalnya amanat menyediakan pelatihan tenaga kesehatan untuk melayani disabilitas secara prinsip maupun teknis
- *Fasilitas kesehatan inklusif* = pasal atau ayat yang mengatur terkait standar fasilitas kesehatan untuk penyandang disabilitas secara prinsip maupun teknis

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa hampir **seluruh Perda tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Disabilitas telah mengamanatkan untuk melakukan deteksi dini disabilitas, kecuali Kabupaten Bantul dan Kota Kupang.** Akan tetapi, di Kabupaten Bantul, pelaksanaan deteksi dini disabilitas masih dapat tersedia karena pemerintah provinsi (DI Yogyakarta) memiliki program yang diselenggarakan hingga kabupaten/kota. Sementara amanat untuk melakukan **pelayanan preventif, promotif dan kuratif penyandang disabilitas telah ditetapkan dalam seluruh Perda di daerah studi.** Namun, pernyataan untuk penyediaan layanan tersebut ditetapkan secara umum dan tidak spesifik.

Memastikan layanan kesehatan inklusif, hampir seluruh Perda (kecuali Kabupaten Bantul) juga **telah menetapkan perlunya tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi untuk melayani disabilitas.** Kompetensi tersebut didapatkan dengan pemerintah daerah menyediakan pelatihan untuk tenaga kesehatan. Setiap Perda juga telah mengatur untuk menyediakan **fasilitas kesehatan yang inklusif ataupun aman dan mudah diakses bagi penyandang disabilitas.**

Sementara itu, hasil FGD kami dengan tiga provinsi dan enam kabupaten/kota ditemukan bahwa masih banyak daerah yang belum mengimplementasikan layanan kesehatan disabilitas sesuai amanat Perda. **Kewenangan untuk penanganan kebutuhan disabilitas masih dinilai sebagai tanggung jawab satu pemangku kepentingan di daerah yakni Dinas Sosial.**

"terkait dengan program disabilitas, ...tupoksi kami yang belum sampai kesana ya, ...mungkin hanya beberapa yang ikut terlibat ya, untuk disabilitas itu ada di bidang e di lintas sektor lain, di Dinas Sosial." Dinas Kesehatan di Kabupaten Buleleng

"Untuk disabilitas di daerah kami leading sektornya di bawah Dinas Sosial. Jadi program khusus disabilitas di Dinas Kesehatan memang tidak ada karena sudah di bawah Dinas Sosial melalui graha nawa sena [rumah harapan disabilitas]." Dinas Kesehatan di Kota Denpasar

Dari dua kutipan di atas menggambarkan bahwa masih ada **Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memahami kebutuhan disabilitas, khususnya kesehatan menjadi tanggung jawab Dinas Sosial.** Situasi ini mempengaruhi Perda Disabilitas terkait amanat kesehatan belum dapat diimplementasikan. Jika ditinjau dari hasil pemetaan kebijakan, harapannya pengaturan terkait pelayanan kesehatan khusus disabilitas telah ditetapkan sebagai program di Dinas Kesehatan.

"Tapi kalau memang ada regulasi atau pedoman [saat ini belum ada] yang akan nanti kita dapatkan dari Kementerian Kesehatan, kita akan berupaya juga untuk e artinya e paling tidak melirik ataupun melakukan pelayanan-pelayanan memang khusus buat penyandang disabilitas." Dinas Kesehatan di Kabupaten Buleleng.

"Belum ada anggaran dan indikator terkait kesehatan disabilitas untuk menjadi program Dinas Kesehatan..." Dinas Kesehatan di Kota Kupang

Penyebab lain belum diimplementasikannya Perda tersebut **karena Dinas Kesehatan tidak mendapatkan himbuan berupa kebijakan ataupun target indikator dari Kementerian Kesehatan.** Himbuan dari Kementerian Kesehatan untuk layanan kesehatan disabilitas ini menjadi penting untuk daerah menilai bahwa urusan disabilitas tidak hanya tanggung jawab dari Dinas Sosial. Berdasarkan hasil FGD di bagian sebelumnya telah menjelaskan Kementerian Kesehatan belum menyediakan kebijakan yang legal untuk layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas. Kondisi ini berdampak hingga di tingkat daerah dalam memberikan layanan kesehatan.

c. *Kesenjangan dalam implementasi kebijakan nasional dan daerah*

Dari penyandang disabilitas yang pernah mengakses pelayanan kesehatan ditemukan dalam FGD masih banyak kendala dihadapi. Kendala yang kami temukan terkait dengan aksesibilitas (sarana prasarana) di fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan akses ke fasilitas.

Fasilitas Kesehatan Belum Inklusif

Sarana prasarana di fasilitas kesehatan yang menjadi kendala disabilitas berkaitan dengan alur atau ram untuk kursi roda, ruang tunggu antrian dan fasilitas penunjang lainnya seperti toilet. Kutipan di bawah menguraikan kendala yang dihadapi disabilitas selama di fasilitas kesehatan.

"Jalur kursi roda tersedia tapi tidak semua tempat [ruangan] di dalam Puskesmas itu bisa dicapai dengan kursi roda. Misal, kemarin e.. untuk vaksin saja kemarin itu pendaftaran aja di bawah tapi ternyata untuk pemberian vaksin untuk penyuntikan vaksin itu di lantai" Komunitas Penyandang Disabilitas

Informan diatas menjelaskan Puskesmas yang dikunjungi **belum menyediakan jalur kursi roda atau lift untuk ruang layanan lantai atas**. Penyandang disabilitas yang menggunakan kursi roda menilai Puskesmas hanya menyediakan ram untuk menuju pintu masuk. Namun, ke ruangan layanan di dalam Puskesmas yang memiliki dua lantai masih sulit dijangkau.

"Pengalaman saya di RS dengan kursi roda pak, saya sakit dan dirujuk ke poli gigi berada di lantai 2 pak, terus di lantai 2 itu tidak ada lift. Jadi cuma ada tangga dan tidak ada bidang miring. Dan terpaksa suami saya harus menggendong saya naik ke atas begitu." Komunitas Penyandang Disabilitas.

Pengalaman sulit penyandang disabilitas di fasilitas kesehatan juga terjadi saat di RS (Rumah Sakit) dengan kendala yang sama. Disabilitas kesulitan mengakses poli karena tidak menemukan lift atau bidang miring ke lantai atas. Disisi lain, pengalamannya menggambarkan **tidak ada bantuan dari staf di RS yang membantu menuju rujukan ke poli**.

"Di Puskesmas yang saya kunjungi itu antriannya tidak ada untuk kelompok rentan, dicampur dengan yang umum. Bahkan kalau tidak ada kursi, saya berdiri saja tunggu antrian. Jadi kapan ada kursi kosong, baru duduk, begitu. Nah ini kalau teman-teman yang lain [disabilitas fisik] mungkin akan kesulitan" Komunitas Disabilitas.

Selain sulitnya akses layanan di fasilitas kesehatan, penyandang disabilitas juga mengalami kendala saat di ruang tunggu. Pengalaman dari kutipan di atas **tidak menemukan kursi prioritas untuk penyandang disabilitas atau kelompok rentan**. Keterbatasan kursi prioritas ini berdampak buruk untuk penyandang disabilitas fisik yang membutuhkan tempat duduk selama menunggu

"Saat menunggu antrian saya ke toilet, klosetnya sudah duduk, tapi ternyata kondisinya tidak cukup aman untuk disabilitas. Kursi roda tidak bisa masuk dan lantai licin..." Komunitas Disabilitas

Sarana penunjang lain di fasilitas kesehatan, seperti **toilet masih belum sesuai standar untuk penyandang disabilitas**. Penyandang disabilitas, khususnya ragam fisik yang menggunakan kursi roda dan tongkat tidak hanya membutuhkan toilet dengan kloset duduk. Mereka juga membutuhkan bangunan toilet yang dapat diakses dengan kursi roda dan tidak memiliki risiko jatuh karena lantai licin.

"Kemudian ketika ngomongin tadi akreditasi [untuk panduan fasilitas kesehatan], ternyata pembuatan akreditasi belum banyak melibatkan difabel..." Komunitas Disabilitas.

Pemerintah belum melibatkan disabilitas dalam menetapkan standar fasilitas kesehatan. Partisipan menilai akreditasi yang dinyatakan pemerintah daerah sebagai pedoman untuk fasilitas kesehatan terstandar belum mempertimbangkan inklusivitas. Pada tahapannya penyusunan akreditasi belum pernah melibatkan disabilitas.

Sensitivitas Tenaga Kesehatan

Kendala lainnya yang ditemukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penyandang disabilitas adalah tenaga dan staf kesehatan yang tidak sensitif. Dalam menghadapi penyandang disabilitas, kontak fisik dan komunikasi dengan mereka perlu dengan pendekatan yang berbeda.

"...belum ada apa, tenaga dari medis [kesehatan] memahami tentang kebutuhan-kebutuhan pelayanan terhadap penyandang disabilitas secara spesifik" Komunitas Disabilitas

Tenaga kesehatan **belum memahami prinsip interaksi dengan penyandang disabilitas** sesuai dengan ragamnya selama memberikan layanan. Minimnya pemahaman karena belum mendapatkan pelatihan ataupun peningkatan kompetensi tentang etika berinteraksi dengan penyandang disabilitas.

"kalau di puskesmas belum ada pelatihan khusus untuk kita [tenaga kesehatan] membantu masyarakat yang disabilitas..." Dinas Kesehatan di Kabupaten Buleleng

Banyak **pemerintah daerahnya belum melakukan pelatihan untuk tenaga kesehatan dalam melayani disabilitas**. Sementara, berdasarkan tabel 9, hampir seluruh Perda Disabilitas telah mengamanatkan untuk adanya sensitivitas tenaga kesehatan selama layanan.

"...dulu datang ke rumah sakit rencananya mau konsultasi kesehatan tapi dokter tidak fokus kepada saya [tuli]. Dokternya bicara sangat cepat, saya minta bantuan dipelankan tetapi tidak dilakukan. Dengan tulisan juga terlalu panjang. Yang saya tanyakan tidak dijawab hanya memberikan resep obat..." Komunitas Disabilitas

Penyandang disabilitas tidak mendapatkan informasi kesehatan yang dibutuhkan karena tenaga kesehatan tidak bisa berkomunikasi. Kendala komunikasi saat pelayanan kesehatan sering dialami penyandang disabilitas tuli. Kemampuan bahasa isyarat yang dimiliki disabilitas masih terbatas dikuasai oleh tenaga kesehatan. Disisi lain, metode komunikasi lainnya juga masih belum banyak digunakan tenaga kesehatan selama konsultasi kesehatan.

Kesulitan akses ke fasilitas kesehatan

Partisipan FGD juga menceritakan bahwa mereka mengalami kesulitan akses ke fasilitas. Terdapat beberapa faktor yang membuat akses penyandang disabilitas menjadi sulit, sebagaimana dua kutipan di bawah:

"...kalau tidak ada pendamping ke fasilitas kesehatan, maka harus ojek berarti harus bayar lebih karena ojeknya menunggu lama..." Komunitas Disabilitas

Mahalnya biaya transportasi ke fasilitas kesehatan. Beberapa penyandang disabilitas ke fasilitas kesehatan menggunakan ojek karena tidak ada pendamping yang mengantar. Biaya untuk itu bagi partisipan di kutipan atas dapat menjadi lebih mahal karena selama di fasilitas kesehatan membutuhkan waktu tunggu.

"Apalagi di Kabupaten Buleleng wilayahnya yang paling luas di Bali itu, dari barat ke timur itu melintang. Bahkan untuk akses ke kota mencari RS ... agak sulit." Komunitas Disabilitas

Kendala dari kondisi geografis di tempat tinggal disabilitas. Penyandang disabilitas di wilayah luas seperti Kabupaten Buleleng mengalami kendala karena jarak ke fasilitas kesehatan seperti rumah sakit (RS) jauh dari tempat tinggal. Ketersediaan RS di daerah seringkali berada di pusat kota sehingga penyandang disabilitas yang tinggal di pinggiran atau desa membutuhkan waktu lebih lama. Kondisi ini juga dapat meningkatkan beban biaya transportasi.



Praktik Baik di DI Yogyakarta untuk Pemenuhan Hak Kesehatan Penyandang Disabilitas



Sumber: Bapel Jamkesos DI Yogyakarta

Pemerintah DI Yogyakarta memiliki kebijakan Jaminan Kesehatan Khusus (Jamkesus) untuk penyandang disabilitas. Jamkesus telah ditetapkan dan diatur Peraturan Gubernur DI Yogyakarta Nomor 7 Tahun 2023 tentang Jaminan Kesehatan Semesta yang diselenggarakan oleh Balai Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos). Jamkesus merupakan bagian dari Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) milik pemerintah DI Yogyakarta sejak 2015 untuk mendukung penyandang disabilitas agar memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP), terdaftar sebagai peserta JKN dan mendapatkan manfaat kesehatan spesifik.

"banyaknya keterbatasan [manfaat] yang dijamin oleh ... JKN nggih jadi Bapel Jamkesos ini hadir ... bukan bersaing tapi kami itu melengkapi [manfaat] Jaminan yang belum ditanggung oleh BPJS Kesehatan" Bapel Jamkesos DI Yogyakarta.

Sejak JKN diintegrasikan dengan seluruh jaminan kesehatan di daerah, Jamkesus ditujukan oleh Pemerintah DI Yogyakarta untuk menyediakan manfaat yang tidak dicakup dalam JKN ataupun BPJS Kesehatan. Jamkesus memiliki manfaat penyediaan alat bantu kesehatan yang tidak dicakup oleh JKN secara penuh. Seperti alat bantu kesehatan, Jamkesus menyediakan dengan tarif harga dan jenis yang lebih luas daripada JKN. Namun, penyediaan alat bantu kesehatan melalui Jamkesus diprioritas untuk penyandang disabilitas dengan usia anak.

"Jadi mulai dari preventif, kita ada yang namanya pemeriksaan di posbindu disabilitas aksesnya 3 bulan sekali, [terdiri dari] pemeriksaan dokter umum, kemudian ada vital sign kemudian ada 3 pemeriksaan reagen untuk pemeriksaan darah untuk gula darah, kolesterol sama asam urat pakatnya disitu yang bisa diklaimkan nanti oleh." Bapel Jamkesos DI Yogyakarta

Jamkesus juga menyediakan Posbindu khusus untuk penyandang disabilitas. Bapel Jamkesos bekerjasama dengan masyarakat di desa atau kecamatan untuk menyediakan Posbindu serta dibantu oleh Dokter Keluarga atau Dokter Umum. Posbindu dilaksanakan 3 bulan sekali untuk melakukan pengecekan kesehatan dasar seperti skrining Penyakit Tidak Menular (PTM). Dalam beberapa pertemuan, Posbindu juga dilakukan bersama dengan jadwal pertemuan komunitas penyandang disabilitas.

"juga bagi disabilitas yang berkeinginan untuk memiliki keturunan atau anak ... kita juga melayani layanan pemeriksaan TORCH. Kita menyediakan layanan TORCH yang nanti pelaksanaannya digabung dengan jaminan kesehatan khusus terpadu terintegrasi gitu ya."
Bapel Jamkesos DI Yogyakarta.

Dari ketiga provinsi penelitian, hanya DI Yogyakarta yang memiliki program untuk skrining atau deteksi dini penyandang disabilitas. Pelayanan ini juga merupakan manfaat dari Jamkesus. Skrining atau deteksi dini penyandang disabilitas dilakukan dengan pemeriksaan Torch yang tidak dicakup dalam JKN. Pemeriksaan Torch dilakukan kepada pasangan disabilitas dan pasangan yang memiliki anak dengan disabilitas.



Sumber: Bapel Jamkesos DI Yogyakarta

Di DI Yogyakarta, sistem jaminan kesehatan telah disediakan secara khusus untuk penyandang disabilitas dengan bentuk manfaat yang tidak dicakup oleh JKN. Penyelenggaraan sistem kesehatan ini tidak hanya dilakukan oleh Bapel Jamkesos yang juga bagian dari Dinas Kesehatan, tetapi juga melibatkan Dinas Sosial, pemerintah kecamatan, pemerintah desa, RW dan RT.

*"Ini sudah jadi kebijakan dari Gubernur yang mengatakan -- **aja ana sing dilewati. masyarakat Yogya iki diopeni kabeh aja ana sing nganti kelewatan (jangan lewatkan apa pun. Masyarakat Yogya dijaga agar tidak ada yang tertinggal)**"* Bapel Jamkesos DI Yogyakarta.

Berdasarkan hasil dari wawancara, Jamkesus ini lahir juga karena adanya political will dari Gubernur yang ingin memastikan seluruh masyarakat khusus penyandang disabilitas dapat memenuhi hak kesehatannya. Amanat dari Gubernur DI Yogyakarta ini didukung pula dengan penyediaan APBD untuk pelaksanaan Jamkesus. Praktik baik dari DI Yogyakarta ini dapat diadaptasi oleh daerah lain dimulai dengan adanya *political will* dan menyediakan sumber daya.

B. Penggunaan Jaminan Kesehatan Nasional pada penyandang disabilitas.



a. Cakupan peserta JKN pada penyandang disabilitas.

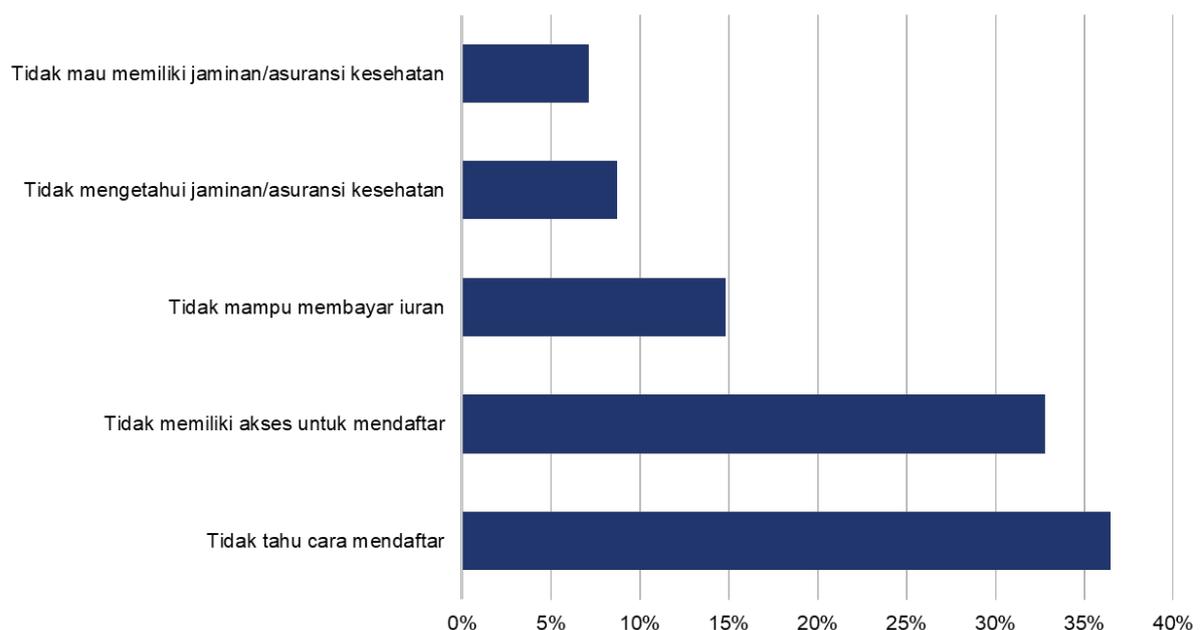
Seluruh penyandang disabilitas harus terdaftar sebagai peserta JKN, dan apabila mereka tidak mampu, maka akan tercakup dalam skema penerima bantuan iuran (PBI). Kementerian Sosial dan pemerintah daerah telah menyiapkan prosedur untuk pendaftarannya. Kuotasi berikut menyatakan hal tersebut.



"Penyandang disabilitas yang kurang mampu, harus terdaftar di DTKS [Data Terpadu Kesejahteraan Sosial]. Untuk selanjutnya dapat diusulkan melalui pemda, didaftarkan menjadi peserta BPJS PBI yang iurannya dibayarkan oleh kementerian kita." Kementerian Sosial

Hasil survey 89% penyandang disabilitas dari total responden (2666 responden) sudah memiliki JKN. Alasan utama tidak memiliki kartu JKN tersebut adalah penyandang tidak tahu mendaftarkan diri mereka ke program jaminan tersebut. Hanya 7% dari total tersebut menyatakan bahwa mereka tidak mau memiliki asuransi tersebut, dan sisa alasannya adalah masalah pendaftaran dan kemampuan membayar. Seharusnya masalah-masalah tersebut dapat diselesaikan oleh pemerintah daerah. Grafik 1 menampilkan alasan tersebut dan alasan lainnya.

Gambar 2. Distribusi alasan penyandang disabilitas tidak memiliki jaminan kesehatan nasional (N:300)



Setengah dari populasi yang mempunyai kartu JKN tersebut pernah memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan. Pada kelompok yang lain, penyandang disabilitas yang tidak memiliki JKN, hampir sepertiga pernah mengakses fasilitas kesehatan. Tabel 10 menyajikan data terkait kepemilikan JKN dan aksesibilitas layanan kesehatan oleh penyandang disabilitas.

b. Perilaku pencarian layanan kesehatan penyandang disabilitas.

Hasil survei yang dilakukan mendapat bahwa penyandang disabilitas yang memiliki dan tidak memiliki JKN perilaku yang berbeda dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya. Tidak semua penyandang disabilitas yang memiliki JKN melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan / tenaga kesehatan ketika sakit. Di sisi lain, banyak pula penyandang disabilitas yang tetap mengakses ke fasilitas kesehatan ketika sakit meskipun tidak memiliki JKN.

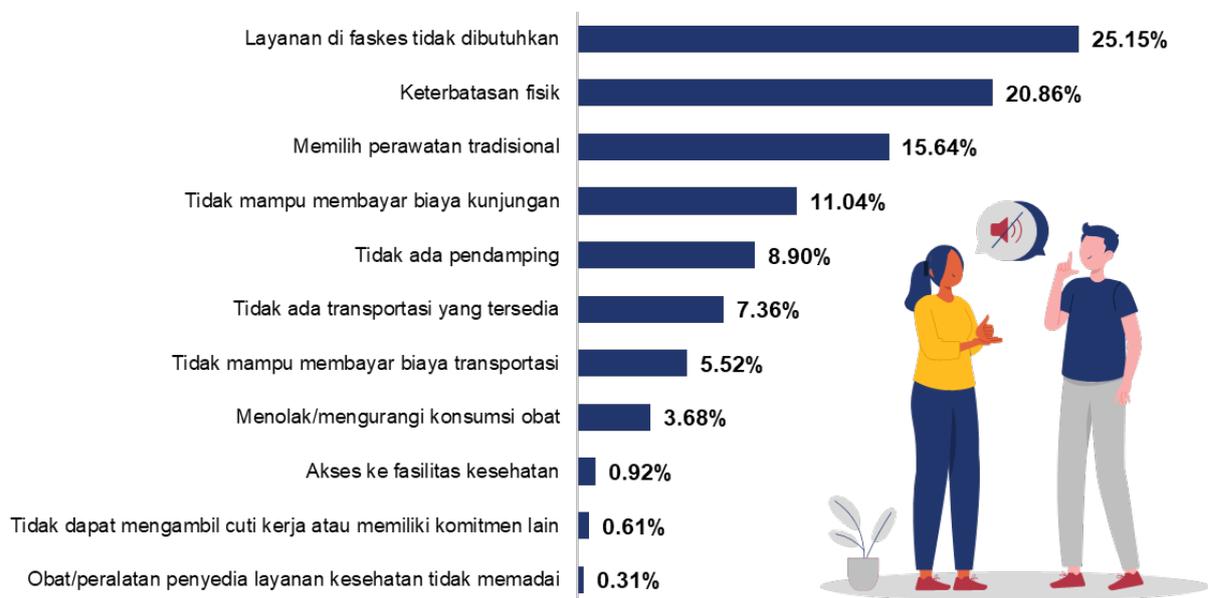
Tabel 11. Jaminan kesehatan dan akses layanan kesehatan pada penyandang disabilitas.

Perilaku dalam mencari layanan kesehatan ketika sakit	Kepemilikan JKN				Total	
	Tidak		Ya		N	%
	N	%	N	%		
Periksa ke fasilitas kesehatan/ tenaga kesehatan						
Tidak	206	68.67	94	31.33	300	100
Ya	1150	48.61	1216	51.39	2366	100
Total	1356	50.86	1310	49.14	2666	100.00
Hanya Membeli Obat						
Tidak	148	49.33	152	50.67	300	100
Ya	1408	59.51	958	40.49	2366	100
Total	1556	58.36	1110	41.64	2666	100.00

Penyandang disabilitas yang terdaftar JKN memiliki alasan bervariasi untuk tidak mengakses pelayanan kesehatan. Angka 41 % dari total responden menjawab bahwa mereka membeli obat ketika sakit. Persentase tersebut lebih besar pada mereka yang tidak memiliki JKN.

Investigasi terkait alasan-alasan penyandang disabilitas peserta JKN tidak pergi ke layanan kesehatan termasuk membeli obat juga dilakukan. Persepsi layanan kesehatan yang ditawarkan tidak dibutuhkan dan keterbatasan fisik dari responden tersebut menduduki peringkat satu dan dua pada alasan terbanyak. Di sisi lain, penyandang disabilitas dalam memilih mencari layanan tradisional. Gambar 2 menunjukkan alasan terkait tidak menggunakan JKN untuk mencari layanan kesehatan.

Gambar 3. Distribusi alasan penyandang disabilitas tidak mengakses layanan kesehatan meskipun memiliki kartu JKN (N:326)



c. Tantangan dalam peningkatan kepesertaan dan penggunaan JKN bagi penyandang disabilitas.

Hasil studi kami menemukan kendala dari penyandang disabilitas dalam mendaftarkan dirinya (ataupun didaftarkan) dan menggunakannya dalam mengakses layanan kesehatan. Tantangan tersebut berasal kompleksitas sistem kesehatan, JKN dalam memastikan pemenuhan kebutuhan inklusivitas.

Desain sistem kesehatan. Desain sistem JKN yang belum inklusif adalah tantangan pertama dan paling utama dari argumentasi kami setelah melihat data kualitatif. Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan masih menganggap adalah skema JKN adalah satu skema universal untuk semua peserta tanpa pengkhususan skema tertentu untuk penyandang disabilitas.

"Jadi JKN ini memang perlindungan kesehatan dasar ya, yang diberikan pada setiap orang (secara umum tanpa ada skema khusus untuk disabilitas). Peserta yang sudah terdaftar dan melakukan pembayaran iuran, yang kita berikan di pelayanan kesehatan di tingkat pertama dan lanjutan." BPJS Kesehatan

"Jadi pada prinsipnya masyarakat Indonesia ya ee termasuk itu penyandang disabilitas apabila dia tercover masuk dalam kepesertaan JKN, maka dia akan berhak mendapatkan manfaat JKN secara komprehensif ya, baik itu manfaat medis ataupun manfaat non medis." Kementerian kesehatan

Karena desain yang belum inklusi tersebut secara nasional, daerah mengalami kesulitan dalam peningkatan cakupan kepesertaan dan penjaminan akses layanan kesehatan yang inklusi. Belum ada kuota khusus untuk penyandang disabilitas, sehingga kepastian mereka yang sudah terdaftar dalam satu tahun belum tentu akan didaftarkan lagi tahun berikut. Keputusan tersebut diambil akibat keterbatasan anggaran baik dari nasional maupun daerah yang berakibat pada kuota PBI JKN untuk masing-masing daerah. Akibatnya, penyandang disabilitas tidak dapat menggunakan JKN ketika mereka memerlukan layanan kesehatan.

"Karena kadang-kadang jika tidak digunakan KIS tersebut dalam waktu beberapa lama begitu, tiba-tiba distop gitu pak. Jadi ketika mereka butuh, sudah di tempat layanan kesehatan tiba-tiba dinonaktifkan begitu Pak Fauzi." Komunitas Disabilitas

Tidak hanya secara desain sistem pendaftaran otomatis yang menjadi masalah, petugas loket di BPJS juga belum terlatih untuk menghadapi pendaftar penyandang disabilitas. Kuotasi berikut menjelaskan kesulitan dalam berkomunikasi saat pendaftaran.

"Untuk prosedur pendaftaran [JKN] nya, banyak temen temen [penyandang disabilitas] nggak mengerti gitu. Terus dari petugasnya [BPJS Kesehatan] juga banyak yang tidak bisa menggunakan bahasa isyarat...." Komisi Nasional Disabilitas

Kemampuan bayar. Kemampuan bayar juga menjadi isu yang menghambat akses layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas. Para responden menceritakan bahwa beberapa obat yang mereka butuhkan belum dapat ditanggung oleh BPJS kesehatan. Akibatnya obat tersebut tidak dapat disediakan oleh rumah sakit tertentu.

"Karena kami butuh obat-obat yang sekiranya tidak bisa dicover, notabene-nya [obat tersebut] tidak ada di RS" Komunitas Disabilitas

Akhirnya partisipan kami menyampaikan bahwa mereka harus membeli obat tersebut dengan biaya mandiri. Mereka mempertanyakan cakupan layanan kesehatan dengan obat yang diterima.

"Sempat ada kejadian itu sampai 300 ribu dikenakan biaya padahal itu khan gratis sebenarnya gitu. Ada beberapa obat yang memang dicover seharusnya tapi nyatanya [obat tersebut] tidak dicover." Komunitas Disabilitas

d. Aksi pemerintah daerah untuk memastikan jaminan kesehatan penyandang disabilitas.

Dalam tantangan yang ada tersebut, pemerintah daerah telah melakukan beberapa aksi yang spesifik untuk menjawab kebutuhan penyandang disabilitas. Aksi-aksi tersebut dapat sejalan ataupun bertentangan dengan arah kebijakan nasional.

Daftarkan semua penyandang disabilitas ke kelompok PBI JKN. Proses pemenuhan hak atas dasar layanan kesehatan untuk para penyandang disabilitas yaitu berhak dimasukkan ke Skema PBI JKN. Dinas Kesehatan di enam kabupaten kota tersebut telah berupaya untuk menjawab kebutuhan tersebut. Salah satu contohnya adalah pemerintah daerah NTT yang secara wajib memasukan semua penyandang disabilitas meskipun peserta tersebut telah memiliki penghasilan.

"Dinas Kesehatan ini memiliki e komitmen [yaitu] semua disabilitas itu kami, untuk e BPJSnya untuk jaminannya [skema JKN] itu kami tanggung [membayari] bapak. Kami tidak melihat miskin atau tidak miskin, atau dia berada atau tidak berada, semua yang disabilitas itu akan kami ajukan..." Puskesmas di Kota Kupang

Temuan tersebut divalidasi oleh pernyataan dari komunitas penyandang disabilitas di daerah yang sama.

"beberapa bulan yang lalu itu teman-teman dari BPJS Kabupaten Kupang, mereka turun ke masing-masing desa untuk menginput nama-nama masyarakat termasuk dengan masyarakat yang disabilitas di desa untuk bagi yang belum memiliki BPJS itu dibantu juga." Komunitas Disabilitas

Tidak hanya menjemput bola ke masyarakat, pemerintah NTT juga berhadapan bantuan para petugas puskesmas untuk menemukan penyandang disabilitas tanpa JKN dan menyarankan peserta tersebut ke Dinas Kesehatan untuk didaftarkan ke PBI JKN.

"kalau kami ketika ada teman-teman misalnya kita mau teman-teman Puskesmas e kita menemukan ada teman dengan disabilitas yang tidak memiliki kepesertaan BPJS, itu akan dibantu pengurusannya dan e membawa ke Dinas Kesehatan khususnya di bidang YanKes untuk bisa dicover lewat kuota e KIS yang ada di YanKes..." Dinas Kesehatan di Kota Kupang

Pembuatan identitas diri. Pemerintah Yogyakarta menceritakan bahwa kesulitan yang mereka temui dalam mendaftarkan penyandang disabilitas ke PBI JKN adalah kepunyaan kartu tanda penduduk (KTP). Kartu tersebut tidak dapat diurus karena mereka tidak terdaftar atau belum memiliki kartu keluarga. Siasat pemerintah daerah tersebut adalah memasukan penyandang disabilitas tersebut ke KK (Kartu Keluarga) pengurus panti asuhan disabilitas.

"Bagi kelompok panti (disabilitas) yang notabennya belum memiliki identitas kewarganegaraan jadi secara pengurus panti belum bisa dimasukkan ke dalam, belum bisa diusulkan memiliki semacam KTP ya, sebagian panti sudah bisa diidentifikasi dengan dimasukkan ke dalam KK pengasuh atau pengelola panti"

sehingga sebagian besar bisa dimasukkan ke dalam KTP kemudian bisa diintegrasikan ke JK sehingga UHC nya naik." Dinas Kesehatan di Provinsi DI Yogyakarta

Pemisahan Kartu Keluarga atau KK. Masalah lain yang didapati adalah penyandangdisabilitas pada keluarga tidak miskin [namun tidak kaya] kesulitan untuk menjadi PBI. Skema JKN memiliki jenis kepesertaan yang berlaku sama untuk satu keluarga. Apabila kepala keluarga dinilai mampu membayar, tidak boleh ada yang terdaftar sebagai PBI JKN, karena PBI dikhususkan untuk kelompok masyarakat dengan kesulitan ekonomi. Pada kenyataannya di lapangan, biaya untuk satu keluarga yang harus dibayarkan kadang dinilai tidak mampu dibiayai oleh keluarga tersebut. Akibatnya status kepesertaannya menjadi tidak aktif. Pemerintah daerah berhasil mengidentifikasi keluarga mana yang memiliki kesulitan tersebut dan merekomendasikan penyandang disabilitas tersebut dipisahkan KK-nya, agar dapat dibiayai oleh negara. Pemerintah denpasar menyatakan aksi tersebut.

"Keluarga disabilitas itu yang kemungkinan ada pekerjaan e tetapi tidak bisa menanggung biaya pengobatan disabilitasnya terpaksa kami pisahkan KK..." Dinas Sosial di Kota Denpasar

Implementasi Jaminan Kesehatan Daerah. Secara nasional, arah kebijakan jaminan kesehatan yaitu integrasi semua Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ke dalam skema JKN. Dengan kata lain, skema bantuan sosial dari pemerintah daerah tersebut harus ditiadakan. Namun, arah kebijakan tersebut dinilai tidak sejalan dengan keadaan di daerah, dimana tidak semua orang memiliki jaminan kesehatan karena kesulitan dalam proses pendaftaran tersebut. Akibatnya, pemerintah daerah tetap mengimplementasikan Jamkesda tersebut dan dapat digunakan untuk membiayai pengobatan penyandang disabilitas.

"karena banyaknya keterbatasan yang dijamin oleh JKN nggih, jadi Bapel Jamkesos ini hadir mbak jadi kami itu bukan bersaing tapi kami itu melengkapi Jaminan yang belum di tanggung oleh BPJS Kesehatan..." - Dinas kesehatan di Provinsi DI Yogyakarta.

C. Alat bantu dan alat bantu kesehatan penyandang disabilitas



Penelitian mengukur dan mengeksplorasi kepemilikan alat bantu kesehatan penyandang disabilitas melalui survei dan *focus group discussion* (FGD). Dalam pelaksanaan survei, kami melibatkan 2.666 penyandang disabilitas terdiri dari ragam disabilitas fisik, disabilitas netra, disabilitas wicara/rungu dan disabilitas ganda. **Hasil survei menemukan 1.769 responden yang tidak memiliki alat bantu kesehatan dan alat bantu, sedangkan yang memilikinya hanya 897 responden.** Sementara dalam FGD kami melibatkan komunitas disabilitas dan pemerintah (nasional dan daerah) yang berada di Provinsi Nusa Tenggara Timur, DI Yogyakarta dan Bali. **Hasil FGD menjelaskan upaya yang telah pemerintah lakukan untuk menyediakan alat bantu dan alat bantu kesehatan dan pengalaman penyandang disabilitas menggunakannya.**



a. Jumlah kepemilikan berdasarkan karakteristik individu

Berdasarkan survei, penelitian ini menyajikan data kepemilikan alat bantu kesehatan berdasarkan ragam disabilitas, jenis kelamin, usia, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, kepemilikan dan status kepesertaan JKN, keberadaan pendamping, asal provinsi, asal kabupaten kota dan kategori daerah (perkotaan dan perdesaan). Dari karakteristik responden kami mengkategorikan juga status kepemilikan alat bantu yang terdiri dari: 1) memiliki; 2) tidak memiliki karena tidak membutuhkan; dan 3) membutuhkan tetapi tidak memiliki/mendapatkan.

Tabel 12. Jumlah Kepemilikan Alat bantu dan Alat Bantu Kesehatan Penyandang Disabilitas Berdasarkan Karakteristik Individu

Karakteristik Individu	Ada		Tidak membutuhkan sama sekali		Membutuhkan namun tidak mendapatkan		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	897	33,6%	1105	41,4%	664	24,9%	2666	100%
Ragam disabilitas								
Disabilitas fisik	681	41,10%	680	41,10%	294	17,80%	1655	100%
Disabilitas netra	96	36,40%	95	36,00%	73	27,70%	264	100%
Disabilitas wicara/rungu	36	8,30%	254	58,50%	144	33,20%	434	100%
Disabilitas Ganda	84	26,80%	76	24,30%	153	48,90%	313	100%
Jenis Kelamin								
Perempuan	386	33,00%	461	39,50%	321	27,50%	1168	100%
Laki-laki	511	34,10%	644	43,00%	343	22,90%	1498	100%
Kategori Usia								
Dewasa Muda (18 – 24 tahun)	60	24,40%	109	44,30%	77	31,30%	246	100%
Dewasa (25 – 44 tahun)	187	25,70%	365	50,10%	176	24,20%	728	100%
Paruh Baya (45 - 60 tahun)	283	32,10%	404	45,80%	195	22,10%	882	100%
Lanjut Usia (60 tahun ke atas)	367	45,30%	227	28,00%	216	26,70%	810	100%
Status perkawinan								
Lajang	436	28,7%	659	43,3%	426	28,0%	1521	100%
Menikah	461	40,3%	446	39,0%	238	20,8%	1145	100%
Memiliki pekerjaan								
Tidak	613	37,40%	563	34,40%	463	28,20%	1639	100%
Ya	284	27,70%	542	52,80%	201	19,60%	1027	100%
Wiraswasta								
Tidak	840	35,40%	917	38,70%	615	25,90%	2372	100%
Ya	57	19,40%	188	63,90%	49	16,70%	294	100%
Pekerja sektor formal								
Tidak	872	33,70%	1065	41,10%	654	25,20%	2591	100%
Ya	25	33,30%	40	53,30%	10	13,30%	75	100%
Pekerja sektor informal								
Tidak	684	34,80%	765	38,90%	516	26,30%	1965	100%
Ya	213	30,40%	340	48,50%	148	21,10%	701	100%
Status pendidikan terakhir								
Tidak sekolah	204	28,40%	257	35,70%	258	35,90%	719	100%
SD, SMP dan SMA	647	35,20%	803	43,70%	388	21,10%	1838	100%
Perguruan Tinggi	46	42,20%	45	41,30%	18	16,50%	109	100%

Karakteristik Individu	Ada		Tidak membutuhkan sama sekali		Membutuhkan namun tidak mendapatkan		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kepemilikan JKN								
Tidak	88	29,30%	134	44,70%	78	26,00%	300	100%
Ya	809	34,20%	971	41,00%	586	24,80%	2366	100%
Status kepemilikan JKN PBI								
Tidak	247	38,40%	265	41,20%	131	20,40%	643	100%
Ya	650	32,10%	840	41,50%	533	26,30%	2023	100%
Keberadaan pendamping								
Tidak	319	25,20%	698	55,20%	247	19,50%	1264	100%
Ya	578	41,20%	407	29,00%	417	29,70%	1402	100%
Asal Kota/Kabupaten								
Kota Yogyakarta	182	39,10%	186	40,00%	97	20,90%	465	100%
Kabupaten Bantul	167	34,00%	207	42,20%	117	23,80%	491	100%
Kota Denpasar	179	43,60%	158	38,40%	74	18,00%	411	100%
Kabupaten Buleleng	142	28,00%	219	43,20%	146	28,80%	507	100%
Kota Kupang	135	34,10%	175	44,20%	86	21,70%	396	100%
Kabupaten Kupang	92	23,20%	160	40,40%	144	36,40%	396	100%
Asal Provinsi								
DI Yogyakarta	349	36,50%	393	41,10%	214	22,40%	956	100%
Bali	321	35,00%	377	41,10%	220	24,00%	918	100%
NTT	227	28,70%	335	42,30%	230	29,00%	792	100%
Kategori daerah								
Perkotaan	496	39,0%	519	40,8%	257	20,2%	1272	100%
Pedesaan	401	28,8%	586	42,0%	407	29,2%	1394	100%

Hampir separuh disabilitas ganda membutuhkan namun tidak mendapatkan alat bantu dan alat bantu kesehatan, yaitu sebesar 48.9%. Sementara hampir setengah disabilitas wicara/rungu tidak membutuhkan alat bantu dan alat bantu kesehatan sama sekali (58.50%). Jenis kelamin laki-laki paling mendominasi dan yang tidak membutuhkan alat bantu sekitar 43%. Selain itu, penyandang disabilitas lajang juga mendominasi dan sebanyak 43.3% tidak membutuhkan alat bantu dan alat bantu kesehatan sama sekali. Sebanyak 32.10% disabilitas kategori usia paruh baya (45-60 tahun), sebagai sampel terbanyak (882 orang), telah memiliki alat bantu dan alat bantu kesehatan. Sedangkan setengah penyandang disabilitas kategori usia dewasa (25-44 tahun) tidak membutuhkan alat bantu sama sekali.

Lebih dari separuh disabilitas memiliki pekerjaan (1639 orang) yang mana sebagian besar wiraswasta dan pekerja di sektor formal tidak membutuhkan alat bantu dan alat bantu kesehatan sama sekali (63.90% dan 53.30%, berurutan). Sebagian besar

disabilitas menyelesaikan pendidikan formal di tingkat SD sampai SMA (1838 orang). Mayoritas disabilitas memiliki JKN PBI yang sepertiganya telah memiliki alat bantu dan alat bantu kesehatan (32.10%). Ketidakhadiran pendamping pada disabilitas yang tidak membutuhkan alat bantu dan alat bantu kesehatan sama sekali sebesar 55.2%, sedangkan keberadaan pendamping bagi yang memiliki alat bantu sebesar 41.20%. Proporsi kepemilikan alat bantu penyandang disabilitas berdasarkan asal kota/kabupaten cukup bervariasi. Proporsi disabilitas yang paling banyak memiliki alat bantu dan alat bantu kesehatan berasal dari Kota Denpasar (43.60%), paling tidak membutuhkan alat bantu sama sekali dari Kota Kupang (44.20%), dan paling banyak membutuhkan namun tidak mendapatkan adalah Kabupaten Kupang (36.40%). Hampir sebagian besar disabilitas yang tinggal di daerah pedesaan tidak membutuhkan alat bantu sama sekali (42.0%).

Alasan Tidak Menggunakan Alat Bantu dan Alat Bantu Kesehatan

Alasan responden tidak menggunakan alat bantu: rusak, tidak nyaman, tidak sesuai dengan kondisi disabilitas, keterbatasan informasi, tidak memiliki biaya dan tidak membutuhkan alat bantu

Tabel 13. Alasan Tidak Menggunakan Alat Bantu

Alasan Tidak Menggunakan*	N	%
Rusak	20	0.88
Pernah menggunakan namun tidak nyaman	56	2.45
Alat bantu kurang sesuai (Kondisi pasien dan kondisi geografis)	162	7.09
Tidak punya informasi tentang alat bantu	233	10.20
Tidak memiliki biaya	612	26.80
Tidak membutuhkan alat bantu	1201	52.58
Total	2284	100

* Responden dapat memilih lebih dari satu jawaban

Alasan disabilitas tidak menggunakan alat bantu yaitu tidak membutuhkan alat bantu (52.58%), tidak memiliki biaya (26.8%), tidak mempunyai informasi tentang alat bantu (10.2 %), alat bantu kurang sesuai karena kondisi pasien dan kondisi geografis (7.09%), pernah menggunakan namun tidak nyaman (2.45%), dan rusak (0.88%).

Sumber Mendapatkan Alat Bantu dan Alat Bantu Kesehatan

Penyandang disabilitas dapat memiliki alat bantu dan alat bantu kesehatan untuk kemandirian dan mengoptimalkan fungsi anggota tubuh. Sumber penyandang disabilitas untuk mendapatkan alat bantu dan alat bantu kesehatan bisa didapatkan dari Kementerian Sosial, Pemerintah Daerah, komunitas atau organisasi penyandang disabilitas atau pusat rehabilitasi bukan milik pemerintah dan membeli sendiri. Di sisi lain, terdapat pula program JKN yang menyediakan secara khusus alat bantu kesehatan.

Tabel 14. Sumber Mendapatkan Alat Bantu dan Alat Bantu Kesehatan

Asal Alat Bantu*	N	%
JKN	23	2.45
Pemerintah (Kemensos dan Daerah)	313	33.30
Beli Sendiri	426	45.32
Komunitas	178	18.94
Total	940	100

*semua penyandang disabilitas

Berdasarkan hasil survei kami dengan 940 penyandang disabilitas yang memiliki alat bantu sebagian besar (45.32%) membeli alat bantu sendiri. Penyandang disabilitas yang mendapatkan alat bantu kesehatan dari JKN hanya sebesar 2.45%, 33.3% dari pemerintah (Kemensos dan pemerintah daerah), dan komunitas sebanyak 18.94%.

b. Analisis regresi kepemilikan alat bantu dan alat bantu kesehatan

Dari data survei kepemilikan alat bantu dan alat bantu kesehatan, kami melakukan analisis regresi untuk mengidentifikasi dampak suatu variabel. Analisis ini juga digunakan untuk memodelkan hubungan beberapa faktor dalam kepemilikan alat bantu dan alat bantu kesehatan. Berikut faktor yang dianalisis seperti asal daerah (Kota Yogyakarta, Kabupaten Buleleng, Kabupaten Kupang, DI Yogyakarta), riwayat pendidikan formal, status kepemilikan JKN, dan jenis disabilitas (fisik, rungu dan wicara, serta ganda).

Tabel 15. Analisis Regresi Kepemilikan Alat Bantu dan Alat Bantu Kesehatan

	B	OR	95% C.I.	p -value
Constant	0,881	2,414		<0,001
Kota Yogyakarta	0,405	1,499	(1,03 - 2,17)	0,033
Kabupaten Buleleng	-1,015	0,362	0,26 - 0,51	<0,001
Kabupaten Kupang	-1,302	0,272	0,19 - 0,39	<0,001
DI Yogyakarta	-0,688	0,502	0,36 - 0,71	<0,001
Pernah atau sedang mendapatkan pendidikan formal	0,471	1,602	1,25 - 2,06	<0,001
Status kepemilikan JKN PBI	-0,472	0,624	0,48 - 0,82	<0,001
Disabilitas Fisik	0,585	1,796	1,26 - 2,55	0,001
Disabilitas Rungu dan Wicara	-1,777	0,169	0,1 - 0,28	<0,001
Disabilitas Ganda	-0,901	0,406	0,27 - 0,62	<0,001

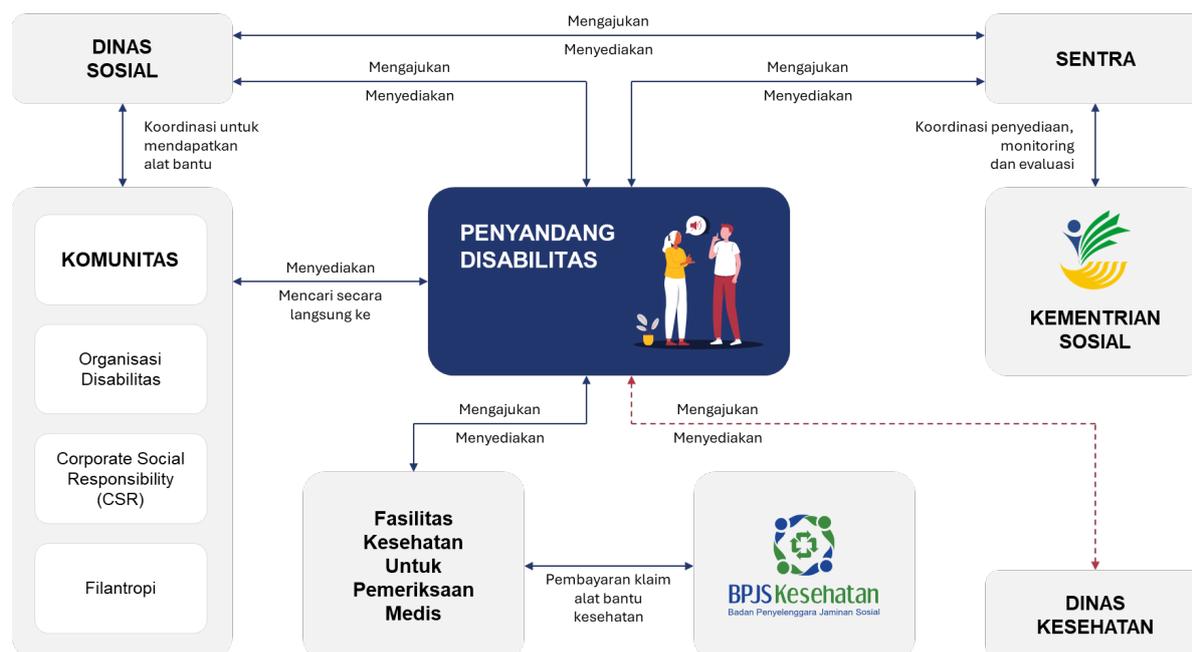
Dalam analisis regresi menunjukkan bahwa faktor yang menentukan ketersediaan alat bantu dan alat bantu kesehatan yaitu disabilitas fisik (OR= 1,796. 95%CI= 1,26 - 2,55. P-value= 0,001), pernah atau sedang mendapatkan pendidikan formal (OR= 1,602. 95%CI= 1,25 - 2,06. P-value= <0,001) dan Kota Yogyakarta (OR= 1,499. 95%CI= 1,03 - 2,17. P-value= 0,033).

Sementara **faktor penentu disabilitas tidak memiliki alat bantu dan alat bantu kesehatan** yaitu status **kepemilikan JKN PBI** (OR=0,624. 95%CI= 0,48 - 0,82. P-value= <0,001), **disabilitas rungu dan wicara** (OR= 0,169. 95%CI= 0,1 - 0,28. P-value= <0,001), **disabilitas ganda** (OR= 0,406. 95%CI= 0,27 - 0,62. P-value= <0,001), **kabupaten Buleleng** (OR= 0,362. 95%CI= 0,26 - 0,51. P-value= <0,001), **kabupaten Kupang** (OR= 0,272. 95%CI= 0,19 - 0,39. P-value= <0,001), dan **Provinsi DI Yogyakarta** (OR= 0,502 . 95%CI= 0,36 - 0,71. P-value= <0,001).

c. Upaya pemangku kepentingan menyediakan alat bantu dan alat bantu kesehatan

Penyandang disabilitas di Indonesia memiliki berbagai sumber untuk mendapatkan alat bantu kesehatan. Salah satu sumber alat bantu kesehatan yang bisa diakses dari BPJS Kesehatan untuk program JKN. Selain itu, penyandang disabilitas juga dapat memiliki alat bantu dari Kementerian Sosial, pemerintah daerah dan organisasi masyarakat sipil (OMS).

Gambar 4. Alur Proses Penyediaan Alat Bantu dan Alat Bantu Kesehatan dari Berbagai Sumber (Kementerian Sosial, Dinas Sosial, Komunitas, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kesehatan*)



Pada level daerah, mayoritas alat bantu dan alat bantu kesehatan disediakan atau difasilitasi oleh Dinas Sosial. Penelitian kami hanya menemukan satu daerah yakni DI Yogyakarta yang melibatkan pemangku kepentingan bidang kesehatan atau Dinas Kesehatan untuk menyediakan alat bantu kesehatan. Di sisi lain, mayoritas penyediaan alat bantu dari Dinas Sosial di daerah juga masih banyak bergantung kepada Kementerian Sosial.

Penyediaan dari Kementerian Sosial

Kementerian Sosial menjadi salah satu penyedia alat bantu dan alat bantu kesehatan untuk penyandang disabilitas. Pemberian alat bantu dan alat bantu kesehatan merupakan upaya dari pemerintah melalui Kementerian Sosial untuk mendukung kemandirian dan pemberdayaan disabilitas dalam memenuhi kebutuhan sosial, kesehatan, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup lainnya.

“Dukungan akses alat bantu. Ini pertama tadi, harus sudah DTKS. Mengajukan lewat Kementerian Sosial.... Setelah itu ditindaklanjuti dengan dilakukan assesment. Jadi kita memberikan bantuan tidak menurunkan begitu saja tapi ada assesment. Sudah terealisasi 12.217 dari seluruh sentra.” Kementerian Sosial

Proses pengajuan alat bantu ke Kementerian Sosial. Kementerian Sosial menyediakan alat bantu untuk penyandang disabilitas yang terdata dalam DTKS (Data Terpadu Kesejahteraan Sosial). Penyandang disabilitas dapat memiliki alat bantu dengan cara pengajuan secara langsung ke Kementerian Sosial, melalui Sentra (perwakilan Kementerian Sosial di daerah). Dalam proses pengajuan alat bantu dan alat bantu kesehatan, Kementerian Sosial juga melakukan pengkajian atau asesmen untuk

kesesuaian dengan ragam dan kebutuhan penyandang disabilitas. Partisipan FGD diatas menyampaikan alat bantu yang telah direalisasikan oleh Kementerian Sosial saat ini sebanyak 12.217 dari seluruh Sentra.

"kita mengakses ke teman-teman disabilitas ini ke Kementerian Sosial. Jadi di DIY [DI Yogyakarta] ini, ada perwakilan kantor Kementerian Sosial yaitu B2P2KS yang ada di Purwomakan Kalasan." Dinas Sosial di DI Yogyakarta

"Pintu masuk untuk mendapatkan alat bantu ini terbuka lebar sekarang dengan adanya sentra-sentra yang dimiliki oleh Kementerian Sosial, kalau di NTT hanya ada satu yaitu Sentra Efata di Kabupaten Kupang. Jadi sekarang apabila menghendaki ada bantuan untuk alat bantu silakan bersurat ke Sentra Efata. Itupun juga tidak bisa langsung diberikan, tentu menyesuaikan dengan kondisi." Dinas Sosial di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Proses pemerintah daerah menyediakan alat bantu dari Kementerian Sosial.

Pelibatan pemerintah daerah menyediakan alat bantu untuk penyandang disabilitas dilakukan melalui Sentra dan Balai Besar Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial dari Kementerian Sosial. Sebagaimana pengalaman Dinas Sosial di Nusa Tenggara Timur menyediakan alat bantu melalui Sentra Efata. Sementara Dinas Sosial DI Yogyakarta menyediakannya melalui Balai Besar Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial. Akan tetapi, alat bantu yang diajukan tidak dapat langsung diberikan karena masih adanya proses penyesuaian dengan kondisi tertentu.

".....Kementerian Sosial akan memberikan alat bantu tersebut sesuai hasil assesment tersebut bu. Bahkan kalau penyandang disabilitas butuh motor roda tiga bu, untuk jualan atau untuk pekerjaan mereka, itu Kementerian Sosial siap memberikan bantuan tersebut." Kemenko PMK

Kementerian Sosial menyediakan berbagai jenis alat bantu. Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Kemenko PMK) menjelaskan bahwa alat bantu yang disediakan oleh Kementerian Sosial tidak terbatas pada alat bantu dasar (kursi roda, kruk, alat bantu dengar, dan tongkat netra). Kementerian Sosial juga menyediakan alat bantu penunjang lainnya seperti motor roda tiga untuk mendukung penyandang disabilitas memenuhi kebutuhannya.

Penyediaan dari Pemerintah Daerah

Selain Kementerian Sosial, penyediaan alat bantu juga dapat dilakukan oleh pemerintah daerah. Berdasarkan UU 8/2016 penyandang disabilitas bahwa pemerintah daerah berkewajiban untuk menjamin ketersediaan alat bantu yang diperlukan oleh penyandang disabilitas. Sejumlah peraturan daerah juga telah diterbitkan untuk mengoptimalkan penyediaan alat bantu tersebut dalam rangka pelayanan kesehatan untuk menunjang mobilitas, fungsi, dan partisipasi sosial disabilitas. Di bawah ini terdapat

informasi terkait upaya yang telah dilakukan pemerintah daerah untuk menyediakan alat bantu.

"Mbak, jamkesos itu Mbak, jaminan kesehatan khusus mengcover kebutuhan disabilitas. Jadi itu termasuk yang kursi roda, dan lain sebagainya atau alat bantu dengar dan lain sebagainya." Dinas Sosial di Provinsi DI Yogyakarta

Pemerintah daerah DI Yogyakarta memiliki program khusus untuk alat bantu disabilitas. Di DI Yogyakarta terdapat kebijakan Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos) dengan program Jaminan Kesehatan Khusus (Jamkesus) yang dapat menyediakan alat bantu untuk penyandang disabilitas. Program ini dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta dengan memberikan alat bantu berupa kursi roda, alat bantu dengar, dan lain-lain.

"Kalau kami di Dinas Sosial ketika ada usulan, atau permintaan alat bantu dengar, dia lebih dari 15 tahun, itu kita akan salurkan ke sentra kami kemensosos [Kementerian Sosial], biasanya ada bantuan. Untuk alat bantu khususnya yang memang dibutuhkan oleh anak-anak yang usia sampai dengan pelajar seperti itu mbak Tri bisa dicover jamkesus [atau Jamkesos]." Dinas Sosial di Kabupaten Bantul

Syarat dan ketentuan penyediaan alat bantu dari Jamkesus. Alat bantu yang disediakan oleh Pemerintah di DI Yogyakarta hanya dapat mencakup untuk usia penyandang disabilitas di bawah 15 tahun. Sementara itu, penyandang disabilitas lebih dari 15 tahun mendapatkan alat bantu melalui program dari Kementerian Sosial.

Namun, dalam FGD, tidak semua pemerintah daerah penelitian kami dapat menyediakan alat bantu secara langsung. Dari tiga provinsi dan enam kabupaten/kota wilayah penelitian, **hanya di DI Yogyakarta yang dapat menyediakan alat bantu secara langsung ke penyandang disabilitas melalui program dan anggarannya.**

"Terkait dengan alat bantu Pak memang untuk saat ini dari APBD kita belum ada yang khusus...tentang alat bantu Pak tapi kita tidak berhenti disana, kita terus berkolaborasi contohnya dengan e relawan, dengan CSR Pak, itu bisa kita salurkan e alat bantu itu." Dinas Sosial di Provinsi Bali

Anggaran belum tersedia. Di Provinsi Bali, pemerintah belum dapat menyediakan alat bantu secara langsung karena anggaran yang belum tersedia. Untuk lain yang dilakukan pemerintah Provinsi Bali melalui kerja sama dengan sejumlah pihak di luar pemerintah seperti relawan dan *corporate social responsibility* (CSR) untuk menyediakan alat bantu penyandang disabilitas.

“Nah untuk proses mereka dalam pemberian e alat bantu ya, sampai saat ini Bu Tri ya, kami memang belum, belum pernah apa namanya, ikut terlibat dari artinya dalam pemberian tersebut...” Dinas Kesehatan di Kabupaten Buleleng

“Kami cuma menyediakan untuk memudahkan ketika ada teman-teman dengan e akses kurang atau...keterbatasan [penyandang disabilitas] kami menyediakan [alat bantu] khususnya di Dinas juga kami menyediakan kursi roda, juga begitu pula di Puskesmas-Puskesmas, tetapi untuk membagi ke beneficiarynya itu belum...” Dinas Kesehatan di Kota Kupang

Dinas Kesehatan di wilayah penelitian masih belum terlibat untuk menyediakan alat bantu. Menurut partisipan, Dinas Kesehatan di Kabupaten Buleleng dan di Kota Kupang belum terlibat dalam proses penyediaan dan pemberian alat bantu. Saat ini, Dinas Kesehatan hanya menyediakan alat bantu di fasilitas kesehatan untuk penyandang disabilitas mengakses layanan. Belum adanya keterlibatan Dinas Kesehatan ini karena kewenangan pemenuhan kebutuhan disabilitas masih dinilai sebagai tanggung jawab Dinas Sosial (sebagaimana hasil FGD pada bagian layanan kesehatan inklusif).

d. Mengakses alat bantu kesehatan dari JKN

Penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional (JKN) telah menyediakan alat bantu kesehatan yang dapat dimanfaatkan seluruh peserta. Berdasarkan Permenkes Nomor 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan telah ada tujuh alat bantu yang disediakan JKN (Tabel 14).

Tabel 16. Alat Bantu Kesehatan dari JKN

No	Alat Bantu Kesehatan	Tarif (Rp)	Ketentuan
1	Kacamata	<ol style="list-style-type: none"> PBI/Hak rawat kelas 3: Rp 165.000,00 Hak rawat kelas 2: Rp 220.000,00 Hak rawat kelas 1: Rp 330.000,00 	<ol style="list-style-type: none"> Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali Indikasi medis minimal -Sferis 0,5D -Silindris 0,25D Diberikan berdasarkan resep dari dokter spesialis mata
2	Alat bantu dengar	Maksimal Rp1.100.000,00	<ol style="list-style-type: none"> Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis tanpa membedakan satu/dua telinga dan untuk telinga yang sama Diberikan berdasarkan resep dari dokter spesialis THT
3	Protesa alat gerak	Maksimal Rp 2.750.000,00	<ol style="list-style-type: none"> Protesa alat gerak adalah: <ol style="list-style-type: none"> Kaki palsu Tangan palsu Diberikan paling cepat 5 tahun sekali atas indikasi medis untuk protesa alat gerak yang sama Diberikan berdasarkan resep dokter spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi

No	Alat Bantu Kesehatan	Tarif (Rp)	Ketentuan
4	Protesa gigi	Maksimal Rp 1.100.000,00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama. 2. Full protesa gigi maksimal Rp 1.100.000,00 3. Masing-masing rahang maksimal Rp 550.000,00
5	Korset tulang Belakang	Maksimal Rp 385.000,00	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis
6	Collar Neck	Maksimal Rp 165.000,00	Diberikan paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis
7	Kruk	Maksimal Rp 385.000,00	Diberikan paling cepat 5 (lima) tahun sekali atas indikasi medis

Sumber: Permenkes Nomor 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Kementerian Kesehatan telah menetapkan tujuh alat bantu kesehatan dalam JKN dengan besaran tarif maksimal dan ketentuan yang berbeda-beda. Ketujuh alat bantu tersebut mayoritas ditujukan penyandang disabilitas fisik yang membutuhkan protesa alat gerak seperti kaki dan tangan palsu, kursi roda, korset tulang belakang dan kruk. Sementara penyandang disabilitas rungu/wicara telah disediakan alat bantu dengar. Namun, belum disediakan tongkat untuk disabilitas netra yang buta. Secara umum, alat bantu kesehatan yang ditetapkan tidak ditetapkan secara langsung berdasarkan kebutuhan ragam disabilitas, melainkan sesuai dengan indikasi medis.

“Itu memang jenis alat bantunya masih 7 ya, ... karena kita memang bersama-sama juga dari Dinas Kesehatan, dengan DJSN [Dewan Jaminan Sosial Nasional], dengan Kemenkeu [Kementerian Keuangan] menetapkan manfaat itu juga mempertimbangkan e apa Budget Impact ya, Budget Impact...berapa sebenarnya kebutuhan dan bagaimana sustainabilitas dari Program JKN itu sendiri.”
Kementerian Kesehatan

“Sebenarnya kan penyandang disabilitas itu ada alat bantu disabilitas tapi baru terbatas 7 alat bantu. Harapannya nanti kita approach dulu untuk standar priority alat bantu. Yang minimal ada di Indonesia, kalau di WHO kan ada 54 alat bantu.”
Kementerian Kesehatan

Alat bantu disediakan berdasarkan kebutuhan peserta dan kemampuan dana jaminan kesehatan nasional. Penetapan alat bantu kesehatan telah dilakukan Kementerian Kesehatan atas kesepakatan bersama pemangku kepentingan pusat maupun daerah. Disisi lain, Kementerian Kesehatan juga menyadari bahwa **alat bantu yang disediakan masih sangat terbatas untuk memenuhi kebutuhan penyandang disabilitas secara khusus.** Alat bantu kesehatan dalam JKN masih perlu untuk diperluas mengikuti beberapa rekomendasi dari WHO.

“...Kalau dari kasus pengajuan klaim ini, kalau dari tahun awal dimasukkan JKN [2016] ini sekitar 5.500 kasus. Ini di tahun 2023 sudah mencapai 1,5 juta kasus untuk pemanfaatan benefit alat bantu kesehatan ini. Kemudian dari sisi pembiayaan ini dari tahun 2021 itu alat bantu kesehatan ini mencapai Rp 131 M. Ini di tahun 2023 ini Rp 248 M untuk pembiayaan klaimnya.” BPJS Kesehatan

Peserta JKN telah memanfaatkan JKN untuk mendapatkan alat bantu kesehatan. BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa sejak 2016 hingga 2023 peserta JKN telah ada 1,5 juta kasus yang memanfaatkan alat bantu kesehatan. Dari alat bantu yang dimanfaatkan, hingga 2023, BPJS Kesehatan telah memberikannya sebesar Rp 248 miliar melalui dana jaminan kesehatan.

“Manfaat ini sebenarnya diperuntukkan sesuai indikasi medis yang ditetapkan oleh dokter ya. Jadi kalau itu untuk misal katanya untuk orang sakit, orang disabilitas itu dikembalikan pada dokter yang lebih mengerti indikasi medis pemberian alat bantu ini gitu, ee dan apa ya karena kitakan kalau JKN kita sifatnya komprehensif ya...” Kementerian Kesehatan

Kebijakan JKN tidak menypesifikasikan manfaat alat bantu ini untuk penyandang disabilitas. Produk manfaat berupa alat bantu kesehatan ini ditujukan untuk seluruh peserta JKN yang membutuhkan. Penyediaan alat bantu untuk peserta JKN yang disabilitas maupun tidak disesuaikan dengan hasil pemeriksaan dari dokter spesialis.

Kendala pemanfaatan alat bantu dari JKN

Alat bantu kesehatan yang disediakan melalui JKN ditemukan masih mengalami kendala untuk dimanfaatkan oleh penyandang disabilitas, seperti tarif harga maksimal dan kualitas dari alat bantu. Kendala ini berpotensi membuat penyandang disabilitas minim memanfaatkan JKN untuk mendapatkan alat bantu, sebagaimana hasil survei dari tabel 12.

“jadi memang kendalanya itu bahwa alat bantunya itu yang udah diberikan ke teman - teman disabilitas ini itu untuk budgetnya atau plafonnya itu e.. dari pihak pemerintah [BPJS] itu tidak sesuai dengan apa.. harga alat bantu yang diberikan misalnya [organisasi lain].” Komunitas Disabilitas

Tarif maksimal alat bantu dari JKN rendah. Partisipan FGD membandingkan bahwa biaya alat bantu kesehatan yang ditanggung oleh JKN terbilang rendah jika dibandingkan dengan penyedia lainnya. Menurut partisipan alat bantu kesehatan untuk penyandang disabilitas seharusnya membutuhkan tarif maksimal yang lebih tinggi.

“Kayak kasus alat bantu dengar yang ada, katanya disitu cover oleh JKN. Tapi cuman satu juta, dapat apa. Saya pernah bantu tuh orang terlantar, satu juta dapat apa, tetep harus nambahin 10 juta, padahal orang terlantar.” Dinas Sosial di Kabupaten Bantul

Terdapat tambahan biaya untuk mendapatkan alat bantu dari JKN. Dinas Sosial menceritakan pengalaman membantu penyandang disabilitas untuk mendapatkan alat bantu dengar dari JKN. Namun, tarif dari alat bantu dengar yang hanya Rp 1.000.000 dinilai terlalu rendah untuk mendapatkan sesuai kebutuhan. Dari pengalamannya, peserta JKN ataupun Dinas Sosial perlu melakukan tambahan biaya sebesar kurang lebih Rp 10.000.000 untuk mendapatkan alat bantu dengan yang adaptif.

“Jadi kalau JKN itu kan secara luas nggih secara umum jaminannya hanya maksimal misalnya 1 juta seperti itu tapi kalau kita itu harus ada data nanti pemeriksaan melalui spesialis THT, audiometri dan sebagainya ternyata desibelnya antara range nya dari 25-90, 90-120 nah itu nanti bantuannya juga alat bantu nya menyesuaikan di Pergub kita jadi tidak bisa disamaratakan 1 juta. Harus sesuai kebutuhan” Dinas Kesehatan di Provinsi DI Yogyakarta.

Tarif alat bantu yang rendah tidak bisa mendapatkan alat bantu yang adaptif.

Dinas Kesehatan di Provinsi DI Yogyakarta menambahkan juga dari pengalaman menyediakan alat bantu dari program Jaminan Kesehatan Khusus (Jamkesmas). Alat bantu dengar untuk disabilitas rungu/wicara membutuhkan biaya bervariasi sesuai kebutuhan dan kondisi pendengaran disabilitas rungu/wicara.

“Jadi waktu itu memang karena JKN juga punya keterbatasan Cost Containment dari iuran peserta gitu ya memang belum ada perubahan sampai dengan saat ini. Jadi dari Kementerian sosial juga memang harus mempersiapkan skema pembiayaan lain untuk bisa melengkapi apa yang jadi manfaat JKN ini gitu. Jadi saya rasa peluang untuk bisa ekspansi jenis manfaat itu bisa kita, bisa kita lakukan ketika iuran nanti ada perubahan.” Kementerian Kesehatan

Terbatasnya dana jaminan kesehatan nasional. Menurut Kementerian Kesehatan, tarif alat bantu kesehatan dalam JKN menyesuaikan dengan ketersediaan dana yang bersumber dari iuran peserta. Menambahkan tarif dan jenis alat bantu dapat dilakukan dengan mengubah iuran peserta JKN lebih tinggi dari sekarang.

Hasil FGD kami menemukan kendala lain dari tarif alat bantu yang rendah dalam JKN yaitu kualitas yang tidak adaptif. Berbagai informasi yang kami dapatkan dari komunitas disabilitas dalam menceritakan kualitas alat bantu dari JKN.

“JKN itu ya BPJS Kesehatan yang tidak dicover termasuk adalah alat bantu yang adaptif itukan agak lumayan mahal ya bukan seperti kursi roda standar yang 1 juta, 800 ribu bisa gitu. karna ya bagaimana kita bisa melakukan pemenuhan dan perlindungan hak penyandang disabilitas terutama alat bantu dan kesehatan mereka kalau alat bantu nya saja bisa menimbulkan deformity misalnya skoliosis yang tumbuh karena alat bantu nya tidak sesuai...” Komunitas Disabilitas

Kualitas alat bantu disabilitas yang didapatkan melalui JKN kurang adaptif.

Alat bantu dari JKN dinilai masih kurang adaptif untuk penyandang disabilitas sehingga belum dapat memenuhi kebutuhan. Kurang adaptifnya alat bantu ini dipengaruhi oleh biaya alat bantu yang rendah dari JKN. Partisipasi dari komunitas disabilitas ini

mencontohkan penyediaan kursi roda yang hanya menggunakan biaya dari Rp 800.000 - 1.000.000. Kursi roda dengan biaya tersebut hanya mendapatkan kursi roda umum, sedang penyandang disabilitas membutuhkan kriteria kursi roda yang menyesuaikan kondisi disabilitasnya. Penggunaan alat bantu disabilitas yang tidak adaptif dinilai berisiko dapat menimbulkan dampak buruk lain bagi penyandang disabilitas.

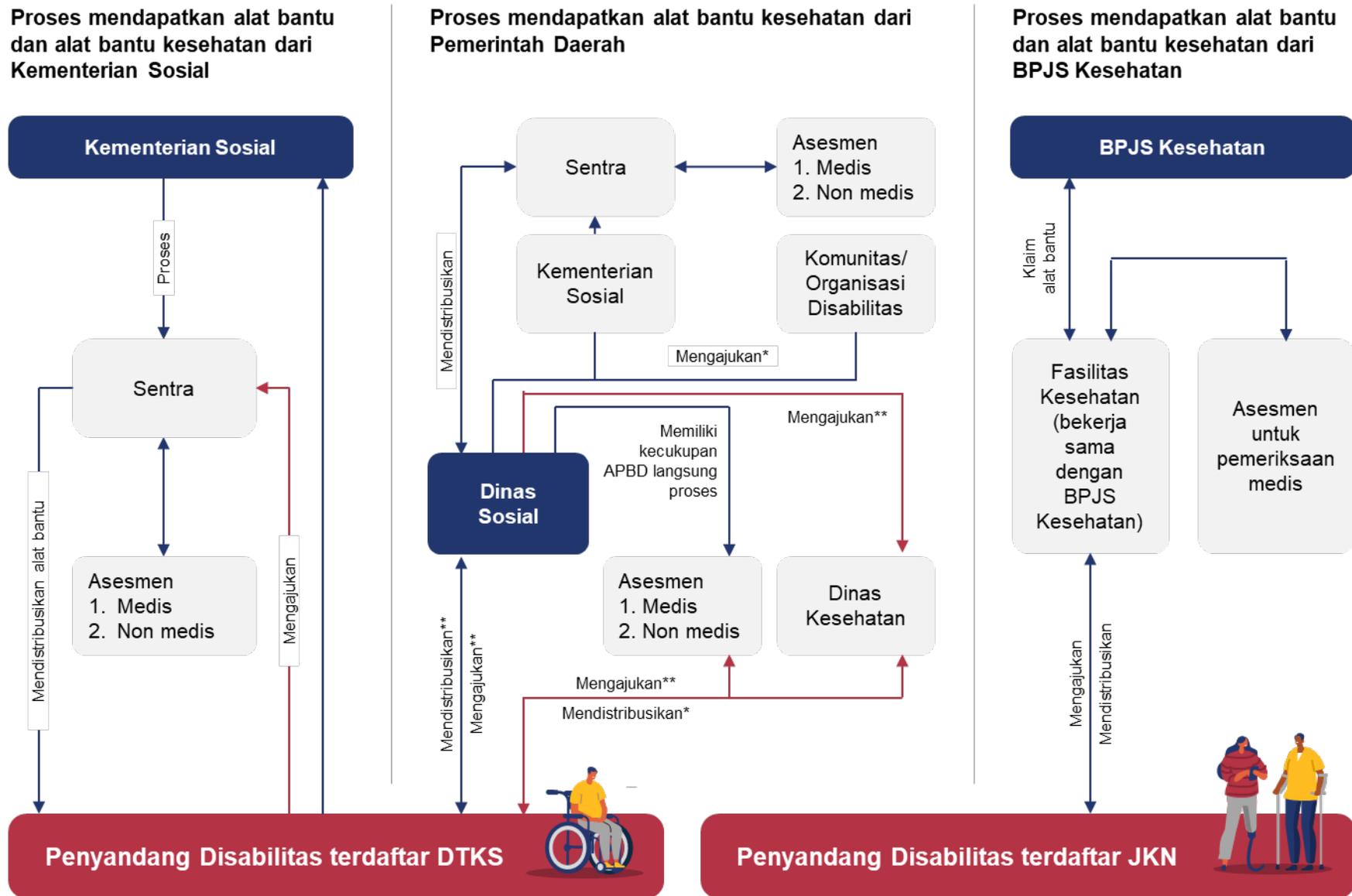
e. Dinamika Proses penyediaan alat bantu dan alat bantu kesehatan

Dari masing-masing sumber untuk mengakses alat bantu kesehatan penyandang disabilitas memiliki proses yang berbeda-beda. Gambar 4 menunjukkan bahwa proses penyediaan alat bantu kesehatan dari Kementerian Sosial dan Pemerintah Daerah **hanya dapat diakses oleh penyandang disabilitas yang terdaftar dalam DTKS (Data Terpadu Kesejahteraan Sosial)**. Adanya syarat DTKS membuat sifat penyediaan alat bantu hanya sebagai bantuan untuk penyandang disabilitas. Di sisi lain, **penyandang disabilitas yang membutuhkan alat bantu kesehatan tetapi tidak terdaftar dalam DTKS berpotensi sulit mengakses**. Proses asesmen dari Kementerian Sosial dan Pemerintah Daerah dapat dilakukan secara medis dan non medis, tergantung kebutuhan dan pengajuan dari penyandang disabilitas. Proses asesmen medis dilakukan penyandang disabilitas yang membutuhkan alat bantu kesehatan². Sementara asesmen non medis seperti proses validasi (keberadaan disabilitas) dilakukan untuk penyandang disabilitas yang membutuhkan alat bantu³.

² Alat Bantu adalah benda yang berfungsi membantu kemandirian Penyandang Disabilitas dalam melakukan kegiatan sehari-hari (UU 8/2016).

³ Alat Bantu Kesehatan adalah benda yang berfungsi mengoptimalkan fungsi anggota tubuh Penyandang Disabilitas berdasarkan rekomendasi dari tenaga medis (UU 8/2016).

Gambar 5. Proses penyediaan alat bantu kesehatan dari Kementerian Sosial, BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah



Proses penyediaan alat bantu atau/dan alat bantu kesehatan di pemerintah daerah mayoritas dilakukan oleh Dinas Sosial. Di daerah penelitian kami, hanya Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta yang menyediakan alat bantu kesehatan penyandang disabilitas. Namun, tidak seluruh Dinas Sosial dapat menyediakan alat bantu kesehatan secara langsung melalui APBD. Dinas Sosial yang berada di daerah dengan anggaran terbatas akan membantu proses pengajuan alat bantu kesehatan disabilitas ke Kementerian Sosial melalui sentra.

Sementara itu, **alat bantu kesehatan dari BPJS Kesehatan dapat diakses oleh semua penyandang disabilitas yang terdaftar sebagai peserta JKN.** Namun, berdasarkan hasil survei, kami masih menemukan terdapat penyandang disabilitas yang tidak terdaftar JKN. Penyandang disabilitas yang mengakses **alat bantu kesehatan melalui JKN hanya dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan dengan BPJS Kesehatan.** Proses mendapatkan alat bantu kesehatan dari JKN membutuhkan asesmen dengan pemeriksaan medis oleh dokter spesialis.

Penyediaan alat bantu kesehatan dari Kementerian Sosial, BPJS Kesehatan maupun Pemerintah Daerah membutuhkan proses asesmen medis, sesuai dengan ketetapan UU 8/2016. Dari semua proses, beberapa penyandang disabilitas di Indonesia berpotensi masih mengalami kesulitan untuk mendapatkan alat bantu, seperti yang tidak terdaftar DTKS dan JKN. Di sisi lain, peranan pemerintah daerah masih terbatas untuk penyediaan alat bantu kesehatan.

D. Akses Layanan Terapi Bagi Penyandang Disabilitas



Layanan terapi bagi penyandang disabilitas merupakan serangkaian intervensi yang dirancang untuk meningkatkan kemampuan fisik, mental, sosial, dan emosional individu dengan disabilitas. Layanan terapi bertujuan untuk meningkatkan kemandirian, kualitas hidup, dan partisipasi aktif penyandang disabilitas dalam masyarakat. Berikut ini gambaran jumlah penyandang disabilitas yang melakukan layanan terapi dari responden yang disurvei.



Tabel 17. Jumlah disabilitas yang akses dan tidak akses

Akses Layanan Terapi	N	%
Ya	655	25
Tidak	2011	75
Total	2666	100

Tabel 16 di atas menunjukkan bahwa penyandang disabilitas yang mengakses layanan terapi berjumlah 655 (25%) dari total 2666 penyandang disabilitas yang disurvei. Kondisi ini (25%) menunjukkan bahwa satu dari empat penyandang disabilitas telah menerima layanan terapi yang mungkin mencakup terapi fisik, okupasi, wicara, dan lain-lain. Sebaliknya, sebanyak 2011 individu (atau 75% dari total responden) tidak mengakses layanan terapi. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar penyandang disabilitas, tiga dari empat, tidak mendapatkan atau tidak menggunakan layanan terapi yang tersedia.

1. Jenis layanan terapi yang diakses

Penyandang disabilitas sering kali memerlukan berbagai jenis layanan terapi untuk meningkatkan kemampuan fisik, mental, sosial, dan emosional mereka. Mengidentifikasi jenis layanan terapi yang diakses oleh penyandang disabilitas dapat memberikan gambaran yang lebih mendalam mengenai kebutuhan mereka serta efektivitas berbagai program terapi yang tersedia. Tabel berikut ini menyajikan data tentang jenis layanan terapi yang diakses oleh penyandang disabilitas. Data ini mencakup berbagai jenis terapi seperti terapi fisik, terapi okupasi, terapi wicara dan bahasa, serta terapi lainnya yang sering digunakan oleh penyandang disabilitas.

Tabel 18. Jenis layanan terapi yang diakses

Jenis Layanan Terapi*	N	%
Terapi perilaku	10	1.30
Terapi okupasi	35	4.55
Operasi	55	7.15
Terapi wicara	66	8.58
Terapi konsumsi obat	95	12.35
Fisioterapi	508	66.06
Total	769	100

**semua disabilitas dapat memilih jawaban lebih dari satu*

Tabel di atas merinci berbagai jenis layanan terapi yang diakses oleh penyandang disabilitas. Dari 769 responden yang di survei, sebagian besar (66.06%) mengakses fisioterapi. Fisioterapi membantu meningkatkan kekuatan fisik, mobilitas, dan koordinasi, yang sangat penting bagi penyandang disabilitas fisik. Selanjutnya, terapi konsumsi obat menjadi jenis terapi kedua yang paling banyak diakses dengan persentase 12.35% mencerminkan penggunaan obat-obatan sebagai bagian dari manajemen kondisi disabilitas. Terapi wicara diakses oleh 8.58% responden, menunjukkan kebutuhan signifikan akan layanan untuk meningkatkan kemampuan komunikasi verbal dan non-verbal. Terapi okupasi, yang membantu individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, diakses oleh 4.55% responden. Operasi merupakan layanan yang diakses dengan persentase hanya 7.15%, mungkin karena sifatnya yang invasif dan sering kali menjadi pilihan terakhir atau hanya diperlukan dalam kasus tertentu. Terapi perilaku diakses paling sedikit oleh 1.30% responden. Terapi ini bertujuan untuk membantu individu dalam mengelola dan memodifikasi perilaku, yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup mereka.

2. Faktor Tidak Mengakses Layanan Terapi

Meskipun layanan terapi seperti terapi fisik, okupasi, wicara, dan lainnya tersedia, data menunjukkan bahwa sebagian besar penyandang disabilitas tidak memanfaatkannya. Untuk memahami lebih dalam tentang hambatan dan alasan di balik rendahnya akses ini, tabel berikut menyajikan berbagai alasan yang dikemukakan oleh responden yang tidak mengakses layanan terapi.

Tabel 19. Alasan responden tidak mengakses layanan terapi

Alasan Tidak Terapi*	N	%
Tidak membutuhkan	752	40.09
Tidak memiliki biaya	542	28.89
Terbatas informasi (tempat dan jenis terapi)	424	22.60
Kondisi Pasien	132	7.04
Kondisi geografis dan akses ke fasilitas kesehatan	17	0.91
Proses rujukan	1	0.05
Tidak ada layanan terapi	8	0.43
Total	1876	100

*semua disabilitas dapat memilih jawaban lebih dari satu

Dari 1876 responden yang di survei, mayoritas, yaitu 40.09% (752 responden), merasa bahwa mereka tidak membutuhkan layanan terapi. Kondisi ini menunjukkan bahwa ada persepsi atau penilaian tertentu terhadap kebutuhan akan terapi yang mungkin berbeda dengan pandangan medis atau profesional kesehatan. Sebanyak 28.89% (542 responden) menyatakan bahwa penyandang disabilitas tidak memiliki biaya untuk mengakses layanan terapi. Hambatan finansial ini menyoroti perlunya program dukungan finansial atau subsidi untuk membantu penyandang disabilitas dalam mendapatkan terapi yang diperlukan. Selain itu, 22.60% (424 responden) menyebutkan bahwa penyandang disabilitas memiliki informasi yang terbatas mengenai tempat dan jenis terapi yang tersedia. Hal ini menunjukkan bahwa pentingnya kampanye atau sosialisasi informasi dan pendidikan mengenai layanan terapi untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat. Kemungkinan juga bahwa literasi penyandang disabilitas terhadap layanan terapi terbatas.

Penyandang disabilitas yang memiliki kondisi fisik tertentu juga menjadi penghalang, dengan 7.04% (132 responden) menyatakan bahwa kondisi kesehatan mereka menghambat akses ke terapi. Sementara itu, 0.91% (17 responden) menyatakan mengalami kesulitan geografis dan akses ke fasilitas kesehatan yang terbatas, yang menunjukkan perlunya penyediaan layanan yang lebih terjangkau di berbagai lokasi. Sebagian kecil responden, yaitu 0.05% (1 responden), menyatakan bahwa proses rujukan ke fasilitas kesehatan menjadi hambatan, sementara 0.43% (8 responden) menyebutkan bahwa tidak ada layanan terapi yang tersedia di daerah penyandang disabilitas. Meskipun persentase ini kecil, bagi penyandang disabilitas ini tetap penting karena terdapat kebutuhan akses layanan yang tidak terpenuhi atau sulit didapatkan.

3. Upaya Pemerintah dalam Menyediakan Layanan Terapi

Dalam JKN layanan terapi telah menjadi manfaat, tetapi masih terbatas untuk digunakan. Layanan terapi untuk penyandang disabilitas sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup, kemandirian, dan kemampuan mereka dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Penyandang disabilitas menunjukkan bahwa layanan terapi tetap dibutuhkan, namun untuk pemenuhan layanan terapi tantangan yang dihadapi adalah akses untuk mencapai layanan terapi. Akses ini bisa dikelompokkan dalam fasilitas kesehatan maupun tenaga fisioterapinya. Kebutuhan layanan fisioterapi sudah dijamin dalam paket manfaat JKN.

“Terapi disabilitas sebenarnya e...mayoritas semua dijamin ya kalau di kami. jadi kalau tadi disampaikan. Disini kaitan dengan pelayanan disabilitas itu kalau dari SJSN itu tidak hanya yang terkait dengan pelayanan kesehatan dasar.” BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN, masih memiliki keterbatasan dalam memberikan paket manfaat JKN, salah satunya layanan fisioterapi bagi penyandang disabilitas. Perluasan paket manfaat bagi penyandang disabilitas tidak maksimal, keterbatasan ini karena adanya aturan yang membatasi jumlah klaim yang harus diserahkan ke BPJS Kesehatan.

“ada beberapa kasus. Misalnya anak itu perlu terapi okupasi seminggu 4 kali, tetapi klaim BPJS maksimal sebulan hanya 4 kali. Jadi menunya itu hanya dapat 25% yang diperlukan. Kami belum tau tuh bottleneck nya dimana.” Kementerian Kesehatan

Meskipun kondisi penyandang disabilitas sudah diketahui situasinya oleh pengambil kebijakan di BPJS Kesehatan, belum ada program khusus bagi penyandang disabilitas.

“Jadi kalau untuk program khusus dari BPJS memang tidak ada untuk keberpihakan itu. Sedangkan untuk terapi lepas lebih dikerjakan di panti, kalau di kami panti tuna netra untuk disabilitas netra.” Kementerian Kesehatan

Upaya Kementerian Sosial (Kemensos) sebagai penyedia terapi lainnya selain JKN-BPJS Kesehatan.

Kemensos memiliki peran penting dalam mendukung penyandang disabilitas melalui berbagai program dan layanan yang dirancang untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Selain layanan terapi yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, Kemensos juga berupaya menyediakan terapi tambahan untuk memenuhi kebutuhan yang mungkin tidak sepenuhnya tercakup oleh skema JKN. Upaya ini mencakup penyediaan terapi perilaku, terapi okupasi, terapi wicara, dan layanan pendukung lainnya yang esensial bagi penyandang disabilitas. Dengan adanya layanan terapi tambahan dari Kemensos, diharapkan penyandang disabilitas dapat lebih mudah mengakses perawatan yang komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan individu mereka.

“Saya ingin menambahkan sedikit layanan terapi yang disediakan oleh Kemensos karena memang kami mempunyai sentra terpadu dan sentra yang tersebar di seluruh Indonesia. Jadi memang sudah 2 tahun ini diarahkan untuk multi layanan. Sehingga bisa melayani ragam disabilitas. Sehingga ada kebijakan dari Kemensos untuk melakukan pelayanan terapi di masing-masing sentra.” Kementerian Sosial

Penyandang disabilitas seringkali menghadapi tantangan besar dalam mengakses layanan terapi yang mereka butuhkan. Salah satu layanan terapi yang sangat penting bagi mereka adalah fisioterapi, yang berperan penting dalam meningkatkan mobilitas, kekuatan fisik, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Namun, biaya fisioterapi di rumah sakit atau klinik berbayar sering kali sangat mahal, dan terapi ini tidak bisa dilakukan hanya sekali atau dua kali; terapi ini membutuhkan jadwal yang rutin dan berkelanjutan untuk memberikan manfaat yang optimal. Tantangan ini dihadapi penyandang disabilitas selama hidupnya, organisasi disabilitas berupaya untuk memenuhi kebutuhan terapi bagi

penyandang disabilitas dengan menyediakan layanan fisioterapi yang terjangkau dan berkelanjutan. Selain itu, untuk memudahkan akses, organisasi ini juga menyediakan fasilitas antar-jemput bagi para penerima layanan, khususnya bagi mereka yang berada di satu jalur dan dekat dengan pusat terapi. Upaya ini merupakan bagian dari komitmen organisasi untuk memastikan bahwa penyandang disabilitas mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan tanpa harus terbebani oleh biaya yang tinggi atau kesulitan akses.

“jadi khan kalau biaya fisioterapi di RS atau yang e apa namanya yang berbayar itu khan sangat mahal ya dan fisioterapi itu tidak bisa dilakukan sekali atau 2 kali. Itu harus rutin. Nah kebutuhan itu yang berusaha kami penuhi di sini dengan memberikan layanan fisioterapi terhadap mereka. Jadi mereka itu terjadwal, kemudian kami siapkan untuk fasilitas antar jemput cuma yang memang satu jalur dan dekat dari center kami” Komunitas Disabilitas

Di Denpasar, akses terhadap layanan terapi seperti fisioterapi dan jenis-jenis terapi lainnya sering kali lebih banyak disediakan oleh sektor swasta. Layanan ini biasanya disediakan oleh berbagai organisasi kemanusiaan dan yayasan swasta yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup penyandang disabilitas. Misalnya, organisasi seperti Puspadi, Yayasan Kemanusiaan, Annike Linden, dan Yayasan Bunga Bali telah memberikan kontribusi besar dalam menyediakan layanan terapi, baik melalui tenaga profesional maupun peralatan yang diperlukan.

“di Denpasar itu fisioterapi ataupun terapi jenis-jenis terapi yang ada itu lebih banyak dari swasta, yang dilakukan oleh swasta seperti Puspadi, seperti yayasan kemanusiaan, seperti Annike Linden itu, itu mereka seperti Yayasan Bunga Bali. Nah mereka itu melakukan terapi baik manusianya maupun alatnya. Nah inilah yang tidak ada di Kota Denpasar (tidak disediakan oleh pemerintah).” Komunitas Disabilitas

Keterbatasan Pemerintah Daerah Dalam Layanan Terapi

Penyediaan layanan terapi yang memadai dan mudah diakses merupakan elemen penting dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan penyandang disabilitas. Namun, di banyak daerah, penyediaan layanan terapi oleh pemerintah masih menghadapi berbagai tantangan. Saat ini, pemerintah daerah belum dapat menyediakan layanan terapi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti Puskesmas dan klinik kesehatan. Akibatnya, layanan terapi hanya tersedia di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FRTL), seperti rumah sakit besar. Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) memainkan peran penting dalam memberikan layanan kesehatan dasar kepada masyarakat. Namun, ada keterbatasan dalam jenis layanan terapi yang dapat disediakan langsung di Puskesmas. Meskipun terapi obat masih bisa diberikan di Puskesmas, layanan terapi fisik atau fisioterapi memerlukan penjadwalan khusus dan sering kali harus dirujuk ke poli atau fasilitas kesehatan lain yang lebih lengkap.

“kalau dari puskesmas sendiri terapi obatnya masih bisa. Tapi kalau untuk terapi fisik atau fisioterapi, itu nanti bisa dijadwalkan untuk ke poli pak...jadi pendampingan kalau disabilitas berat itu biasanya e mereka kalau membutuhkan obat berarti obatnya rutinnya pak ya, nah itu pendampingnya membantu bersama keluarganya mensupply obatnya setiap bulan, melalui Puskesmas obatnya.”
FKTP di Kabupaten Bantul

Bagi penyandang disabilitas berat seringkali memerlukan dukungan khusus dalam pengelolaan keseharian mereka, termasuk dalam hal perawatan kesehatan dan pengelolaan obat. Di tingkat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti Puskesmas, peran pendampingan sangat penting untuk memastikan bahwa penyandang disabilitas berat mendapatkan perawatan yang konsisten dan tepat waktu. Pendamping, yang bekerja bersama keluarga, membantu dalam penyediaan dan pengambilan obat secara rutin. Layanan fisioterapi merupakan salah satu aspek penting dalam perawatan kesehatan, terutama bagi individu yang memerlukan rehabilitasi fisik untuk meningkatkan mobilitas dan kualitas hidup mereka. Namun, ketersediaan layanan ini di tingkat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti Puskesmas masih menjadi tantangan di beberapa daerah, termasuk di Kota Yogyakarta.

“Untuk fisioterapi di puskesmas di kota Yogyakarta belum ada buk. Jadi kalau fisioterapi kita rujuk...kalaupun ada fisioterapi, sekali lagi kalau menggunakan alur BPJS itu sama. Jadi harus ada rujukan yang dari FKTP FKTL kemudian di sana diperiksa oleh dokter spesialis atau sub spesialis atau konsultan lalu direkomendasikan.” Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta

Fasilitas kesehatan belum seluruhnya menyediakan layanan terapi sesuai kebutuhan bagi penyandang disabilitas. BPJS Kesehatan belum menyediakan kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan penyandang disabilitas sehingga menjadi hambatan bagi penyandang disabilitas untuk memanfaatkan sistem JKN. Prosedur tertentu yang harus diikuti untuk mendapatkan akses ke layanan terapi ini menunjukkan keterbatasan desain paket manfaat JKN dan kebijakan lain di pemerintah bagi penyandang disabilitas. Proses rujukan dari FKTP ke FKRTL yang melibatkan pemeriksaan oleh dokter spesialis atau subspesialis sebelum rekomendasi fisioterapi dapat diberikan, namun ketersediaan dokter spesialis maupun non spesialis di daerah tertentu akan menjadi hambatan penggunaan paket manfaat ini oleh penyandang disabilitas.

BAB IV

Diskusi dan Kesimpulan



BAB IV

Diskusi dan Kesimpulan

Diskusi

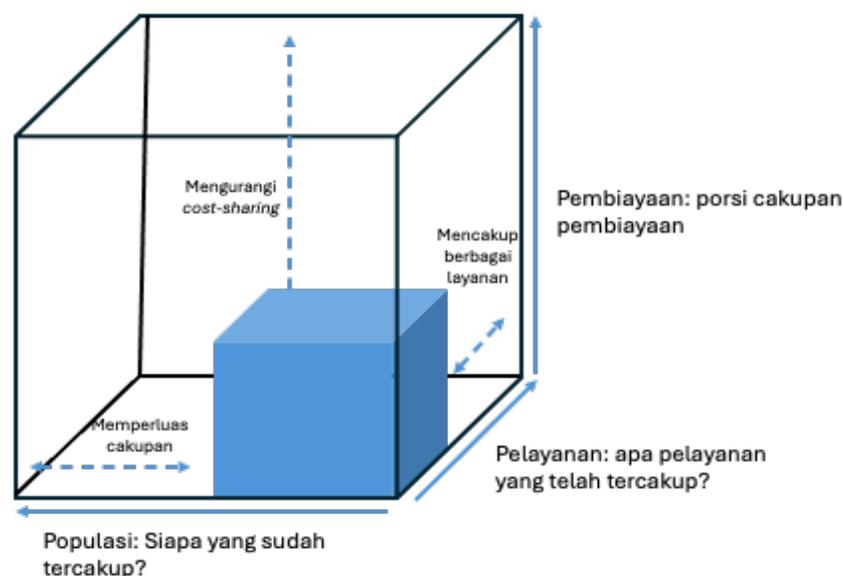
Dalam studi ini, temuan terhadap isu kesiapan pelayanan kesehatan yang inklusif telah menjadi perhatian Indonesia. Dengan melakukan perbandingan pustaka internasional dan nasional, studi ini menemukan bahwa berbagai negara termasuk Indonesia sedang berupaya mencapai pelayanan kesehatan yang lebih inklusif. Selanjutnya, kesiapan regulasi, implementasi jaminan kesehatan nasional, penggunaan alat bantu kesehatan dan aksesibilitas layanan terapi menjadi poin kritis menuju layanan kesehatan dengan jargon “*no one left behind*”.

Manfaat pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan *universal health coverage* (UHC) di Indonesia telah diupayakan untuk memenuhi kebutuhan penyandang disabilitas. Salah satunya adalah dengan menetapkan kebijakan kesehatan yang mengatur layanan kesehatan inklusif. Undang-undang nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dan Undang-undang nomor 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas yang telah mengatur upaya dan hak kesehatan untuk penyandang disabilitas. Kedua kebijakan tersebut telah mendorong Kementerian Kesehatan untuk merancang kebijakan kesehatan inklusif yang ditetapkan dalam Peraturan Pemerintah, Peraturan Kementerian, Indikator Kesehatan dan lainnya. Adanya kebijakan kesehatan inklusif juga dapat mendorong Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan dan pemangku kepentingan di sektor kesehatan lainnya terlibat dalam memenuhi kebutuhan kesehatan penyandang disabilitas. Kebijakan ini dibutuhkan untuk pemerintah menyediakan fasilitas dan pelayanan kesehatan dengan bangunan dan sarana prasarana di fasilitas kesehatan inklusif.

Hasil survei menunjukkan angka cakupan registrasi kelompok penyandang disabilitas mencapai angka yang tinggi (89%) di enam daerah dan temuan ini menunjukkan bahwa keseriusan pemerintah Indonesia dalam menepati komitmen politik tersebut. Angka tersebut lebih rendah 6% dari cakupan populasi umum pada tahun 2023 yang dilaporkan pada website Dewan Jaminan Kesehatan Nasional (National Social Insurance Board (DJSN), 2022). Namun angka tersebut lebih tinggi dari laporan survey pada tahun 2018 dan 2019 hingga hampir 30% (Pratiwi et al., 2021; Fanda et al., 2024). Upaya tersebut dapat dilihat dari peran pemerintah daerah untuk memasukan semua penyandang disabilitas ke skema PBI JKN berkontribusi terhadap besaran angka tersebut. Pemerintah daerah bahkan memisahkan penyandang disabilitas dari keluarganya jika dibutuhkan. Semua aktivitas tersebut terjadi untuk memastikan bahwa semua orang terlebih mereka yang rentan dan membutuhkan intervensi lebih, terdaftar dalam sistem JKN.

Disisi lain, kebijakan JKN yang menjadi wujud dari UHC di Indonesia belum dapat memberikan akses bagi penyandang disabilitas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan inklusif dan alat kesehatan yang adaptif. Capaian dari keberhasilan UHC masih sering diukur dari cakupan masyarakat yang terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional (JKN) (PRAKARSA, 2020). Secara konseptual, UHC tidak terbatas dengan memperluas cakupan masyarakat, tetapi dibutuhkan juga perluasan cakupan pelayanan kesehatan yang berkualitas, dan memberikan perlindungan keuangan (WHO, 2020). Gambar 3 menunjukkan pencapaian UHC perlu menyediakan pelayanan kesehatan secara merata dan berkualitas untuk seluruh kelompok masyarakat (Tangcharoensathien et al., 2017). Penyelenggaraan UHC ini juga diharapkan dapat memberikan perlindungan keuangan dari besarnya pengeluaran dan kemiskinan karena kebutuhan medis (Tangcharoensathien et al., 2013). Meskipun telah berjalan menuju inklusivitas layanan kesehatan, temuan kami mengeksplorasi bahwa ketiga dimensi tersebut masih membutuhkan perbaikan yang sifatnya substansial dan implementasi.

Gambar 6. Kubus *Universal Health Coverage* (UHC) (WHO, 2020)



Dengan pemerintah mengadopsi UHC dalam sistem kesehatan, diharapkan kesenjangan kesehatan pada penyandang disabilitas dapat diselesaikan. Namun, hasil temuan penelitian, terdapat beberapa kendala yang perlu didiskusikan yakni:

Pertama, keterbatasan data, informasi dan akses menyebabkan penyandang disabilitas yang tidak memiliki JKN di Indonesia. Pada tingkat komunitas, hasil studi kami menemukan bahwa sebagian besar alasan penyandang disabilitas tidak memiliki asuransi JKN karena tidak mengetahui informasi yang mendalam terkait asuransi tersebut. Penyandang disabilitas berisiko untuk tidak terdaftar karena tempat pendaftaran yang tidak

dapat diakses secara fisik dan format komunikasi dalam menyampaikan informasi kurang dipahami disabilitas; stigmatisasi oleh staf program; atau rendahnya kesadaran terhadap program yang tersedia (Banks et al., 2017; Banks et al., 2021). Namun di sisi lain, pengelola dana JKN yakni BPJS Kesehatan tidak memiliki data kepesertaan penyandang disabilitas, sehingga tidak diketahui jumlah penyandang disabilitas yang sudah dan belum terdaftar. Di Kementerian Sosial, data JKN penyandang disabilitas hanya untuk kelompok peserta yang disubsidi penuh pemerintah pusat (PBI APBN). Penelitian sebelumnya menjelaskan data penyandang disabilitas sering kali tidak tersedia karena identitas mereka belum ditetapkan sebagai data diri (Leob, 2013). Pemerintah perlu menyediakan data penyandang disabilitas untuk pengambilan keputusan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan (Hamid et al. 2018). Data penyandang disabilitas ini perlu dikumpulkan secara rutin dengan: definisi dan metode yang sama; dipilah berdasarkan ragam dan kondisi kesehatan; dan adanya pertukaran dan pemanfaatan data antara pemangku kepentingan (Osman et al., 2023).

Kedua, tingginya angka pendaftaran tersebut belum diterjemahkan lebih lanjut terkait cakupan layanan kesehatan untuk orang dengan disabilitas. Kami menemukan bahwa masih terdapat biaya yang tidak ditanggung dalam skema JKN, dan tidak terjangkau oleh kelompok tersebut. Meskipun pemerintah daerah tetap menyediakan jaminan kesehatan pendukung di daerah, temuan ini menimbulkan pertanyaan, sejauh mana sistem JKN dapat menjawab kebutuhan layanan kesehatan kelompok ini? Pendanaan penggunaan layanan kesehatan dan kualitasnya akan efektif jika terdapat kejelasan manfaat secara tertulis berdasarkan kebutuhan penggunaanya (Kutzin, 2013).

Kami menemukan salah satu beban kesehatan yang masih dialami penyandang disabilitas adalah mahalnya biaya transportasi untuk mengakses fasilitas kesehatan. Penyandang disabilitas yang tempat tinggalnya jauh dari fasilitas kesehatan akan mengeluarkan biaya kesehatan lebih besar karena harus mengeluarkan biaya transportasi ke pelayanan layanan (Banks et al., 2017). Di sisi lain, penyandang disabilitas juga masih mengeluarkan biaya untuk mendapatkan alat bantu kesehatan, meskipun telah ada program pemerintah yang menyediakan seperti dari JKN dan Kementerian Sosial. Dalam penyediaan alat bantu melalui JKN, penyandang disabilitas masih harus melakukan pengeluaran mandiri karena tarif yang ditetapkan rendah. Dalam penelitian sebelumnya juga menjelaskan beberapa penyandang disabilitas juga perlu membayar pendamping selama mengakses pelayanan kesehatan (Banks et al., 2022). Dalam penyelenggaraan UHC di Indonesia, JKN belum menyediakan manfaat inklusif untuk memberikan perlindungan keuangan kepada penyandang disabilitas.

Sementara itu, data dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menyatakan bahwa 55,5% dari 9.218 penyandang disabilitas di Indonesia terjadi diakibatkan oleh penyakit tertentu. Penyakit terbanyak yang dimiliki oleh penyandang disabilitas adalah Hipertensi

(21,6%), Stroke (19,8), Katarak (19,2), Diabetes (10,3) dan Kanker (0,6%). Kelompok penyandang disabilitas ini akan lebih sering untuk mengakses pelayanan kesehatan dan berisiko mengalami beban pembiayaan kesehatan. Perlindungan keuangan untuk penyandang disabilitas ini dibutuhkan karena mereka dimungkinkan lebih sering mencari pelayanan kesehatan dan mengeluarkan biaya tambahan untuk akses ke pelayanan (Banks et al., 2017; Kuper and Hanefeld., 2018).

Ketiga, manfaat cakupan pelayanan kesehatan yang diberikan untuk penyandang disabilitas dalam penyelenggaraan UHC di Indonesia masih belum inklusi. Manfaat kesehatan spesifik seperti alat bantu kesehatan dan pelayanan terapi untuk penyandang disabilitas masih belum memiliki kualitas yang baik. Dari survei yang dilakukan sebanyak 33,6% penyandang disabilitas telah memiliki alat bantu kesehatan. Namun, ditemukan masih ada 24,9% penyandang disabilitas yang membutuhkan alat bantu kesehatan tetapi tidak memilikinya. Dari tiga ragam disabilitas, penyandang disabilitas fisik kami temukan paling banyak memiliki alat bantu kesehatan yakni 41,10% atau 681 responden. Sejalan dengan data dari SKI 2023 yang menemukan bahwa alat bantu kesehatan yang paling banyak digunakan penyandang disabilitas adalah alat bantu berjalan 50,6%, sedangkan alat bantu dengar hanya 4,1% dan alat bantu lihat 11,7%. Penyandang disabilitas di Indonesia telah memiliki akses untuk alat bantu yang bervariasi dari Kementerian Sosial, program JKN, program pemerintah daerah dan komunitas disabilitas. Namun, alat bantu dari JKN mengalami banyak keluhan dari penyandang disabilitas karena tidak adaptif. Dari penelitian sebelumnya mengemukakan kendala untuk mengakses alat bantu kesehatan karena terbatasnya biaya, rendahnya pengetahuan dan ketersediaan produk alat bantu (Pryor et al., 2018). Sejalan dengan temuan survei, alasan penyandang disabilitas tidak memiliki alat bantu karena 10,20% responden mengalami keterbatasan informasi, 26,80% responden tidak memiliki biaya dan 2,45% alat bantu tidak nyaman. Penyandang disabilitas membutuhkan alat bantu kesehatan yang adaptif untuk meningkatkan dan memperlambat penurunan fungsional, serta membantu hidup mereka mandiri (Horowitz et al., 2006). Sejalan dengan pelayanan terapi yang ditemukan masih ada penyandang disabilitas tidak dapat mengakses sesuai dengan kebutuhan. Dengan penyelenggaraan UHC, seharusnya pelayanan kesehatan dapat menyediakan manfaat untuk kebutuhan penyandang disabilitas dengan kualitas yang baik (Kuper and Banks, 2021; Palmer, 2014).

Kendala yang dihadapi oleh penyandang disabilitas ketika mengakses layanan kesehatan adalah kurangnya kesiapan infrastruktur dan tenaga kesehatan terkait kebutuhan mereka. Temuan penelitian lain dari tinjauan literatur menjelaskan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan berpengaruh besar terhadap pelayanan kesehatan menjadi tidak inklusif untuk penyandang disabilitas (Nguyen, 2023; Rembis and Djaya 2020). Kendala di fasilitas kesehatan yang ditemukan mengenai ketersediaan ram untuk kursi roda, sarana prasarana

penunjang lainnya seperti toilet khusus penyandang disabilitas dan tempat parkir mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan inklusif (Nguyen, 2023). Sementara itu, tenaga kesehatan yang belum sensitif karena tidak terlatih secara khusus dan tidak berpengalaman berinteraksi dalam interaksi dengan penyandang disabilitas (Rembis and Djaya 2020).

Pemenuhan hak kesehatan untuk penyandang disabilitas tidak hanya telah diatur dalam peraturan nasional, di tingkat global telah ada Konvensi PBB tentang Hak Penyandang disabilitas (UN, 2006). Dengan adanya peraturan tersebut diharapkan kebutuhan pelayanan kesehatan penyandang disabilitas dapat terpenuhi untuk meningkatkan kesejahteraan, penurunan angka kesakitan, kematian dan kemiskinan (Kuper and Hanfeld., 2018). Namun, kendala dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan masih dihadapi penyandang disabilitas. Penerapan UHC di Indonesia ditujukan untuk memberikan akses ke seluruh masyarakat, tetapi hingga kini penyandang disabilitas seluruhnya belum tercakup dalam JKN, belum memiliki perlindungan keuangan dari beban kesehatan dan belum mendapatkan pelayanan yang inklusif. Sebuah *systematic review* menyebutkan bahwa penyelenggaraan JKN di Indonesia, Vietnam dan Filipina belum memiliki skema dan manfaat khusus untuk penyandang disabilitas (Kafaa and Nurhadi, 2023). Temuan lain dari penelitian di Afghanistan menunjukkan temuan dari implementasi UHC hanya memberikan sedikit peningkatan pelayanan kesehatan untuk penyandang disabilitas (Trani et al., 2017). Penelitian lainnya menjelaskan pula bahwa UHC berpotensi untuk berpusat pada pencapaian indikator pertumbuhan ekonomi dari pada pencapaian indikator hak asasi manusia (Sakellariou and Rotarou., 2017). Oleh karena itu, untuk mendorong pelaksanaan UHC di Indonesia yang mencakup kebutuhan penyandang disabilitas maka sistem kesehatan perlu beradaptasi dengan menyediakan kebijakan dan pelayanan kesehatan inklusif.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan untuk pemangku kepentingan dalam menyediakan pelayanan kesehatan inklusif untuk penyandang disabilitas. Namun, penelitian ini masih memiliki keterbatasan dan perlu ditindaklanjuti oleh penelitian selanjutnya. Kami belum melibatkan seluruh penyandang disabilitas untuk menganalisis pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan UHC di Indonesia. Kami hanya melibatkan penyandang disabilitas fisik, disabilitas sensorik dan disabilitas ganda. Penyandang disabilitas yang dilibatkan hanya terbatas pada usia dewasa hingga usia lansia. Selain itu, dalam pelaksanaan survei di penelitian ini pada alat bantu dan alat bantu kesehatan penyandang disabilitas belum menjadi pertanyaan terpisah. Kami baru menganalisis akses dan kepemilikan alat bantu dan alat bantu kesehatan dalam satu pertanyaan yang sama. Penelitian kami belum melibatkan semua responden terkait kondisi akses (sangat sulit, sulit, muda dan sangat mudah) dari tempat tinggal ke fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian selanjutnya perlu melakukan hal tersebut untuk mengetahui kondisi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penyandang disabilitas.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil tinjauan literatur dan studi empiris dapat disimpulkan bahwa penyandang disabilitas masih mengalami kendala untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Tinjauan literatur menemukan pengalaman penelitian terkait penyandang disabilitas dan sistem kesehatan masih terbatas. Dari penelitian sebelumnya di negara LMIC, pemerintah telah menyediakan berbagai program ataupun kebijakan yang bersifat rehabilitasi untuk penyandang disabilitas. Namun penyandang disabilitas masih mengalami kendala dalam pelayanan kesehatan. Kendala tersebut dimulai dari tidak tersedianya data, fasilitas kesehatan tidak inklusif, tenaga kesehatan tidak sensitif, dan alat bantu yang sulit didapatkan. Sejalan dengan temuan studi empiris kami, upaya untuk pemerintah memastikan penyandang disabilitas tidak tertinggal dalam pelaksanaan UHC dan sistem kesehatan telah dilakukan. Akan tetapi, belum terdapat kebijakan ataupun program kesehatan spesifik untuk penyandang disabilitas sehingga masih terdapat kendala dalam mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Layanan khusus untuk penyandang disabilitas seperti kebutuhan alat bantu dan pelayanan terapi perilaku, fisioterapi, dan terapi wicara masih terbatas.

Tujuan Global merekomendasikan Universal Health Coverage (UHC) untuk memastikan bahwa semua orang, termasuk penyandang disabilitas, memiliki akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa harus kesulitan keuangan. Sayangnya, pelaksanaan di Indonesia masih memprioritaskan cakupan kepesertaan, memastikan penyandang disabilitas terdaftar dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Meskipun kami menemukan masih ada penyandang disabilitas yang tidak terdaftar. Sementara itu, pelayanan kesehatan dengan pilihan manfaat yang terjangkau dan berkualitas untuk penyandang disabilitas masih terbatas. Pelaksanaan UHC di Indonesia juga masih belum memiliki kepastian perlindungan keuangan untuk penyandang disabilitas.

Kesenjangan yang terjadi dalam sistem kesehatan dan penyelenggaraan UHC ini telah tersedia berbagai rekomendasi yang diusulkan oleh penelitian sebelumnya. Pemerintah perlu memperkuat kebijakan, melibatkan berbagai pemangku kepentingan, pelayanan, dan menyediakan anggaran untuk penyandang disabilitas mendapatkan manfaat pelayanan kesehatannya.

BAB V

Rekomendasi



BAB V

Rekomendasi

Penelitian ini menyediakan beberapa usulan untuk memastikan penyelenggaraan UHC di Indonesia tidak meninggalkan penyandang disabilitas dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya. Kami mengusulkan beberapa rekomendasi untuk mendorong pelayanan kesehatan inklusif, sebagai berikut:

1. Penguatan tata kelola kesehatan inklusif

- a. Menerjemahkan UU 17/2023 tentang Kesehatan dan PP 28/2024 tentang Pelaksanaan UU 17/2023 menjadi suatu Peraturan Menteri Kesehatan, Pedoman atau Petunjuk Teknis dan Peraturan di tingkat daerah;
- b. Menetapkan konsesi pelayanan kesehatan untuk penyandang disabilitas;
- c. Menetapkan peta jalan sistem kesehatan inklusif untuk penyandang disabilitas;
- d. Tersedianya data kesehatan (seperti prevalensi penyakit, jumlah kasus, angka kesehatan) pada kelompok disabilitas; dan
- e. Tersedianya Surat Keterangan Disabilitas yang dikeluarkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

2. Menyediakan pelayanan kesehatan inklusif

- a. Pelayanan primer di Puskesmas dan jejaringnya menyediakan deteksi dini disabilitas pada usia anak;
- b. Menyediakan Posyandu yang inklusif Penyandang Disabilitas untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar;
- c. Menyediakan program dan kegiatan edukasi dengan metode inklusif sesuai dengan ragam penyandang disabilitas, seperti menggunakan juru bahasa isyarat saat penyuluhan kesehatan, memiliki *subtitle* pada video informasi kesehatan, menggunakan media audio dan visual;
- d. Menyediakan alur rujukan inklusif untuk penyandang disabilitas mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan lanjutan;
- e. Mengintegrasikan pelayanan terapi di luar fasilitas kesehatan (panti disabilitas, pusat rehabilitasi, pusat terapi dan/atau organisasi disabilitas) dan di fasilitas kesehatan (Puskesmas dan RS);
- f. Memperluas paket manfaat terapi dari program JKN untuk penyandang disabilitas;
- g. Mengintegrasikan penyediaan alat bantu kesehatan untuk penyandang disabilitas;
- h. Menyediakan informasi terkait akses untuk mendapatkan alat bantu adaptif bagi penyandang disabilitas;

- i. Mengintegrasikan layanan penyediaan dan reparasi alat bantu kesehatan dengan pelayanan primer kesehatan;
- j. Meningkatkan batas tarif alat bantu kesehatan dalam program JKN untuk penyandang disabilitas; dan
- k. Menambah jenis alat bantu dalam program JKN sesuai dengan ragam penyandang disabilitas.

3. Fasilitas pelayanan kesehatan inklusif

- a. Menyediakan pedoman untuk fasilitas pelayanan kesehatan inklusif dan sensitif disabilitas;
- b. Menetapkan kurikulum dan bahan ajar untuk peningkatan kapasitas SDM bidang kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan ke penyandang disabilitas;
- c. SDM bidang kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kemampuan berbahasa isyarat dengan penyandang disabilitas tuli;
- d. Menyediakan akses mobilisasi (seperti transportasi umum) untuk penyandang disabilitas ke fasilitas kesehatan; dan
- e. Menyediakan pendamping dan/atau juru bahasa isyarat untuk penyandang disabilitas yang melakukan kunjungan secara mandiri.

4. Pembiayaan kesehatan untuk penyandang disabilitas

- a. Menyediakan skema jaminan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan khusus penyandang disabilitas;
- b. Tersedianya data kepesertaan dan utilisasi JKN untuk penyandang disabilitas;
- c. Terdapat manfaat khusus untuk menyediakan biaya transportasi dan akomodasi penyandang disabilitas dalam mengakses pelayanan kesehatan; dan
- d. Memperluas manfaat JKN untuk mencakup kebutuhan spesifik penyandang disabilitas, seperti alat bantu kesehatan dan terapi.

REFERENSI



REFERENSI

- Banks, L. M., Kuper, H., & Polack, S. (2017). Poverty and disability in low-and middle-income countries: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(12), e0189996. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189996>
- Banks, L. M., Kuper, H., & Shakespeare, T. (2021). Social health protection to improve access to health care for people with disabilities. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(8), 543-543A. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.286685>
- Banks, L. M., Mearkle, R., Mactaggart, I., Walsham, M., Kuper, H., & Blanchet, K. (2017). Disability and social protection programmes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Oxford Development Studies*, 45(3), 223-239. <https://doi.org/10.1080/13600818.2016.1142960>
- Banks, L. M., O'Fallon, T., Hameed, S., Usman, S. K., & Polack, S., Kuper, H. (2022). Disability and the achievement of Universal Health Coverage in the Maldives. *PLOS ONE*, 17(12), e0278292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278292>
- Benigno MR, Kleinitz P, Calina L, Alcido MR, Gohy B, Hall JL. Responding to the health and rehabilitation needs of people with disabilities post-Haiyan. *Western Pac Surveill Response J*. 2015 Nov 6;6 Suppl 1(Suppl 1):53-9. doi: 10.5365/WPSAR.2015.6.2.HYN_010. PMID: 26767137; PMCID: PMC4710068.
- Briggs AM, Jordan JE, Sharma S, Young JJ, Chua J, Foster HE, Haq SA, Huckel Schneider C, Jain A, Joshipura M, Kalla AA, Kopansky-Giles D, March L, Reis FJJ, Reyes KAV, Soriano ER, Slater H. Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low- and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies. *Health Policy Plan*. 2023 Feb 13;38(2):129-149. doi: 10.1093/heapol/czac061. PMID: 35876078; PMCID: PMC9923377.
- Bright T, Kuper H. A Systematic Review of Access to General Healthcare Services for People with Disabilities in Low and Middle Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Aug 30;15(9):1879. doi: 10.3390/ijerph15091879. PMID: 30200250; PMCID: PMC6164773.
- Clemente KAP, Silva SVD, Vieira GI, Bortoli MC, Toma TS, Ramos VD, Brito CMM. Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review. *Rev*

Saude Publica. 2022 Jul 1;56:64. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056003893. PMID: 35792776; PMCID: PMC9239543.

Fanda RB, Probandari A, Yuniar Y, Hendarwan H, Trisnantoro L, Jongeneel N, Kok MO. The availability of essential medicines in primary health centres in Indonesia: achievements and challenges across the archipelago. *Lancet Reg Health Southeast Asia*. 2024 Jan 8;22:100345. doi: 10.1016/j.lansea.2023.100345. PMID: 38482146; PMCID: PMC10934320.

Global Research on Developmental Disabilities Collaborators. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Glob Health*. 2018 Oct;6(10):e1100-e1121. Doi: 10.1016/S2214-109X(18)30309-7. Epub 2018 Aug 29. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2018 Dec;6(12):e1287. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30443-1. PMID: 30172774; PMCID: PMC6139259.

Syofyan, Y and Gusman, D. (2023). Studi Perbandingan Sistem Jaminan Sosial Antara Indonesia Dan Malaysia Dalam Rangka Pemenuhan Hak Kesehatan Di Indonesia. *UNES Journal of Swara Justisia Vol 7 No 1 (2023)*.

Herawati, Franzone, R., & Chrisnahutama, A. (2020). Universal Health Coverage: Tracking Indonesia's Progress. *Perkumpulan PRAKARSA: Jakarta*.

Herlinda, O., & Siagian, C. (2021). Masukan Kebijakan untuk Memastikan Terjaminnya Akses Kelompok Rentan Pada Vaksinasi COVID-19 di Indonesia. *CISDI and Puspaka*.

Amy Horowitz, Mark Brennan, Joann P. Reinhardt, Thalia MacMillan, The Impact of Assistive Device Use on Disability and Depression Among Older Adults With Age-Related Vision Impairments, *The Journals of Gerontology: Series B, Volume 61, Issue 5, September 2006, Pages S274–S280*, <https://doi.org/10.1093/geronb/61.5.S274>

Hunt, X., Hameed, S., Tetali, S. et al. Impacts of the COVID-19 pandemic on access to healthcare among people with disabilities: evidence from six low- and middle-income countries. *Int J Equity Health* 22, 172 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01989-1>

Kafaa, K. A. (2021). Special Health Insurance as an Inclusive Social Protection Program For People With Disabilities. *Jurnal Ilmiah Peuradeun*.

Kelly, G. (2017). Patient agency and contested notions of disability in social assistance applications in South Africa. *Social Science & Medicine* Feb;175:109-116.

- Kuper H, Smythe T. Are people with disabilities at higher risk of COVID-19-related mortality?: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2023 Sep;222:115-124. doi: 10.1016/j.puhe.2023.06.032. Epub 2023 Jun 29. PMID: 37541064; PMCID: PMC10308224.
- Kurniawan, A., Wardani, A. K., Angkasawati, T. J., & Wahidin, M. (2020). Peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan dasar untuk difabel di Sukoharjo Jawa Tengah. Litbangkes Kemenkes.
- Kusumastuti P, Pradanasari R, Ratnawati A. The problems of people with disability in Indonesia and what is being learned from the World Report on Disability. *Am J Phys Med Rehabil*. 2014 Jan;93(1 Suppl 1):S63-7. doi: 10.1097/PHM.0000000000000025. PMID: 24356085.
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 602-611.
- Lee K, Devine A, Marco MJ, Zayas J, Gill-Atkinson L, Vaughan C. Sexual and reproductive health services for women with disability: a qualitative study with service providers in the Philippines. *BMC Womens Health*. 2015 Oct 15;15:87. doi: 10.1186/s12905-015-0244-8. PMID: 26466892; PMCID: PMC4606556.
- Loeb, M. (2013). Disability statistics: an integral but missing (and misunderstood) component of development work. *Nordic Journal of Human Rights*, 31(3). Diakses dari www.un.org/millenniumgoals/
- Lydia, A. L., & Nazirah, H. (2007). The applications of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) by the World Health Organization (WHO) in rehabilitation medicine practice. *Journal of Health and Translational Medicine*, 20(2), 17-24. <https://jummec.um.edu.my/article/view/4560>
- McKinsey & Company. The missing billion: Lack of disability data impedes healthcare equity. Diakses dari <https://www.mckinsey.com/>
- Mörchen M, Bush A, Kiel P, Lewis D, Qureshi B. Leaving No One Behind: Strengthening Access to Eye Health Programs for People With Disabilities in 6 Low- and Middle-Income Countries. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila)*. 2018 Sep-Oct;7(5):331-338. doi: 10.22608/APO.2018148. Epub 2018 Jul 9. PMID: 29984563.
- Mörchen M, Ormsby G, Bonn TS, Lewis D. Addressing disability in the health system at CARITAS Takeo Eye Hospital. *Community Eye Health*. 2013;26(81):8-9. PMID: 23840081; PMCID: PMC3678309.

- Morgan, R., George, A., Ssali, S., Hawkins, K., Molyneux, S., & Theobald, S. (2016). How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, 31(8), 1069-1078. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw037>
- Hamid LN, Kobusingye O, Baine SO, Mayora C, Bentley JA. Disability Characteristics of Community-Based Rehabilitation Participants in Kayunga District, Uganda. *Ann Glob Health*. 2017 May-Aug;83(3-4):478-488. doi: 10.1016/j.aogh.2017.10.006. PMID: 29221520; PMCID: PMC5728444.
- Nanthamongkolchai S, Tojeen A, Yodmai K, Suksatan W. Factors Influencing Access to Health Services among Chronically Ill Older Adults with Physical Disabilities in the Era of the COVID-19 Outbreak. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 27;20(1):398. doi: 10.3390/ijerph20010398. PMID: 36612720; PMCID: PMC9819650.
- National Social Insurance Board (DJSN). (2023). National Social Insurance Board: Integrated Monitoring System [web site]. Diakses dari <https://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/> . Diakses tanggal 15 Juli 2024
- Nguyen, A.M., Liamputtong, P., & Horey, D. (2019). Reproductive Health Care Experiences of People with Physical Disabilities in Vietnam. *Sexuality and Disability*, 37, 383 - 400.
- Nguyen, T. T. A., Liamputtong, P., Horey, D., & Monfries, M. (2018). Knowledge of Sexuality and Reproductive Health of People with Physical Disabilities in Vietnam. *Sexuality and Disability*, 36(1), 3-18. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9515-7>
- Nguyen, T. V., Edwards, N., & King, J. (2023). Maternal healthcare for women with physical disabilities in Northern Vietnam: perspectives of healthcare providers.
- Palmer, M. (2014). Inequalities in universal health coverage: evidence from Vietnam. *World Development*, 64, 384-394. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.06.008>
- Pimdee A, Nualnetr N. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to guide home health care services planning and delivery in Thailand. *Home Health Care Serv Q*. 2017 Apr-Jun;36(2):81-95. doi: 10.1080/01621424.2017.1326332. Epub 2017 May 8. PMID: 28481683.
- Pratiwi AB, Setyaningsih H, Kok MO, Hoekstra T, Mukti AG, Pisani E. Is Indonesia achieving universal health coverage? Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending and service availability. *BMJ Open*. 2021 Oct 4;11(10):e050565. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050565. PMID: 34607864; PMCID: PMC8491299.

- Pryor, W., Nguyen, L., Islam, Q. N., Jalal, F. A., & Marella, M. (2018). Unmet needs and use of assistive products in two districts of Bangladesh: Findings from a household survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2901. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122901>
- Rembis, M., Djaya, H.P. (2020). Gender, Disability, and Access to Health Care in Indonesia: Perspectives from Global Disability Studies. In: Smith, K., Ram, P. (eds) *Transforming Global Health*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-32112-3_7
- Rohman, A., Pitaloka, D., Erlina, E., Dang, D., & Prastyani, A. (2023). Disability data and its situational and contextual irrationalities in the Global South. *Big Data & Society*.
- Sakellariou, D., & Rotarou, E. S. (2017). The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. *International Journal for Equity in Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0699-3>
- Smythe, T., Ssemata, A. S., Silvesteri, S., Mbazzi, F. B., & Kuper, H. (2023). Developing a training on disability for healthcare workers in Uganda: A mixed methods study. *medRxiv: BMC health services research.
- Sultana M, Mahumud RA, Sarker AR. Burden of chronic illness and associated disabilities in Bangladesh: Evidence from the Household Income and Expenditure Survey. *Chronic Dis Transl Med*. 2017 Apr 17;3(2):112-122. doi: 10.1016/j.cdtm.2017.02.001. PMID: 29063064; PMCID: PMC5627690.
- Tan SH. Unmet Health Care Service Needs of Children With Disabilities in Penang, Malaysia. *Asia Pac J Public Health*. 2015 Nov;27(8 Suppl):41S-51S. doi: 10.1177/1010539515592461. Epub 2015 Jun 29. PMID: 26122314.
- Trani, J. F., Kumar, P., Ballard, E., & Chandola, T. (2017). Assessment of progress towards universal health coverage for people with disabilities in Afghanistan: a multilevel analysis of repeated cross-sectional surveys. *The Lancet Global Health*, 5(8), e828-e837. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30251-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30251-6)
- United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York: United Nations.
- Wanaratwichit, C., Hills, D., & Cruickshank, M. (2020). Home-based care for people with disabilities: Role of registered nurses within the District health system in Thailand. *Collegian ScienceDirect-Elsevier*.
- Wongkongdech A, Laohasirivong W. Movement disability: situations and factors influencing access to health services in the northeast of Thailand. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2014 Jul-Sep;12(47):168-74. doi: 10.3126/kumj.v12i3.13709. PMID: 25855106.

World Health Organization (WHO). The universal health coverage (UHC) cube. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Diakses dari <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/>. Diakses tanggal 15 Juni 2020.

Kafaa, A. K., & Nurhadi, N. (2023). An Inclusive Social Health Insurance for People with Disabilities in Three Southeast Asia Countries: A Systematic Review. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik*, 27(2), 103–122. <https://doi.org/https://doi.org/10.22146/jsp.73081>

LAMPIRAN



LAMPIRAN

A. Pemetaan Kebijakan

a. Level Nasional

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
UU Kesehatan (17/2023)	Pasal 22 ayat 1 Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi salah satunya kesehatan penyandang disabilitas.	Pasal 41 ayat 1 Upaya Kesehatan bayi dan anak ditujukan untuk menjaga bayi dan anak tumbuh dan berkembang dengan sehat, cerdas, dan berkualitas serta menurunkan angka kesakitan, kematian, dan kedisabilitasan bayi dan anak.	Pasal 53 ayat 3 Setiap penyandang disabilitas berhak memperoleh akses atas Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau.		Pasal 53 ayat 4 Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, keluarga, dan masyarakat bertanggung jawab untuk menjamin penyandang disabilitas mempunyai hak yang sama sebagai warga negara.
	Pasal 23 ayat 1 Penyelenggaraan Upaya Kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, merata, nondiskriminatif, dan berkeadilan.	Pasal 71 ayat 1 Upaya Kesehatan penglihatan dan pendengaran ditujukan untuk meningkatkan derajat Kesehatan penglihatan dan pendengaran masyarakat serta menurunkan angka disabilitas.	Pasal 111 ayat 1 Dalam keadaan darurat, setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan, baik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, maupun masyarakat wajib memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana untuk penyelamatan nyawa, pencegahan kedisabilitasan lebih lanjut, dan kepentingan terbaik bagi Pasien.		Pasal 53 ayat 5 Upaya Kesehatan penyandang disabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
	Pasal 28 ayat 4 Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup masyarakat rentan dan bersifat inklusif nondiskriminatif.	Pasal 89 ayat 2 Penanggulangan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit untuk menurunkan jumlah yang sakit, disabilitas, dan/atau meninggal dunia serta mengurangi			
	Pasal 53 ayat 1 Upaya Kesehatan penyandang disabilitas ditujukan untuk menjaga agar penyandang disabilitas tetap hidup sehat, produktif, dan bermartabat.	Pasal 93 ayat 2 Penanggulangan penyakit tidak menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan berperilaku hidup sehat, dan mencegah terjadinya penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkan untuk menurunkan jumlah yang sakit, disabilitas, dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit tidak menular.			

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
	Pasal 53 ayat 2 Upaya Kesehatan penyandang disabilitas dilakukan sepanjang usia penyandang disabilitas.	Pasal 189 ayat 1 menyediakan sarana dan prasarana (di RS) untuk penyandang disabilitas			
UU Penyandang Disabilitas	<p>Pasal 12 Hak kesehatan untuk Penyandang Disabilitas meliputi hak:</p> <p>a. Memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan</p> <p>b. memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan</p> <p>c. memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau</p> <p>d. memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya</p> <p>e. memperoleh alat bantu kesehatan berdasarkan kebutuhannya</p> <p>f. memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah</p> <p>g. memperoleh perlindungan dari upaya percobaan medis</p> <p>h. memperoleh perlindungan alam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek</p>	Pasal 65 ayat 1 Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh Penyandang Disabilitas sesuai dengan kebutuhan dan ragam disabilitasnya.	Pasal 61 ayat 1 Pemerintah, pemerintah daerah dan swasta wajib memastikan fasilitas pelayanan kesehatan menerima pasien penyandang disabilitas	Pasal 63 ayat 1 Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam pelayanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas dari fasilitas kesehatan tingkat pertama sampai ke tingkat lanjut.	
	Pasal 65 ayat 1 Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh Penyandang Disabilitas sesuai dengan kebutuhan		Pasal 61 ayat 2 Pemerintah , pemerintah daerah dan swasta wajib menyediakan fasilitas kesehatan	Pasal 63 ayat 2 Dalam hal tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan	

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
	dan ragam disabilitasnya.		kepada penyandang disabilitas tanpa diskriminasi sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan	dalam pelayanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas belum tersedia, tenaga kesehatan yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama wajib merujuk kepada tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam pelayanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas pada fasilitas pelayanan kesehatan lain.	
			Pasal 65 ayat 2 Ketersediaan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh Penyandang Disabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dirancang untuk meminimalkan hambatan dan mencegah terjadinya disabilitas lebih lanjut sesuai dengan ketentuan peraturan	Pasal 69 Tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan medis wajib mendapatkan persetujuan dari Penyandang Disabilitas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
			perundang-undangan.		
Pedoman Teknis Sarana Prasarana Puskesmas			Aksesibilitas untuk jalur transportasi Lokasi harus mudah dijangkau oleh masyarakat dan tersedia infrastruktur transportasi umum dengan mudah. Tersedia pedestrian, jalur-jalur yang aksesibel untuk disabel.		
			Fasilitas parkir. Perancangan dan perencanaan prasarana parkir cukup penting karena prasarana parkir kendaraan akan menyita banyak lahan. Kapasitas parkir harus memadai, menyesuaikan dengan kondisi lokasi, sosial dan ekonomi daerah setempat.		
			Dinding - Material dinding harus keras, rata, tidak berpori/tidak berserat, tidak menyebabkan silau, kedap air, mudah dibersihkan, dan tidak ada sambungan agar mudah dibersihkan. - Dinding toilet		

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
			<p>harus kedap air, dilapisi keramik setinggi 150 cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinding laboratorium harus tahan bahan kimia, mudah dibersihkan, tidak berpori. 		
			<p>Lantai</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material lantai harus kuat, kedap air, permukaan rata, tidak licin, warna terang, mudah dibersihkan, dan dengan sambungan seminimal mungkin. 		
			<p>Toilet</p> <p>Disarankan disediakan minimal 1 toilet umum untuk disabel, dilengkapi dengan tampilan rambu/symbol disabel pada bagian luarnya. Pemilihan tipe kloset disesuaikan dengan kebutuhan dan kebiasaan pengguna pada daerah setempat. Pada toilet disabel disarankan dilengkapi dengan pegangan rambat (handrail) yang memiliki posisi dan ketinggian disesuaikan</p>		

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
			dengan pengguna kursi roda dan penyandang disabel lainnya. Pegangan disarankan memiliki bentuk siku-siku mengarah ke atas untuk membantu pergerakan pengguna kursi roda.		
			Sistem Komunikasi Komunikasi telepon diperlukan untuk hubungan/ komunikasi keluar puskesmas.		
			<p>Ram Umum</p> <p>Ram adalah jalur sirkulasi yang memiliki bidang dengan kemiringan tertentu, sebagai alternatif bagi orang yang tidak dapat menggunakan tangga.</p> <p>Persyaratan Ram.</p> <p>(a) Kemiringan suatu ram di dalam bangunan tidak boleh melebihi 70, perhitungan kemiringan tersebut tidak termasuk awalan dan akhiran ram (curb ramps/landing).</p> <p>(b) Panjang mendatar dari</p>		

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
			<p>satu ram (dengan kemiringan 70) tidak boleh lebih dari 9 m. (c) Lebar minimum dari ram adalah 120 cm dengan tepi pengaman. (d) Muka datar (bordes) pada awalan atau akhiran dari suatu ram harus bebas dan datar sehingga memungkinkan sekurang-kurangnya untuk memutar kursi roda dan stretcher, dengan ukuran minimum 180 cm.</p>		
			<p>Aksesibilitas Disabel dan Lansia. Umum. Setiap bangunan Puskesmas, harus menyediakan fasilitas dan aksesibilitas untuk menjamin terwujudnya kemudahan bagi difabel dan lanjut usia masuk dan keluar ke dan dari bangunan Puskesmas serta beraktivitas dalam bangunan Puskesmas secara mudah, aman, nyaman dan mandiri. Persyaratan Teknis. (a) Fasilitas dan aksesibilitas</p>		

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
			meliputi toilet, tempat parkir, telepon umum, jalur pemandu, rambu dan marka, tangga, pintu, ram bagi disabel dan lanjut usia. (b) Penyediaan fasilitas dan aksesibilitas disesuaikan dengan fungsi, luas, dan ketinggian bangunan Puskesmas.		
Peraturan Bappenas 3/2021 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 70/2019 tentang Perencanaan, Penyelenggaraan, dan Evaluasi Terhadap Penghormatan, Perlindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Kebijakan III. Perluasan Kepesertaan dan Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional bagi Penyandang Disabilitas	Kebijakan II. Pencegahan dan intervensi dini layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas yang efektif dan komprehensif	Kebijakan I. Peningkatan Kemampuan Penyedia Layanan Kesehatan Untuk Memenuhi Kebutuhan Penyandang Disabilitas	Kebijakan I. Peningkatan Kemampuan Penyedia Layanan Kesehatan Untuk Memenuhi Kebutuhan Penyandang Disabilitas	
	Memperluas kepesertaan penyandang disabilitas sebagai penerima bantuan iuran JKN	Meningkatkan pelayanan seksual dan reproduksi penyandang disabilitas pada fasilitas pelayanan kesehatan	Memasukkan indikator pelayanan Penyandang Disabilitas dalam akreditasi fasilitas kesehatan.	Memberikan pelatihan sensitivitas disabilitas dan isu kesehatan penyandang disabilitas untuk meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan yang ramah disabilitas	
	Memastikan cakupan dari kepesertaan JKN dapat mengakomodir kebutuhan penyandang disabilitas	Meningkatkan layanan deteksi dini bagi ibu, anak, dan orang dewasa terhadap			

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
		potensi disabilitas (seperti kondisi kehamilan, low vision, kusta dan sebagainya)			
		Meningkatkan pemahaman terhadap hak seksual dan reproduksi bagi penyandang disabilitas			
		Kebijakan IV Penyelenggaraan Program GERMAS yang menjangkau disabilitas			
		Mendorong KL, pemerintah daerah, dan swasta untuk melibatkan disabilitas dalam kegiatan GERMAS			
Permenkes 3/2023 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional		Alat bantu kesehatan tidak masuk dalam kategori INA-CBGs menetapkan jenis dan tarif alat bantu			
Keputusan Menteri Kesehatan NOMOR HK.01.07/MENKES/1047/2024 tentang Standar Peralatan Terpadu dalam Rangka Penguatan Pelayanan kesehatan Primer pada Pusat		Mengatur ketersediaan pelayanan fisioterapi untuk penyandang disabilitas			

Kebijakan	Hak atau Prinsip Dasar Kesehatan untuk Disabilitas	Preventif, Promotif, Kuratif dan Rehabilitatif	Fasilitas Kesehatan Inklusif	Tenaga Kesehatan	Pemangku Kepentingan yang Terlibat
Kesehatan Masyarakat, Unit Pelayanan Kesehatan Desa/Kelurahan dan Pos Pelayanan Terpadu					

b. Level daerah

Provinsi/Kaupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA
DI Yogyakarta	Perda 5/2022 tentang Pelaksanaan Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Pasal 38 Upaya preventif pada disabilitas dilakukan dengan pencegahan terjadinya masalah kesehatan Identifikasi dan intervensi awal dalam pencegahan kondisi disabilitas lebih lanjut, termasuk mencegah disabilitas pada anak dan lansia	YA	Pasal 31 ayat 1 poin c menyediakan obat yang dan berkualitas untuk disabilitas	YA	Pasal 30 Tenaga kesehatan memiliki kompetensi untuk melakukan pelayanan terhadap disabilitas	YA	Pasal 29 Fasilitas pelayanan kesehatan dapat menerima, tidak diskriminasi, dan menyediakan akomodasi untuk penyandang disabilitas	YA	Pasal 34 ayat 1 Pemberian daerah memberikan jaminan kesehatan	YA	Pasal 31 ayat 1 poin c Menyediakan alat bantu yang aman dan berkualitas untuk penyandang disabilitas	YA
				Pasal 37 Upaya promotif untuk disabilitas dilakukan dengan penyebarluasan informasi sesuai dengan keragaman disabilitas dan penyebarluasan pencegahan disabilitas		Pasal 31 ayat 1 poin c menyediakan tenaga kesehatan yang dan berkualitas untuk disabilitas		Pasal 31 Menyediakan fasilitas non kesehatan untuk menunjang aktifitas di fasilitas kesehatan untuk disabilitas		Pasal 34 ayat 2 Disabilitas kesehatan diberikan jaminan kesehatan untuk memenuhi juga kebutuhan alat bantu sesuai kemampuan keuangan daerah			

Provinsi/Ka bupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA
						Pasal 32 Pemerintah memberikan pelatihan tenaga kesehatan agar mampu memberikan pelayanan untuk disabilitas		Pasal 31 ayat 2 Menyediakan rehabilitasi medis di fasilitas kesehatan yang diselenggarakan oleh penda untuk disabilitas				Pasal 1 Alat Bantu Kesehatan adalah benda yang berfungsi mengoptimalkan fungsi anggota tubuh Penyandang Disabilitas berdasarkan rekomendasi dari tenaga medis.	
						Pasal 39 Upaya kuratif dilakukan dengan penyediaan homecare, puskesmas keliling dari tenaga kesehatan							
						Pasal 40 Upaya kuratif melalui home care di fasilitas pelayanan kesehatan							

Provinsi/Kaupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA
	Pergub 7/2023 tentang Jaminan Kesehatan Semesta	Ayat (2) Pasal 9 Deteksi dini TORCH	YA	Ayat (2) Pasal 9 Posbindu TORCH dan Layanan homecare	YA		TIDAK						
Kota Yogyakarta	Perda 4/2019 tentang Pemajuan, Perlindungan, dan Pemenuhan Hak-hak Penyandang Disabilitas	Pasal 37 Pelayanan kesehatan melakukan kegiatan promotif deteksi dini penyandang disabilitas	YA	Pasal 37 Upaya promotif untuk disabilitas dilakukan dengan penyebarluasan informasi sesuai dengan keragaman disabilitas dan penyebarluasan pencegahan disabilitas	YA	Pasal 39 Tenaga kesehatan di Puskesmas melakukan perawatan rumah untuk disabilitas	YA	Pasal 41 Menyediakan petunjuk tertulis, suara untuk disabilitas sesuai ragam di fasilitas kesehatan. Menyediakan petugas untuk menjangkau penyandang disabilitas yang tidak dapat ke fasilitas kesehatan. Memberikan kewenangan untuk penyandang disabilitas mengurus administrasi melalui pendamping/keluarga/pengampu	YA	Pasal 41 Memberikan layanan administrasi prioritas untuk penyandang disabilitas. Memberikan kemudahan untuk disabilitas mengakses setiap unit di fasilitas kesehatan	YA	Tidak ada ketetapan tentang alat bantu dalam aspek kesehatan.	TIDAK

Provinsi/Ka bupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA
		Pasal 38 Upaya preventif pada disabilitas dilakukan dengan pencegahan terjadinya masalah kesehatan		Pasal 39 Upaya kuratif untuk disabilitas dilakukan dengan petugas kesehatan mendatangi disabilitas yang membutuhkan layanan dan memiliki indikasi medis Pelayanan kesehatan kuratif dapat dilakukan di Puskesmas atau perawatan rumah oleh tenaga kesehatan									
				Pasal 39 Pelayanan kesehatan memiliki standar pelayanan minimal yang berperspektif penyandang disabilitas									

Provinsi/Kaupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA
				Pasal 40 Upaya rehabilitatif dilakukan untuk mengoptimalkan fungsi tubuh dan/atau mental disabilitas melalui fisioterapi, pendampingan obat, psikolog dll. Pelayanan dapat dilakukan di Rs, Puskesmas dan perawatan rumah oleh nakes									
Kabupaten Bantul	Perda 3/2021 tentang Hak-hak Penyandang Disabilitas		TIDAK	Pasal 29 Penyandang disabilitas mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kondisi dan kebutuhan	YA		TIDAK	Pasal 31 Pelayanan kesehatan untuk penyandang disabilitas perlu meliputi pelayanan dasar dan spesialistik	YA	Pasal 31 ayat 2 Puskesmas diwajibkan untuk memberikan pelayanan kesehatan disabilitas yang sulit mobilitas	YA		TIDAK

Provinsi/Ka bupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA
				Pasal 30 Pemerintah daerah wajib memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) untuk disabilitas						Pasal 32 Pemerintah daerah menyediakan jaminan kesehatan sesuai kemampuan keuangan daerah			
Provinsi Bali	Perda 9/2015 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Pasal 39 Upaya preventif dilakukan untuk mencegah masalah kesehatan pada penyandang disabilitas	YA	Pasal 38 Upaya promotif penyebarluasan informasi tentang pencegahan penyandang disabilitas	YA	Pasal 36 Pelayanan kesehatan didasarkan pada prinsip mudah, aman, nyaman, cepat dan berkualitas	YA	Pasal 36 Pelayanan kesehatan didasarkan pada prinsip mudah, aman, nyaman, cepat dan berkualitas	YA	Pasal 36 Pelayanan kesehatan didasarkan pada prinsip mudah, aman, nyaman, cepat dan berkualitas	YA	Pasal 43 Pemerintah menjamin ketersediaan alat di faskes yang aman dan bermutu untuk disabilitas	YA

Provinsi/Ka bupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA
				Pasal 40 Upaya kuratif dilakukan melalui layanan homecare, pelayanan dasar dan tujuan dilakukan tenaga kesehatan		Pasal 40 ayat 4 Perawatan yang berkualitas dari tenaga kesehatan yang profesional Adanya upaya aktif untuk mendatangi penyandang disabilitas yang membutuhkan pelayanan sesuai indikasi medis		Pasal 43 Pemerintah menjamin ketersediaan obat di faskes yang aman dan bermutu untuk disabilitas		Pasal 46 Penyandang disabilitas memiliki hak untuk memiliki jaminan kesehatan			
				Pasal 41 Upaya rehabilitatif dapat dilakukan home care, pelayanan di faskes dasar dan rujukan		Pasal 43 Pemerintah menjamin ketersediaan tenaga di faskes yang aman dan bermutu untuk disabilitas							
				Pasal 42 Pelayanan rehabilitatif membutuhkan peran dari keluarga dan masyarakat									

Provinsi/Kaupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA
Kota Denpasar	Perda Kota Denpasar 11/2022 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Pasal 24 Deteksi dini penyandang disabilitas bagian dari promotif kesehatan	YA	Pasal 24 Upaya promotif dilakukan dengan penyebaran informasi tentang penyandang disabilitas, informasi kesehatan ke disabilitas dan penyuluhan deteksi dini penyandang disabilitas	YA	Pasal 26 ayat 4 Perawatan yang berkualitas dari tenaga kesehatan yang profesional Adanya upaya aktif untuk mendatangi penyandang disabilitas yang membutuhkan pelayanan sesuai indikasi medis	YA	Pasal 23 Menyediakan fasilitas kesehatan dan pelayanan yang ramah disabilitas, bermutu dan berkualitas sesuai kondisi penyandang disabilitas	YA	TIDAK	Pasal 28 Pemerintah menjamin ketersediaan alat di faskes yang aman dan bermutu untuk disabilitas	YA	
				Pasal 25 Upaya preventif dilakukan untuk pencegahan disabilitas mengalami masalah kesehatan melalui konsultasi yang mudah diakses		Pasal 28 Pemerintah menjamin ketersediaan tenaga di faskes yang aman dan bermutu untuk disabilitas		Pasal 28 Pemerintah menjamin ketersediaan obat di faskes yang aman dan bermutu untuk disabilitas					

Provinsi/Ka bupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA
				Pasal 26 Upaya kuratif dilakukan pemberian obat dan pelayanan di Puskesmas, pustu dan RS sesuai indikasi medis					Pasal 29 Menyediakan fasilitas khusus pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu Pelayanan khusus terdiri dari rawat jalan, inap, penunjang medik, non medik, administrasi dan pelayanan keliling/kunjungan rumah untuk disabilitas				
				Pasal 27 Upaya rehabilitatif dilakuakn melalui homecare dari puskesmas dan RS dengan dukungan keluarga dan masyarakat					Pasa 30 ayat 1 Fasilitas khusus rawat jalan adalah bentuk pengurangan waktu tunggu di sistem antrian khusus disabilitas				

Provinsi/Ka bupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA
				Pasal 28 Pelayanan kesehatan harur memiliki standar pelayanan miniman yang berprespektif penyandang disabilitas					Pasal 31 ayat 2 Fasilitas pelayanan penunjang berupa pendampingan untuk perawatan intensif pasien disabilitas. Penyediaan sistem administrasi khusus				
									Pasal 31 ayat 3 Fasilitas pelayanan administrasi dalam bentuk aksesibilitas pemberian informasi tentang tagihan pasien disabilitas sesuai ragam				

Provinsi/Kaupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA
Kabupaten Buleleng	Perda 2/2019 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas	Pasal 82 Deteksi dini disabilitas bagian dari upaya promotif	YA	Pasal 82 Upaya promotif untuk penyandang disabilitas dilakukan dengan penyebarnya informasi tentang disabilitas, pencegahan disabilitas, dan penyuluhan deteksi dini disabilitas	YA	Pasal 80 Pelayanan kesehatan penyandang disabilitas harus berprinsip pada kemudahan, kenyamanan, cepata, dan berkualitas	YA	Pasal 80 Pelayanan kesehatan penyandang disabilitas harus berprinsip pada kemudahan, kenyamanan, cepata, dan berkualitas	YA	Pasal 78 Memastikan pelayanan disabilitas dapat diterima oleh fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta tanpa diskriminasi	YA	Pasal 93 Pemerintah wajib menyediakan alat kesehatan untuk penyandang disabilitas di fasilitas kesehatan	YA
				Pasal 83 Upaya preventif dilakukan pada penyandang disabilitas untuk mencegah masalah kesehatan		Pasal 84 Pelayanan kesehatan untuk disabilitas harus dengan tenaga kesehatan yang profesional, ada upaya aktif petugas mendatangi disabilitas, dan terdapat dukungan dari keluarga dan masyarakat		Pasal 93 Pemerintah wajib menyediakan alat kesehatan untuk penyandang disabilitas di fasilitas kesehatan		Pasal 80 Pelayanan kesehatan penyandang disabilitas harus berprinsip pada kemudahan, kenyamanan, cepata, dan berkualitas		Pasal 12 Penyandang disabilitas berhak mendapatkan alat bantu kesehatan berdasarkan kebutuhan	

Provinsi/Ka bupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA
				Pasal 84 Upaya kuratif dilakukan dengan cara memberikan layanan dan pengobatan dapat dilakukan di luar ruangan atau di luar fasilitas kesehatan dan di dalam ruangan atau di dalam fasilitas kesehatan sesuai indikasi medis		Pasal 91 Pemerintah Daerah berkewajiban menyediakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam pelayanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas dari fasilitas kesehatan tingkat pertama sampai ke tingkat lanjut.		Pasal 92 Pemerintah Daerah Berkewajiban menjamin ketersediaan perbekalan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas.		Pasal 90 Pemerintah daerah menjamin pelayanan kesehatan untuk penyandang disabilitas melalui program jaminan kesehatan nasional			
				Pasal 85 Upaya kuratif merupakan pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar dan dalam ruangan. Pelayanan khusus dapat dilayani di rumah sakit		Pasal 94 Pemerintah Daerah Berkewajiban menyelenggarakan pelatihan tenaga kesehatan di wilayahnya agar mampu memberikan pelayanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas.							

Provinsi/Ka bupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA
Provinsi Nusa Tenggara Timur	Perda 6/2022 tentang pemberday aan dan pemenuhan hak penyandang g disabilitas		TIDAK	Pasal 66 Menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan ragam disabilitas	YA	Pasal 64 menyediakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam pelayanan kesehatan untuk disabilitas	YA	Pasal 68 menyediakan alat non kesehatan yang dibutuhkan oleh Penyandang Disabilitas di fasilitas pelayanan kesehatan.	YA	Pasal 63 Memastikan pelayanan disabilitas dapat diterima oleh fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta tanpa diskriminasi	YA	Pasal 15 Penyandang disabilitas berhak mendapatkan alat bantu kesehatan berdasarkan kebutuhan	YA
				Pasal 67 Menyediakan layanan rehabilitasi medis sesuai ragam disabilitas dan kebutuhan		Pasal 60 Pelatihan untuk tenaga kesehatan disesuai dengan ragam disabilitasnya						Pasal 1 Alat Bantu Kesehatan adalah benda yang berfungsi mengoptimalkan fungsi anggota tubuh Penyandang Disabilitas berdasarkan rekomendasi dari tenaga medis.	
						Pasal 69 Wajib menyelenggarakan pelatihan tenaga kesehatan bagi tenaga kesehatan agar mampu memberikan pelayanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas.							

Provinsi/Kaupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA	Kuotasi	TIDAK/YA
Kota Kupang	Perda 2/2019 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas		TIDAK	Pasal 29 Mendapatkan pelayanan kesehatan berkualitas sesuai kondisi dan kebutuhan individu penyandang disabilitas	YA	Pasal 29 aya 3 Mendapatkan pelayanan kesehatan dengan sumber daya manusia yang berkualitas	YA	Pasal 29 aya 3 Mendapatkan pelayanan kesehatan dengan fasilitas kesehatan yang berkualitas	YA	Pasal 29 Mendapatkan jaminan kesehatan	YA	Pasal 29 aya 3 Mendapatkan pelayanan kesehatan dengan alat kesehatan yang berkualitas	YA
				Pasal 30 Pelayanan kuratif dan rehabilitatif penyandang disabilitas meliputi pelayanan rumah, pelayann dasar dan pelayan rujukan		Pasal30 ayat 2 Perawat penyandang disabilitas harus dilakukan dengan tenaga profesional dan ada upaya aktif untuk mendatangi penyandang disabilitas yang membutuhkan pelayanan sesuai indikasi medis							
				Pasal 30 ayat 2 Pelayanan kesehatan harus memiliki standar pelayanan minimal yang berperspektif									

Provinsi/Ka bupaten	Bentuk Kebijakan	Penyediaan Deteksi Dini		Penyediaan Layanan Promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitatif khusus		Sensitivitas Tenaga Kesehatan		Penyediaan Sarana-prasarana inklusif di faskes		Penyediaan akses layanan kesehatan khusus		Penyediaan Alat Bantu	
		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi		Kebijakan/Regulasi	
		Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK /YA	Kuotasi	TIDAK/ YA	Kuotasi	TIDAK /YA
				penyandang disabilitas									
				Pasal 47 Pelayanan rehabilitasi medik berupa pelayanan dokter, psikologi, fisioterapi, okupasi, terapi wicara, pemberian alat bantu atau pengganti								Pasal 47 Pemberian alat bantu merupakan bagian dari rehabilitasi medik	

INKLUSI | **Kemitraan Australia - Indonesia
Menuju Masyarakat Inklusif**



**Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada**

