

## **Akses dan informasi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas**

### ***Access and information for disable women in reproduction and sexuality well-being services***

**Tri Joko Sri Haryono, Sri Endah Kinasih, Siti Mas'udah**

Antropologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga

Korespondensi: Departemen Antropologi, FISIP, UNAIR, jalan Airlangga 4-6 Surabaya 60286, Indonesia. E-mail: trijoko\_unair@gmail.com, tsharyono@fisip.unair.ac.id

#### ***Abstract***

The issue of women with disabilities is still rarely studied and published in the community, especially regarding to the issues of sexual violence for women with disabilities. This study provides a recommendation for both central and local governments (especially in East Java) to accomodate reproductive health services for women with disabilities. Since The Convention on the rights of persons with disabilities through the Law no.19 in 2011, the government had not taken any action at all. Therefore, it was necessary to establish a more implementative model policy for the community. The purpose of this research acted as a reference to make an effective, efficient, and right-on-target reproductive health policy. The recommendation made in this study was expected to be a reference for various parties, including the government, in order to design a more concrete and proactive steps to overcome reproductive health issue for women with disabilities in Indonesia, and also to build strategies which unite communities with different backgrounds. In order to obtain empirical data and information, this study used descriptive research with qualitative approach. Several steps taken were (1) determining the location of the study purposively in 33 sub-districts of Malang regency: in clinic, health, education, and social department, boarding school, Bhakti Luhur, P2TP2A, and local NGOs. Malang regency was chosen because (a) it was the only city which starts concerning sexuality and reproductive health of women with disabilities issues; (b) The sex ratio in 2010 was around 98,78%, which meant that the number of females was significantly larger than males. As seen from the population density of 33 sub-districts of Malang, the majority of women had high density above 2000/km<sup>2</sup>. It implied that poverty was mostly suffered by women; (c) the number of reproductive health issues for women with disabilities was quite a lot, because it was regarded as a taboo. (2) Data Collection: observation, indepth interview, and FGD. The result of this study indicated that there were still a lot of women with disabilities who did not understand about taking care of their reproductive organs, and thus impacting their health. The control over their reproductive organs was still low, which makes many of them suffered from sexual violences that lead to unwanted pregnancies. Some cases found during the study showed that women with disabilities who became sexual violence victims did not get proper justice, because their statements were not legally accepted, and it was also reinforced by the communities' stigma which called person with mental disabilities as a psycho.

***Keywords:*** model policy, poverty, reproductive health services

#### ***Abstrak***

Permasalahan mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas (*different ability*) hingga saat ini masih menyisakan berbagai perdebatan terutama apabila dikaitkan dengan kebijakan negara dalam merespon isu ini. Di satu sisi, meskipun negara telah meratifikasi konvensi mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas melalui UU No.19 tahun 2011, namun implementasi dari regulasi ini masih jauh dari efektif. Masalah Penelitian ini meliputi: 1). Apa saja persoalan seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas? 2). Bagaimana akses dan informasi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam pelayanan seksualitas dan kesehatan reproduksi selama ini bagi masyarakat di Kabupaten Malang? 3). Bagaimana peran puskesmas sebagai pelayanan kesehatan reproduksi yang memberikan informasi tentang masalah seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas? Serta program-program apa saja yang bisa dilayani di puskesmas setempat. Pengumpulan Data: Pengamatan, *Focus Group Discussion* (FGD), dan wawancara mendalam. Penentuan Informan meliputi perempuan-perempuan penyandang disabilitas dan mempunyai masalah dengan seksualitas, kesehatan reproduksi serta

mengalami kekerasan seksualitas (pelecehan seks dan pemerkosaan). Data yang terkumpul diklasifikasikan dan diidentifikasi dengan memberikan makna pada tema dan sub tema serta mencari hubungan antar data kemudian dianalisa. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa masih banyak wanita penyandang disabilitas yang tidak mengerti bagaimana merawat organ reproduksi, sehingga berpengaruh pada kesehatannya. Kontrol terhadap organ reproduksi masih sangat rendah, sehingga mereka mengalami kekerasan seksual yang menyebabkan kehamilan yang tidak dikehendaki. Beberapa kasus dalam penelitian ini menunjukkan bahwa penyandang disabilitas yang mengalami kekerasan seksual tidak mendapatkan keadilan, karena pernyataan mereka tak dapat diterima secara hukum legal, dan ini diperkuat oleh stigma masyarakat yang memberi cap pada mereka sebagai orang gila.

**Kata kunci:** model kebijakan, kemiskinan, jasa kesehatan reproduksi

## Pendahuluan

Permasalahan mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas (*different ability*) hingga saat ini masih menyisakan berbagai perdebatan terutama apabila dikaitkan dengan kebijakan negara dalam merespon isu ini. Di satu sisi, meskipun negara telah meratifikasi konvensi mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas melalui UU No.19 tahun 2011, namun implementasi dari regulasi ini masih jauh dari efektif.

Dalam UU tersebut, secara eksplisit dijelaskan adanya kewajiban bagi negara dan masyarakat agar tidak melakukan diskriminasi terhadap penyandang disabilitas, baik perempuan maupun anak, menjamin partisipasi penyandang disabilitas dalam segala aspek kehidupan, seperti pendidikan, kesehatan, pekerjaan, politik, olahraga, seni, dan budaya, serta pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi. Namun dalam faktanya di lapangan, penyandang disabilitas masih kesulitan untuk dapat memperoleh dalam bidang pendidikan, pekerjaan, politik, olahraga, seni, dan budaya, apalagi berupa kesehatan.

Bidang kesehatan semakin sulit didapat terutama bagi kelompok perempuan penyandang disabilitas. Tentu saja permasalahan menjadi semakin kompleks, mengingat perempuan yang disabilitas mengalami stigmatisasi ganda, yaitu sebagai perempuan, dan juga sebagai disabilitas. Sehingga kelompok ini perlu untuk mendapat perhatian khusus karena sangat rentan mengalami berbagai bentuk kekerasan dan diskriminasi terutama berkaitan dengan seksualitas dan kesehatan reproduksi.

Para aktivis gerakan penyandang cacat memperkenalkan istilah disabilitas sebagai ganti penyandang cacat yang secara kontekstual bersifat diskriminatif. Istilah disabilitas diperkenalkan pada 1998 merupakan singkatan dari frasa dalam Bahasa Inggris *different ability people*. Istilah disabilitas lebih mengacu kepada pembedaan kemampuan, bukan lagi kepada kecacatan atau ketidaksempurnaan.

Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities*) sebagaimana telah disahkan oleh Majelis Umum PBB melalui Resolusi No A/61/06 pada Desember 2006, mulai berlaku di Indonesia pada tanggal 10 November 2011. Pemberlakuan ini ditetapkan melalui Undang-undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas. Konvensi ini merupakan bagian penting dari kerangka kerja hak asasi manusia (HAM) di Indonesia, dan meneguhkan hak untuk bebas dari berbagai bentuk diskriminasi serta hak yang sama untuk menikmati hak-hak lainnya sebagaimana telah dijamin dalam konstitusi Indonesia.

Data statistik mengenai jumlah penyandang disabilitas di dunia merupakan salah satu potret yang menunjukkan betapa isu disabilitas penting untuk dijadikan agenda bersama. *Disabled Peoples' International Asia Pasific* (DPIAP) menyebutkan lebih dari 665 juta orang di dunia adalah orang dengan disabilitas. Artinya lebih dari 15% dari populasi dunia menyandang disabilitas. PBB mencatat ada sekitar 60% dari 650 orang dengan disabilitas di seluruh dunia tinggal di kawasan

Asia dan Pasifik, sedangkan *UN Department of Economic and Social Affairs* dalam lembar infonya menyebutkan 80 persen orang dengan disabilitas hidup di pedesaan dengan kondisi miskin (N.N. 2010:1).

Di Indonesia, mendapati jumlah pasti orang dengan disabilitas bukanlah perkara mudah. Kementerian Sosial diperkirakan sebesar 3,11%, sedangkan menurut data Kementerian Kesehatan jumlahnya 6%. Data BPS menyebutkan penduduk difabel di Indonesia sebanyak 2.126.785 (BPS Susenas 2009). Selain itu, paradigma malu dan aib bila ada anggota keluarga menyandang disabilitas membuat pihak keluarga cenderung menutupi kenyataan tersebut dari publik, dan menutup akses bagi pendataan.

Catatan WHO melaporkan bahwa rata-rata 10% dari jumlah penduduk di negara-negara berkembang termasuk Indonesia mengalami difabilitas. Maka Indonesia yang jumlah penduduknya sekarang mencapai 200 juta orang, sekitar 20 juta orang penduduknya adalah difabel. Apabila mengacu perbandingan laki-laki perempuan (1:3) maka kira-kira akan terdapat angka 13,7 juta orang perempuan disabilitas (Roosmawati 2012:1).

Bagi perempuan yang hidup dengan disabilitas, bentuk diskriminasi dan kekerasan yang mereka alami menjadi berlapis. Artinya diskriminasi dan kekerasan yang mereka alami tidak hanya karena mereka adalah penyandang disabilitas, tapi juga karena identitas mereka sebagai perempuan, yang sebagian besar dari mereka hidup dengan kemiskinan.

Kemiskinan dan difabilitas merupakan dua hal yang saling terkait bagaikan sebuah siklus. Kemiskinan membuat orang miskin beresiko mengalami difabilitas karena kekurangan nutrisi, tidak adanya layanan kesehatan yang memadai, minimnya akses dan informasi terkait dengan seksualitas dan kesehatan reproduksi.

Menurut Data dan Informasi Kemiskinan yang dipublikasi oleh Badan Pusat Statistik-Jakarta (2011) bahwa jumlah penduduk miskin di Indonesia pada September 2011 sebesar 29,89 juta orang (12,36%) dibandingkan dengan penduduk miskin pada Maret 2011 yang berjumlah 30,02 juta (12,49%), jumlah penduduk miskin berkurang 0,13 juta orang selama enam bulan tersebut.

Selama periode Maret 2011–September 2011, penduduk miskin di daerah perkotaan dan pedesaan masing-masing turun 0,14% dan 0,13%. Pada periode tersebut, penduduk miskin di daerah perkotaan berkurang 0,09 juta orang, sementara di daerah pedesaan berkurang 0,04 juta orang. Persentase penduduk miskin antara daerah perkotaan dan pedesaan tidak banyak berubah dari Maret 2011 ke September 2011. Pada Maret 2011, sebagian besar (15,72%) penduduk miskin berada di daerah pedesaan. Begitu juga pada September 2011, yaitu sebesar 15,59%. Dilihat dari jumlah penduduk, sebagian besar penduduk miskin berada di Pulau Jawa (16,74 juta orang).

Sedangkan kemiskinan di Kabupaten Malang masih relatif tinggi. Hal ini nampak dari jumlah penduduk miskin yang pada tahun 2011 di Kabupaten Malang mencapai 155.755 jiwa, yang sebagian besar tersebar di daerah Selatan. Pemicu kemiskinan sendiri karena di Malang selatan sebagai kantong kantong yang rawan pangan (Surabaya Post 5 Agustus 2012). Menurut data Dinas Sosial di Kabupaten Malang dari jumlah penduduk miskin itu terbagi tiga kategori. Untuk kategori masyarakat sangat miskin 24.236 jiwa (3,9%), masyarakat miskin 64.476 jiwa (10,34%) dan masyarakat hampir miskin 68.0392 jiwa (11,14%) (Badan Pusat Statistik 2011).

Di Kabupaten Malang perempuan dan anak disabilitas cukup tinggi meskipun sampai saat ini belum terdata. Memang di Kabupaten Malang terdapat yayasan terbesar menampung perempuan penyandang disabilitas bagi masyarakat kurang mampu adalah Bhakti Luhur. Namun masih banyak masyarakat Kabupaten Malang yang enggan atau memang kurang mendapatkan informasi terkait dengan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas. Hal ini disebabkan transportasi publik yang memperhatikan kebutuhan kelompok disabilitas belum tersedia. Ketika perempuan penyandang disabilitas mengalami kekerasan seksual, baru mereka dirujuk ke Pusat

Pelayanan Terpadu Perlindungan Perempuan dan Anak (P2TP2A) Kabupaten Malang. Selama tahun 2012 P2TP2A, menerima 7 kasus perempuan penyandang disabilitas mengalami kekerasan seksual. Persoalannya P2TP2A tidak bisa berbuat banyak, yang lebih hanya menekankan pada konseling dan proses medis. Hal inilah persoalan seksualitas dan kesehatan reproduksi kurang mendapat perhatian dari pemerintah pusat maupun daerah. Mengingat perempuan penyandang disabilitas sangat rawan akan mendapat perlakuan kekerasan seksual dari orang lain.

Masalah Penelitian ini meliputi 1) apa saja persoalan seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas, 2) bagaimana akses dan informasi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam pelayanan seksualitas dan kesehatan reproduksi selama ini bagi masyarakat di Kabupaten Malang, 3) bagaimana peran puskesmas sebagai pelayanan kesehatan reproduksi yang memberikan informasi tentang masalah seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas. Selain hal tersebut di atas, program-program apa saja yang bisa dilayani di puskesmas setempat.

## Metode Penelitian

Dalam rangka mendapatkan data dan informasi yang empirik, maka penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Ada beberapa tahapan yang digunakan dalam penelitian, sebagai berikut: (1) Penentuan lokasi penelitian: ditentukan secara *purposive* di daerah Kabupaten Malang (mendata jumlah perempuan penyandang disabilitas yang berada di 33 kecamatan Kabupaten Malang, di Puskesmas, Dinas Kesehatan, Diknas, Dinsos, pondok pesantren, Bhakti Luhur, P2TP2A maupun LSM setempat). Pertimbangan yang diambil dalam menetapkan di Kabupaten Malang sebagai lokasi penelitian adalah Kabupaten Malang adalah satu-satunya kabupaten yang sudah mulai concern dengan masalah seksualitas dan kesehatan reproduksi terutama perempuan penyandang disabilitas. Sex ratio Kabupaten Malang pada tahun 2010 sekitar 98,78% yang berarti penduduk perempuan lebih banyak dibanding penduduk laki-laki. Dilihat dari tingkat kepadatan penduduk per kecamatan dari 33 wilayah kecamatan di Kabupaten Malang yang memiliki kepadatan tinggi diatas 2000 per/km<sup>2</sup> adalah mayoritas perempuan. Artinya kemiskinan di Kabupaten Malang banyak diderita oleh kaum perempuan. Selain itu, masalah kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas cukup banyak, karena selama ini selalu terbungkam dikarenakan sebagai hal yang tabu untuk dibicarakan. (2) Pengumpulan Data: (a). Pengamatan atau *Observation*. Suatu teknik yang mengharuskan saya tinggal dan hidup ke dalam berbagai aktifitas dan kehidupan masyarakat setempat. Dalam pengamatan dapat dilakukan interaksi sosial untuk menemukan masalah kesehatan reproduksi perempuan penyandang disabilitas. Selain pengamatan, *Focus Group Discussion* (FGD) mengenai bagaimana akses mereka dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan wacana dan respon dari Puskesmas, Dinas Kesehatan, Diknas, Dinsos, pondok pesantren, Bhakti Luhur, P2TP2A maupun LSM setempat terhadap masalah kesehatan reproduksi perempuan disabilitas dan (b). Wawancara Mendalam atau *indepth interview*. Wawancara ini merupakan sumber data primer. Data primer diperoleh dari masyarakat dan pemerintah pada level kampung/desa hingga kabupaten. Data primer yang dikumpulkan meliputi data perempuan penyandang disabilitas di Kabupaten Malang, perempuan difabel yang mengalami kekerasan seksual, prosedur pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas ketika mengalami kekerasan seksual, bagaimana peran pemerintah daerah dalam memberikan akses dan informasi bagi perempuan difabel (3) Penentuan Informan meliputi: Perempuan penyandang disabilitas dan mempunyai masalah dengan seksualitas, kesehatan reproduksi serta mengalami kekerasan seksual (pelecehan seks dan pemerkosaan). Puskesmas, Dinas Kesehatan, Diknas, Dinsos, pondok pesantren, Bhakti Luhur, P2TP2A maupun LSM setempat yang mempunyai wacana dan merespon terhadap masalah seksualitas, kesehatan reproduksi serta mengalami kekerasan seksual (pelecehan seks dan pemerkosaan). (4) Analisa data: data yang terkumpul kemudian diklasifikasikan dan diidentifikasi dengan memberikan makna pada tema dan sub tema serta mencari hubungan antar data kemudian dianalisa.

## Hasil dan Pembahasan

### Persoalan seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas

*Convention on the Rights of Persons with Disabilities* diterjemahkan menjadi Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas (Hak-Hak Penyandang Disabilitas, Kementerian Sosial RI 2011), merumuskan penyandang disabilitas sebagai "orang-orang yang memiliki kerusakan atau kelainan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu lama yang berinteraksi dengan berbagai hambatan yang dapat menyulitkan partisipasi penuh dan efektif dalam masyarakat berdasarkan kesamaan hak dengan orang lain". Di Indonesia, mereka ini lebih dikenal dengan sebutan penyandang cacat sebagaimana disebutkan dalam Undang-Undang No.4 tahun 1997, yaitu setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan/atau mental yang dapat mengganggu atau merupakan hambatan baginya untuk melakukan kegiatan secara selayaknya. Penyandang cacat ini terdiri dari: a. Penyandang cacat fisik, b. Penyandang cacat mental, c. Penyandang cacat fisik dan mental.

Perempuan difabel bisa dikatakan sebagai kelompok penyandang disabilitas yang mempunyai hambatan berlapis-lapis dibanding dengan lelaki penyandang disabilitas. Ia tidak saja mengalami hambatan karena disabilitas yang disandangnya, tetapi sebagaimana juga kebanyakan perempuan lainnya, ia mengalami diskriminasi dan stereotipe perempuan pada umumnya. Misalnya dengan anggapan tidak berdaya, selalu tergantung pada orang lain, dan tidak bisa membuat keputusan. Perempuan dengan disabilitas bahkan dipandang tidak mampu menjadi istri dan ibu bagi anaknya. Sebut saja Undang-Undang No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan yang menyatakan bahwa pengadilan dapat mengizinkan suami beristri lebih dari satu apabila istri mendapat cacat badan atau penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Selain itu, Peraturan Pemerintah No. 9 Tahun 1975 tentang pelaksanaan Undang-Undang No.1 tahun 1974 tentang Perkawinan menyebutkan bahwa perceraian dapat terjadi karena alasan salah satu pihak mendapat cacat badan atau penyakit dengan akibat tidak dapat menjalankan kewajiban sebagai suami/istri.

Pemerintah Indonesia sendiri telah mengeluarkan Undang undang (UU) Nomor 4 tahun 1997 tentang difabel. Meskipun di satu sisi telah mengakomodasi banyak kebutuhan difabel seperti hak-hak asasi manusia, namun UU itu belum mengatur masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan seksualitas.

Bisa jadi sikap penerimaan itu karena kepasrahan akan kondisi ekonomi yang tidak memungkinkan untuk membiayai perawatan kesehatan. Secara umum, biaya hidup penyandang disabilitas lebih tinggi dari non-penyandang disabilitas sebagaimana yang dilaporkan WHO dan Bank Dunia (WHO 2011). Dapat dibayangkan jika penyandang disabilitas termasuk dalam kategori miskin, yang untuk biaya hidup sehari-hari sebagaimana standar hidup orang kebanyakan sulit terpenuhi. Bagaimana mereka memenuhi tambahan biaya berkenaan dengan disabilitas yang disandangnya.

Kesehatan reproduksi lebih sering dipandang sebagai hal yang berkaitan dengan aktivitas seksual (*sexual intercourse*) dan proses persalinan. Aktivitas seksual ini diasosiasikan dengan kemolekan atau keindahan ragawi yang menimbulkan kegairahan atau ketertarikan lawan jenis. Perempuan dengan disabilitas sering dianggap tidak memiliki kedua hal itu, sehingga mereka dianggap tidak mampu melakukan aktivitas seksualnya.

Sesungguhnya, kesehatan reproduksi mempunyai makna yang lebih luas. Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 72 ayat (1) menyatakan bahwa kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh, dan tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.

Pada perempuan penyandang disabilitas intelektual berat (idiot) dan penyandang gangguan mental, masa menstruasi juga merupakan masa yang sulit. Mereka bukan saja tidak tahu bagaimana mengelola saat menstruasi tiba seperti profil Yu.

*"Yu merupakan kaum difabel yang menjadi korban kekerasan. Ibunya bekerja sebagai pemulung dan ayahnya bekerja sebagai sopir taxi (saat wawancara sudah tidak berkerja karena kena penyakit liver). Kondisi rumahnya 6 x 6 yang dibangun oleh kepala desa setempat dan tanahnya milik penduduk. Bangunan rumahnya dari bambu (gedhek).*

*Yu terlahir sebagai anak perempuan normal. Di usia 14 tahun Yu mengalami kesurupan. Semenjak saat itu Yu mulai sakit-sakitan dan tidak normal lagi. Semua kyai, orang pintar dan dukun yang memeriksa Yu mengatakan bahwa ia ketempelan mahluk gaib. Yu sering mendengarkan panggilan gaib dari Nyi Loro Kidul dan Nyi Blorong. Saat itu juga Yu mengalami menstruasi. Namun Yu tidak paham arti menstruasi dan mengapa itu terjadi. Tidak jarang, pembalut yang dikenakan pada mereka ditanggalkan begitu saja.*

*Ketika Yu yang masih berusia 16 tahun diperkosa oleh tetangganya sendiri dengan ancaman ia akan dibunuh. Pemerkosaan terjadi empat kali. Dua kali di rumah tetangga yang kosong, dua kali disemak-semak. Memang di lokasi wilayah Bedali (nama daerah di Kabupaten Malang) masih jarang penduduk, jarang ada penerangan jalan (malam hari gelap gulita), banyak rawa-rawa dan tanaman tebu.*

*Ibu Yu merasa ada yang aneh pada anaknya karena perutnya membesar. Setiap bulan, Yu selalu rutin menstruasi, karena saat menstruasi yang menggantikan pembalut adalah ibunya. Sang ibu pun bertanya kepada Yu kenapa kamu tidak menstruasi dan perutnya membesar. Yu tidak bisa menjawab karena Yu memang tidak mengerti tentang menstruasi dan kehamilan. Ibupun memeriksakannya ke dokter. Ternyata Yu sedang mengandung 3 bulan. Kandungan Yu sudah termasuk tua dan bahaya jika digugurkan, keluarga pun setuju mempertahankan kehamilan Yu".*

Dari kasus tersebut, perempuan penyandang disabilitas sangat rawan akan perlakuan kekerasan seksual dari orang lain. Pelecehan terhadap anak-anak *disable* sering terjadi. Kekerasan terhadap anak perempuan *disable* juga sangat beragam seperti temuan kasus di lapangan. Para korban (temuan di lapangan ada lima perempuan penyandang disabilitas) di Kabupaten Malang banyak yang menjadi korban kekerasan seksual, baik pelecehan seksual, perkosaan, bahkan menjadi "addicted" dengan perilaku seksual yang dialaminya, oleh orang terdekatnya, baik masih keluarga maupun pekerja di rumah keluarga tersebut. Satu hal yang pasti adalah penduduk difabel adalah salah satu yang termiskin dari yang miskin. Tanpa pemenuhan kebutuhan dasar yang memadai, difabel tidak memiliki posisi tawar yang memadai untuk membantu mereka keluar dari kemiskinannya.

Difabilitas masih jarang dijadikan sebagai bahan perbincangan dalam isu gender dan kemiskinan. Banyak orang yang masih berfikir bahwa isu disabilitas hanya sebatas persoalan difabilitas dan perawatannya. Padahal difabilitas merupakan salah satu sumber diskriminasi dan subordinasi.

Kemiskinan berawal dari keluarga, masyarakat dan negara yang disebabkan masih kuatnya stigma mereka terhadap eksistensi difabel. Stigma bahwa difabel adalah orang yang lemah, sakit, tidak berdaya, tidak mampu bekerja dan tidak bisa mandiri membuat difabel sulit keluar dari lingkaran kemiskinan yang menjeratnya.

Secara umum Penyandang Disabilitas di seluruh dunia menghadapi tantangan yang sama. Di dalam keluarga, penyandang disabilitas sangat tergantung bagaimana keluarga memperlakukan kehidupannya sehari-hari. Keluarga merupakan tonggak utama dalam pertumbuhan jiwa dan perkembangan kapasitas. Jika keluarga tidak memiliki wawasan bagaimana memperlakukan anaknya yang disabilitas, sangat mungkin si penyandang disabilitas tidak akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagaimana mestinya.

Kemiskinan yang menjadi dampak terbesar terjadinya disabilitas. Sejak dalam kandungan sudah tidak terawat sebagaimana mestinya, saat lahir tidak mendapatkan pelayanan yang baik, Setelah lahir kurang mendapat asupan makanan sesuai kebutuhan pertumbuhan. Penyandang disabilitas menghadapi persoalan di Kabupaten Malang, meskipun Kabupaten Malang menjadi Kota Layak Anak. Persoalan-persoalan tertentu masih tetap tidak teridentifikasi atau terungkap karena rasa malu atau kekhawatiran berlebihan.

### **Akses dan informasi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam pelayanan seksualitas dan kesehatan reproduksi**

Pemerintah Indonesia telah meratifikasi Konvensi Penyandang Disabilitas ke dalam Undang-undang Nomor 19 tahun 2011. Sebelumnya pemerintah telah mengesahkan Undang-undang No. 4 tahun 1997 tentang Penyandang Cacat. Undang-undang ini kemudian dijabarkan melalui berbagai macam peraturan pemerintah hingga menteri sebagai petunjuk pelaksanaannya. Bagi para pegiat gerakan difabel pengesahan Konvensi Penyandang Disabilitas sebagai undang-undang merupakan angin segar bagi pemenuhan hak-hak difabel di Indonesia setelah undang-undang tentang Penyandang Cacat dianggap sebagai undang-undang yang diskriminatif terhadap difabel. Kabupaten Malang telah memiliki Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 11 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pemenuhan Hak Anak. Sayangnya, segala bentuk peraturan perundangan maupun PERDA yang ada masih sebatas di atas kertas.

Sikap pemerintah terhadap difabel pun masih mendua. Di satu sisi diakui adanya kesamaan hak antara difabel dan non difabel namun di sisi lain masih menempatkan difabel sebagai bagian dari PMKS (Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial). Difabilitas masih dianggap sebagai masalah kesejahteraan belaka sehingga isu-isu difabilitas masih menjadi porsi dinas sosial saja. Padahal secara tegas dan jelas disebutkan dalam undang-undang yang ada bahwa masalah difabel bukan hanya masalah difabilitas dan kesejahteraan tetapi difabel juga membutuhkan pendidikan, pekerjaan, kesehatan, kehidupan sosial, dan juga kemandirian. Semua kebutuhan difabel tidak akan pernah bisa selesai jika persoalan difabel hanya diurus oleh dinas sosial saja. Persoalan difabel merupakan persoalan yang multi sektor dan membutuhkan koordinasi lintas instansi untuk menyelesaikannya. Mainstreaming merupakan salah satu strategi agar masalah difabel dan difabilitas bisa teratasi dan difabel dapat menikmati hak-haknya yang berarti juga meningkatkan kualitas hidupnya.

Mainstreaming isu difabilitas menjadi sebuah hal yang mendesak untuk dilakukan agar masalah difabel masuk dalam program semua departemen dan dinas. Tanpa mainstreaming isu difabilitas akan sangat sulit untuk memastikan bahwa program-program pengentasan kemiskinan dan pemberdayaan masyarakat dapat diakses oleh difabel. Akses yang minim membuat proses pengentasan kemiskinan bagi difabel sulit tercapai untuk mengentaskan difabel dari kemiskinan yang telah tersistematis sejak lama.

Peraturan terbaru yang diterbitkan oleh Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 23 Tahun 2010 tentang Pembentukan Pusat Informasi dan Konsultasi Bagi Perempuan Penyandang Cacat (PIKPPC). PIKPPC menjadi peluang bagi perempuan difabel untuk mendapatkan perlindungan dan pelayanan informasi dan konsultasi tentang hak-haknya. Peluang ini juga merupakan jawaban atas kebutuhan di masyarakat yang selama ini sulit mendapatkan informasi dan konsultasi tentang difabilitas, perawatan dan penanganannya, pendidikan, kesempatan kerja magang maupun pelatihan. Peraturan terbaru ini diharapkan mewujudkan hak-hak difabel dan merubah kualitas hidup difabel menjadi lebih berkualitas untuk bisa berperan dan berpartisipasi dalam pembangunan.

Bagi orangtua yang memiliki remaja berkebutuhan khusus, fenomena ini harus disikapi dengan bijak. Seringkali pihak orangtua berpikir bahwa karena mereka remaja berkebutuhan khusus maka

mereka tidak memerlukan pengetahuan seks. Padahal, harus disadari bahwa bagaimanapun para remaja itu juga memiliki kebutuhan alamiah untuk mengetahui seluk-beluk seks.

Rasa khawatir orangtua semakin kuat saat informasi seks bertabrakan dengan budaya dan mitos, sehingga mereka menjadi *overprotective*. Sebagian orangtua dilarang anak mereka berkontak langsung dengan masyarakat. Alasannya, takut anaknya diperkosa atau menjadi korban pelecehan seksual. Orangtua khawatir, bagaimana putra-putri mereka kelak dapat mengurus anak yang mereka lahirkan kalau mengurus diri sendiri saja tidak bisa. Tindakan itu jelas akibat keterbatasan pengetahuan.

Sesungguhnya banyak orangtua berharap agar anak-anak khusus ini mendapat pendidikan seks yang sesuai. Sayang harapan mereka tak mendapat sambutan dari pihak-pihak yang ikut bertanggung jawab untuk perkembangan anak, seperti lembaga pendidikan dan lembaga psikologi. Bahkan masih sedikit pula lembaga yang bergerak dalam bidang disabilitas yang memperhatikan pendidikan seks dan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.

Seorang ibu yang anak gadisnya (seperti profil Yu) merasa tak enak hati karena tak pernah tahu kapan pertama kali anak gadisnya mendapatkan menstruasi. Tiba-tiba suatu hari, ia melihat baju anak gadisnya sudah terkena bercak darah, darah berantakan menetes di lantai. Dengan alasan tidak mau merepotkan yang lain, semua dibersihkan oleh ibunya, anak cuma diam, tanpa ada penjelasan pengetahuan, secepat kilat semuanya sudah kembali bersih, anak sudah berganti baju, lantai sudah dibersihkan.

Perlakuan orangtua hanya akan membuat anak terus bertanya-tanya apa yang terjadi pada dirinya; mengapa vaginanya bisa mengeluarkan darah, mengapa di celana dalamnya dipasang sesuatu, benda apa itu, untuk apa. Tanpa disadari orangtua, si anak memendam berjuta-juta pertanyaan namun tak tahu bagaimana menyampaikannya.

Ada pula orangtua yang sudah berniat tidak akan menikahkan anaknya yang memiliki disabilitas; cukup keluarga yang mengurus anaknya. Hal ini karena sang ibu terus khawatir dengan kebersihan toilet putrinya, panik bila gadisnya akan mendapat menstruasi. Kekhawatiran orangtua sebetulnya bisa diatasi dengan mempersiapkan anaknya menjadi remaja yang mandiri sejak dini. Dalam hal pendidikan seksual, orangtua bisa mendidik anaknya dengan teknik modeling (mencontohkan) yang berulang.

Penyandang disabilitas sangat kurang mendapatkan akses informasi seksual, meski sesungguhnya setiap orang berhak mendapatkan informasi kesehatan seksual dan reproduksi. Orang sering lupa bahwa penyandang disabilitas adalah juga makhluk seksual yang perlu mendapat perhatian. Merekapun membutuhkan informasi soal menstruasi dan bagaimana harus memasang pembalut, mencuci pembalut, membuang pembalut dan lain-lain.

Sering terjadi kekerasan seksual terhadap perempuan difabel oleh orang terdekat (selama penelitian ditemukan orang terdekat adalah tetangga). Kekerasan seksual dan juga kekerasan psikis perlu kita perhatikan bersama, dengan memberi informasi seksual yang memadai. Pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi tidak bisa diberikan langsung kepada perempuan difabel tetapi bisa diberikan melalui orangtuanya.

Bukan itu saja, masyarakat seringkali berpandangan bahwa perempuan dengan disabilitas adalah makhluk yang aseksual (NWCI 2006, Piotrowski and Snell 2007). Apapun bentuk disabilitas yang mereka miliki, masyarakat awam menganggap mereka pasti mengalami disabilitas dalam fungsi seksual juga. Pandangan inilah yang mengakibatkan orang-orang di sekeliling perempuan dengan disabilitas seringkali membatasi perempuan dengan disabilitas dari segala hal yang berhubungan dengan seksualitas. Salah satunya menutup mereka dari pendidikan seksual.



Perubahan yang terjadi pada tubuh mereka seperti pembesaran payudara, tumbuhnya rambut di sekitar alat kelamin, proses menstruasi, dan hal yang berhubungan dengan seksualitas lainnya seringkali tidak dijelaskan penyebab dan akibatnya. Imbas dari perubahan itu seperti penggunaan pakaian dalam dan pembalut dilakukan dengan komando, instruksi dan pengawasan dari orang sekitarnya. Bahkan terkadang semua itu dilakukan juga atas bantuan sepenuhnya dari orang lain.

Pemberian informasi terkait perkembangan organ dan fungsi seksual yang dialami oleh perempuan dengan disabilitas di kala remaja dianggap bukan sesuatu yang penting. Akibatnya, mereka sama sekali tidak tahu penyebab dan akibat perubahan yang terjadi pada tubuhnya. Walaupun ada pendidikan seks bagi remaja perempuan dengan disabilitas, sering kali cara menyampaikannya kurang tepat dan tidak sesuai. Pengorbanan waktu, tenaga dan dana menjadi sia-sia; tidak memberikan pengetahuan seks yang sehat dan tepat kepada mereka. Teman-teman perempuan dengan disabilitas intelektual yang memiliki daya tangkap dan pemahaman yang di bawah rata-rata mengalami kesulitan mendapatkan pendidikan seks yang mampu mereka pahami dengan tepat (ASHA 2009). Padahal, perempuan dengan disabilitas, apa pun jenis disabilitasnya juga mengalami perkembangan organ dan fungsi seksual yang sama seperti perempuan pada umumnya. Selain itu, mereka juga memiliki hasrat dan cinta dan ingin mendapatkan kepuasan seksual (Anderson dan Kitchin 2000).

Selain minimnya akses untuk mendapatkan pendidikan seksual, perempuan dengan disabilitas juga mengalami kesulitan untuk mendapatkan informasi tentang alat kontrasepsi atau metode pengontrol kehamilan lainnya yang sesuai dengan disabilitas mereka (Kaplan 2006). Sebuah artikel kesehatan menyebutkan bahwa perempuan dengan disabilitas mental sebaiknya tidak direkomendasikan untuk menggunakan metode obat untuk mengontrol kehamilan mereka. Hal ini dikarenakan besarnya kemungkinan mereka akan keliru makan obat, tidak bisa makan obat dengan teratur, atau mereka lupa jadwal minum obat mereka (Hakim-eahi 1991). Alat kontrasepsi yang sebaiknya digunakan oleh perempuan dengan disabilitas mental adalah IUD (*intra-uterine devices*) atau metode lain yang sifatnya lebih permanen (Kaplan 2006). Bahkan ada beberapa perempuan dengan disabilitas yang memutuskan untuk melakukan tubektomi karena mereka takut disabilitas yang mereka miliki akan menurun pada anak mereka atau merasa takut akan membuat malu anak mereka dengan disabilitas yang mereka miliki (Hakim-eahi 1991).

Minimnya akses bagi perempuan disabilitas untuk mendapatkan informasi berkaitan dengan kesehatan (Fouts et al. 2000), selain diakibatkan oleh perilaku orang di sekitar perempuan dengan disabilitas, juga disebabkan oleh berbagai halangan secara fisik, komunikasi dan keuangan. Hal inilah yang mendorong *Commission on Status of Persons with Disabilities* (1996) merumuskan bahwa penyandang disabilitas memiliki hak mendasar untuk mendapatkan kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang sama (*equitable*), bersifat individual dan sesuai dengan disabilitas yang mereka miliki. Kemudahan ini tidak hanya merangkul kemudahan secara fisik namun juga kemudahan untuk berkomunikasi dengan petugas kesehatan.

Konvensi PBB untuk Menghilangkan Semua Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan/ *United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (CEDAW) (1979) dan Konvensi PBB atas Hak Orang dengan Disabilitas/*United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD) (2006) merupakan dokumen penting untuk pemenuhan hak perempuan dengan disabilitas atas akses pelayanan kesehatan yang aman dan tepat di mana kedua dokumen tersebut mengakui hak perempuan dengan disabilitas untuk mengambil keputusan sendiri sehubungan dengan kesehatan mereka. Pengakuan hak tersebut juga tercantum dalam Deklarasi Beijing 1995 yang menetapkan peraturan standar untuk kesamaan kesempatan bagi perempuan dengan disabilitas termasuk akses mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan yang tepat (PBB 1995).

Terdapat beberapa pasal dalam CRPD yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan termasuk kesehatan seksual dan reproduksi bagi perempuan dengan disabilitas. Menurut Pasal 6, perempuan dengan disabilitas mengalami diskriminasi dalam pemenuhan kebutuhan. Pasal 9 menjelaskan tentang aksesibilitas termasuk akses dalam menggunakan fasilitas dan mendapatkan informasi kesehatan. Pasal 22 menegaskan kesamaan hak bagi penyandang disabilitas dalam hal kerahasiaan termasuk kerahasiaan dari data personal kesehatan dari penyandang disabilitas. Pasal 23 menghimbau negara untuk mengurangi diskriminasi yang dialami penyandang disabilitas berkaitan dengan pernikahan dan berkeluarga termasuk dalam perencanaan keluarga dan fertilitas. Selanjutnya di Pasal 25, negara juga dihimbau untuk memastikan kesamaan kesempatan bagi perempuan dengan disabilitas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Komite CEDAW juga merekomendasikan negara untuk menyediakan informasi mengenai akses dalam pendidikan, pekerjaan, pelayanan kesehatan, keamanan sosial bagi perempuan dengan disabilitas serta memastikan mereka mendapatkan kesamaan dalam mengakses hal-hal tersebut (Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi 2012).

Pada 2009, WHO menyusun panduan untuk mempromosikan kesehatan reproduksi dan seksual bagi perempuan dengan disabilitas dengan mempertimbangkan tingginya angka kematian dari perempuan dengan disabilitas, perceraian atau kekerasan dalam rumah tangga yang dialami perempuan dengan disabilitas, serta tingginya angka kematian dari perempuan dengan disabilitas yang hamil dan atau melahirkan (United Nations World Health Organization 2009).

Akses dan layanan kesehatan reproduksi merupakan hak setiap warga negara terkait pelayanan publik yang harus dipenuhi negara. Bicara ihwal hak dan layanan kesehatan reproduksi yang diskriminatif dan belum berpihak pada kepentingan perempuan, sama dengan membicarakan hal-hal yang menghantui perempuan dan memicu perdebatan. Mulai dari pengabaian hak kebahagiaan seksual, orientasi seksual yang berbeda, kekerasan, penyakit menular seksual, masalah kehamilan tidak diinginkan, aborsi, angka kematian ibu, akses informasi dan pelayanan, pendidikan seks yang sensitif gender, kontrasepsi, kesehatan ibu dan anak, kebijakan publik, hingga kemiskinan. Kesehatan reproduksi nyatanya bukan sekadar masalah medis, melainkan juga masalah sosial dan kultural. Bukan karena perempuan yang bersalah karena kurang memahami dan menjadi tidak peduli terhadap kondisi kesehatannya sendiri, tetapi lebih terkait pada akses yang tidak sensitif pada situasi yang dihadapi perempuan. Sementara negara tidak cepat tanggap, kaum perempuan yang menjadi korban, terus bertambah.

Persoalan pelayanan publik, terutama kesehatan reproduksi, menjadi semakin rumit ketika kita mencoba membuka mata pada berbagai lapisan yang harus ditembus untuk mendapatkan pemenuhan hak dan layanan bagi perempuan minoritas dan marjinal. Jika bagi perempuan yang tidak memiliki keterbatasan saja begitu banyak hambatan yang dihadapi terkait akses hak dan layanan kesehatan reproduksi yang baik, tentu menjadi sulit membayangkan apa yang harus dialami oleh perempuan berkebutuhan khusus atau difabel (*different ability*).

Ketersediaan informasi dan akses pada layanan kesehatan reproduksi merupakan hal penting dalam upaya pemeliharaan kesehatan perempuan penyandang disabilitas. Sayangnya hal ini luput dalam proses pelayanan rehabilitasi medis di rumah sakit atau puskesmas. Kalaupun ada, penyampaian informasi kesehatan terhadap mereka yang pernah menjalani proses rehabilitasi medis cenderung pada upaya pengobatan dan perawatan yang berkaitan dengan kerusakan atau kelainan fungsi organ tersebut. Sementara yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi diberikan dalam bentuk pelatihan untuk pengendalian buang air besar dan kecil dalam waktu tertentu, atau pemakaian kantong kencing atau popok pada mereka yang sama sekali kehilangan fungsi kontrol.

### **Peran puskesmas sebagai pelayanan kesehatan reproduksi dalam memberikan informasi tentang masalah seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas**

Begitu juga di puskesmas adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Menurut Depkes RI (2004) puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja. Sekalipun puskesmas berfungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan ibu dan anak, namun lebih cenderung pada layanan persalinan. Sedangkan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi perempuan penyandang disabilitas tidak masuk dalam program layanan. Harus diakui bahwa aktivitas atau fungsi seksualitas seseorang jarang dibicarakan secara terbuka, Hal ini mungkin karena budaya kita yang menganggap tabu untuk membicarakan aktivitas seksual secara terbuka, apalagi terhadap mereka yang belum menikah.

Terbatasnya informasi dan jangkauan layanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas bukan saja membuat mereka tidak tahu bagaimana seharusnya menjaga dan merawat organ reproduksinya tapi juga memperburuk kesehatan mereka secara keseluruhan sekaligus mengingkari keberadaan mereka sebagai warga masyarakat.

Akan tetapi, mereka menghadapi beban yang lebih berat daripada perempuan non-cacat, karena mereka dituntut melakukan peran tradisional dengan kondisi tulang dan otot yang lemah. Mereka juga harus memikirkan suatu strategi agar mobilitas yang terbatas tidak menghalangi pemeliharaan keluarga dan penyelesaian pekerjaan rumah tangga. Beban ini bertambah parah apabila infrastruktur kota seperti jalan dan fasilitas bangunan tidak mudah atau tidak bisa diakses. Para perancang dan pelaksana pembangunan kota dan gedung seharusnya membuat lingkungan binaan yang mudah diakses dengan aman, terutama pusat-pusat kesehatan. Perhatian harus diberikan pula pada fasilitas di dalam gedung, seperti toilet yang luas dan *ramp* (selasar) yang landai.

Di Indonesia, upaya penyediaan layanan kesehatan gratis dan mudah dijangkau sebenarnya sudah diupayakan melalui pembangunan puskesmas di setiap kecamatan dan pemberian Jaminan Kesehatan Masyarakat. Sayangnya hampir semua rancang bangun puskesmas tidak dapat diakses oleh perempuan penyandang disabilitas fisik yang menggunakan kursi roda, termasuk dengan peralatan dan perlengkapan puskesmas.

Selain itu, transportasi menjadi kendala tersendiri. Untuk mencapai lokasi puskesmas, tidak memungkinkan baginya menggunakan transportasi umum sehingga memerlukan biaya tambahan. Di puskesmas pun tidak tersedia dokter spesialisasi rehabilitasi medik, sehingga seringkali diperlukan rujukan ke rumah sakit. Belum lagi birokrasi rumah sakit yang berbelit-belit. Hal ini yang cenderung menyebabkan perempuan dengan disabilitas enggan memeriksakan kesehatannya ke dokter atau rumah sakit dan menerima kondisi tersebut sebagai hal yang biasa.

Di sisi lain meskipun beberapa difabel dan keluarganya sudah memiliki Jamkesmas atau Jamkesda, namun masih ada kendala bagi difabel yaitu jarak tempat pelayanan kesehatan yang berada jauh dari tempat tinggal difabel. Dalam penelitian ini ditemukan keluarga difabel yang tidak mengobati anaknya meskipun sudah memiliki jamkesmas, alasan yang dikemukakan adalah tidak adanya biaya transportasi dan akomodasi karena rumah sakit rujukannya berada jauh dari tempat tinggal mereka.

Layanan kesehatan reproduksi bagi difabel pun masih rendah. Persoalan perawatan organ reproduksi pun masih sangat rendah. Dalam penelitian ini menemukan masih banyak perempuan difabel yang tidak memahami tentang perawatan organ reproduksinya yang berdampak pada kesehatan dirinya. Kontrol atas organ reproduksinya pun rendah sehingga banyak difabel yang

menjadi korban kekerasan seksual dan menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan. Beberapa kasus yang ditemukan selama penelitian menunjukkan bahwa perempuan difabel yang menjadi korban kekerasan seksual tidak mendapatkan keadilan karena kesaksiannya dianggap tidak sah secara hukum (seperti kasus He, An, Ro dan Ma) dan diperkuat oleh stigma masyarakat yang selalu menyebut difabel mental sebagai “orang tidak waras” (seperti kasus Ro).

Mencermati kondisi mahal biaya kesehatan bagi difabel, alat bantu yang mahal, adanya diskriminasi terhadap difabel dan keluarganya dalam mengakses asuransi kesehatan dan rendahnya kontrol difabel terhadap kesehatan reproduksinya membuat kualitas hidup difabel rendah. Apalagi persoalan sanitasi, air bersih dan perumahan yang layak masih sangat jauh dari standar kesehatan. Secara lebih jelas bisa dikatakan bahwa untuk mendapatkan standar kesehatan yang layak, difabel membutuhkan kerja keras karena adanya hambatan yang cukup besar baik dari difabel maupun keluarganya.

Pelayanan kesehatan dan pendidikan, kualitas layanan kesehatan di Kabupaten Malang masih sangat buruk ditandai dengan malasnya petugas kesehatan untuk tinggal di daerah mereka tugas dan bersedia memberikan layanan yang berkualitas, serta belum memadainya sarana pelayanan kesehatan dipusat-pusat layanan kesehatan. Kondisi ini mendorong masyarakat untuk mencari pengobatan alternatif (dukun tradisional) seperti kasus Yu dalam mengatasi berbagai permasalahan kesehatan yang menimpa mereka.

Korban pertama banyak datang pada petugas medis, namun faktanya petugas medis banyak yang tidak mengetahui tanda-tanda kekerasan terhadap perempuan dan anak. Biasanya mereka hanya memberikan layanan pengobatan saja, tanpa memberikan layanan pengalaman membangun jaringan bagi perwujudan layanan terpadu yang lainnya.

Perempuan difabel korban kekerasan seksual sebenarnya mempunyai harapan yang besar pada petugas kesehatan untuk menanyainya. Cara yang ditunjukkan dalam bertanya mempunyai efek yang besar yang menentukan kesediaan korban untuk membuka diri. Cara bertanya yang “tidak menilai”, empatik, penuh perhatian, dan enak bila diajak berbicara, serta menerima dan menghargai cerita yang disampaikan sebagai sesuatu yang nyata, serta melakukan atau memberikan tawaran untuk menindaklanjutinya adalah cara-cara yang dirasa menguatkan. *Pertama*, mereka merasa “dibukakan matanya” bahwa kekerasan yang dialaminya adalah sebuah persoalan serius, bukan sesuatu yang “normal”, atau “sesuatu yang sepantasnya ia terima” sebagaimana yang selama ini mereka pelajari dari masyarakat dan menjadi kenyakinannya. *Kedua*, perasaan “diperhatikan”, “dihargai”, dan “diorangkan”, oleh seorang dengan profesi yang sangat dihargai, ketika menceritakan pengalamannya, membuat korban merasa adalah normal bila ia mempunyai ketakutan, tekanan dan pikiran-pikiran yang muncul atas peristiwa-peristiwa tersebut. *Ketiga*, pertanyaan itu membuka ketertutupan korban atas peristiwa-peristiwa kekerasan yang ia alami sebagai hasil proses pengisolasian yang selama ini dibangun oleh pelakunya dengan berbagai cara/sanksi yang menakutkan baginya.

Cara-cara petugas kesehatan dalam merepresentasikan dirinya ketika bertanya yang dapat menyebabkan korban tidak bersedia untuk terbuka adalah sebagai berikut. Ketika sikap petugas kesehatan dipersepsikan sebagai “mengejek keputusan yang ia ambil”, misalnya keputusan untuk bertahan dalam relasi *abusivenya*, maka yang kemudian muncul dalam diri korban adalah rasa malu/dipermalukan. Korban merasa bingung dan tertekan bila ia “tidak tahu dengan pasti alasan” Petugas Kesehatan menanyainya tentang kemungkinan ia mengalami relasi *abusive* dari pasangannya, atau “tidak tahu dengan jelas konsekuensi” yang akan ia terima bila ia menceritakan pengalamannya tersebut (Chang dkk. 2003).

Ketidakpuasan terhadap perlakuan yang diterima dapat juga berkait dengan perasaan “reviktimisasi” dan frustrasi yang ditimbulkan oleh proses yang melibatkan terlalu banyak tahap dan terlalu banyak orang (bertemu dengan perawat, beberapa dokter, pengambilan xray, foto,

konselor). Respon petugas kesehatan setelah korban membuka pengalamannya juga merupakan hal yang kritis. Artinya, respon petugas kesehatan yang tidak menunjukkan dukungan dan sumber-sumber yang dapat membantu korban untuk lepas dari situasinya saat ini, dirasakan sebagai sesuatu yang sangat mengecewakan.

Sektor kesehatan merupakan salah satu komponen kunci, tidak terlepas dari masih belum terintegrasinya upaya-upaya yang bertujuan menyentuh dan mengembangkan kesadaran petugas kesehatan akan realitas perempuan difabel korban kekerasan seksual dan dimensi-dimensi dari eksistensi dirinya. Dalam hal ini, termasuk komunikasi yang mungkin berkembang dalam komunitasnya, yaitu pertukaran ekspresi keyakinan perseptual kelompok yang mendasari kecenderungan tindakan komunitas di mana petugas kesehatan berada. Oleh karenanya, untuk mengubah kecenderungan respon kognitif, afektif dan konatif dari kesadaran petugas kesehatan dalam pencegahan dini perempuan difabel korban kekerasan seksual, harus dipertimbangkan keragaman konteks kultural dan sistem sosial di mana petugas kesehatan mengidentifikasi diri. Keragaman ini membatasi dan sekaligus membuka peluang perkembangan kesadaran petugas kesehatan akan eksistensi dirinya dalam isu ini.

Respon petugas kesehatan muncul dapat berubah dan berbeda, mulai dari yang positif (memperdayai cerita korban dan memberikan informasi tentang alternatif-alternatif penanganan lebih lanjut), atau mempunyai kesediaan untuk mendengarkan cerita/keluhan pasien serta berkeinginan untuk membantu sekalipun mungkin belum mengetahui cara yang tepat, hingga yang tidak memperdayai dan menghentikan kontak komunikasi dengan pasien korban.

Potensi petugas kesehatan untuk terlibat aktif dalam upaya pencegahan kekerasan seksual bagi perempuan difabel ditentukan oleh integrasi kesadaran internal dan eksternal dirinya tentang realitas kekerasan yang berbasis ketimpangan relasi gender. Yang dimaksud dengan kesadaran internal adalah kesadaran subyektifnya tentang pengalamannya yang berkaitan dengan pengalaman sebagai korban maupun sebagai saksi dari peristiwa ataupun perlakuan-perlakuan yang didasari konstruksi relasi gender yang tidak setara; serta kesadarannya tentang peran identitas profesinya, norma dan pemaknaan sosial tentang kekerasan. Kesadaran eksternal adalah realitas obyektif tentang aturan perundang-undangan/kebijakan, dukungan sistem kesehatan, khususnya di Puskesmas.

Ada beberapa pertimbangan yang mendasari mengapa posisi petugas kesehatan menjadi sedemikian strategis dan krusial. *Pertama*, pada umumnya perempuan yang mengalami kekerasan, tidak menyampaikan persoalannya secara terbuka pada orang lain, bahkan pada keluarga, apalagi pihak-pihak lain yang memang berperan untuk menangani kasus seperti ini (misalnya konselor, polisi, pengacara). Ada proses pembisuan kata-kata yang terjadi pada diri korban yang dibangun tidak hanya oleh pelaku kekerasan, tetapi juga oleh masyarakat maupun sistem sosial yang ada. Boleh dikatakan semua perempuan, termasuk korban perempuan difabel yang 'membisu' tersebut, pernah setidaknya sekali dalam masa hidupnya datang ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan untuk memeriksakan diri ataupun anggota keluarganya. Mereka yang mengalami kekerasan berkemungkinan datang ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan tersebut untuk meminta bantuan atas keluhan, ataupun luka-luka yang dialami. *Kedua*, posisi dokter ataupun bidan, sebagai profesi yang sangat dihargai, dipercaya dan digantungi harapan besar. Mereka kemungkinan adalah orang pertama, atau bahkan satu-satunya pihak yang berhadapan, berinteraksi dengan korban karena fisik/psikis yang mereka alami. Dokter dan bidan berada di lini terdepan untuk upaya pendeteksian dini dan melakukan tindakan yang memungkinkan korban mendapatkan layanan-layanan lain yang mendukung.

## Simpulan

Berdasarkan data-data yang terkumpul dan sudah dilakukan analisis maka dapat kita simpulkan bahwa berbagai persoalan perempuan *disable* sangat menunjukkan beberapa fakta yang

memprihatinkan terkait kesehatan perempuan, kesehatan seksualitas maupun reproduksi perempuan *disable*. Dalam isu perempuan *disable*, berbagai stigma, diskriminasi, ketidakadilan sampai kekerasan terhadap mereka terjadi. Mereka mendapatkan stigma dan diskriminasi sejak usia kecil sampai mereka dewasa. Kemudian, hak mereka atas pengetahuan dan akses kesehatan khusus tidak didapatkan, sehingga mereka rentan akan kekerasan dalam ruang privat maupun publik.

Ketersediaan informasi yang benar serta bertanggung jawab, layanan kesehatan serta perlindungan atas hak seksualitas dan kesehatan reproduksi seharusnya merupakan hak komunitas *disable* di manapun mereka berada sehingga mereka merasa aman dan terlindungi dari resiko-resiko reproduksi seksual.

Hal ini terjadi antara lain akibat pandangan yang berkembang di masyarakat bahwa komunitas *disable* bukanlah makhluk seksual. Komunitas *disable* dianggap tidak mempunyai hasrat mengekspresikan seksualitasnya. Padahal, pada faktanya, komunitas *disable* sangat rentan mengalami resiko-resiko reproduksi seksual, infeksi menular seksual, HIV/AIDS, kehamilan tidak dikehendaki, bahkan tindak kekerasan seksual, sehingga sudah seharusnya mereka mendapatkan hak yang sama.

Kebijakan tentang perempuan *disable* belum memihak secara penuh pada kebutuhan dan kekhususan dari penanganan isu-isu *disable*, apalagi isu perempuan *disable*. Belum banyak informasi dan pengetahuan yang cukup bagi orangtua untuk menangani anaknya yang *disable*, apalagi kalau berkaitan isu kesehatan reproduksi bagi perempuan *disable*.

## Daftar Pustaka

- American School Health Association (ASHA) (2009) Quality sexuality education for students with disabilities or other special needs. American School Health Association. Diakses 11 Juni 2013 dari [http://www.ashaweb.org/files/public/Resolutions/Quality\\_Sexuality\\_Education\\_Disabilities.pdf](http://www.ashaweb.org/files/public/Resolutions/Quality_Sexuality_Education_Disabilities.pdf).
- Anderson P and Kitchin R (2000) Disability, space and sexuality: Access to family planning services. *Social Science and Medicine* 51:1163-1173.
- Badan Pusat Statistik (2011) Kabupaten Malang Dalam Angka: Badan Pusat Statistik
- BPS Susenas (2009) Survei Sosial Ekonomi Nasional 2009- Keterangan Pokok Rumah Tangga Dan Anggota Rumah Tangga [Susenas Juli 2009]: Badan Pusat Statistik.
- CEDAW (1979) The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women (CEDAW) diadopsi United Nations General Assembly.
- Chang JC, Decker M, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY (2003) What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. *Journal of The American Medical Women's Association* 58(2):76-81.
- Commission on the Status of People with Disabilities (1996) A strategy for equality: the report of the Commission on the Status of People with Disabilities. Dublin: The Stationery Office.
- CRPD (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
- Deklarasi Beijing dan Landasan Aksi, diadopsi PBB pada tahun (1995) dalam Konferensi Dunia Ke-IV tentang Perempuan.
- Departemen Kesehatan RI (2004) Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta.
- Draft RUU (2011) Ratifikasi Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Hak-Hak Penyandang Disabilitas), Kementerian Sosial RI.
- Fouts B, Andersen E and Hagghind K (2000) Disability and satisfaction with access to health care. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54:770-771 .
- Hakim-eahi E (1991) Contraception for the disabled. *Female Patient* 16(10)19-20, 24, 27. Diakses 11 Juni 2011 dari <http://www.upmc.com/HospitalsFacilities/Hospitals/Magee/SpecialtyServices/Women/womenwithdisabilities/Pages/default.aspx>.

- Kaplan C (2006) Special issues in contraception: Caring for women with disabilities. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(6)450-456. Diakses 11 Juni 2013 dari [http://www.jmwh.com/article/S1526-9523\(06\)00339-4](http://www.jmwh.com/article/S1526-9523(06)00339-4).
- Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia (2012) Kesetaraan dan non diskriminasi di tempat Kerja di Indonesia. Jakarta: Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia.
- N.N. (2010) Difabel masih mengalami diskriminasi. *Buletin Difabel Sapda Jogja* edisi XIII Th X Oktober 2010.
- N.N. (2012) Warga Miskin Didominasi Wilayah Selatan. *Surabaya Post* 5 Agustus 2012.
- National Women's Council of Ireland (NWC) (2006) *Women's Health in Ireland: meeting international standards*. Dublin: National Women's Council of Ireland.
- Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 11 Tahun (2013) Tentang Penyelenggaraan Pemenuhan Hak Anak.
- Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 23 (2010) tentang Panduan Umum Pembentukan Pusat Informasi dan Konsultasi Bagi Perempuan Penyandang Cacat.
- Peraturan Pemerintah No. 9 (1975) tentang pelaksanaan Undang-Undang No.1 tahun 1974
- Piotrowski K and Snell L (2007) Health needs of women with disabilities across lifespan. *Journal of Obstetric Gynaecology and Neonatal Nursing* 36(1):79–87.
- Roosmawati DN (2012) Pemiskinan Difabel. *Konfrensi Nasional: Perempuan dan Pemiskinan*, diselenggarakan oleh Komnas Perempuan, di UGM-Yogyakarta, pada tanggal 1-4 Desember 2012.
- Undang-Undang No.1 (1974) Perkawinan. Jakarta.
- Undang-undang Nomor 19 (2011) Pengesahan Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas). Jakarta.
- UU No. 36 (2009) Kesehatan. Jakarta.
- UU No.4 (1997) Penyandang Cacat. Jakarta.
- WHO (2009) *World Health Statistics*. France.
- WHO (2011) *World Report on Disability*. Geneva .