

# **Kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam rangka pencegahan kekerasan seksual**

## ***Reproduction health service policy for disabled females to prevent sexual abuse***

**Tri Joko Sri Haryono<sup>1</sup>, Toetik Koesbardiati<sup>1</sup>, Siti Mas'udah<sup>2</sup>**

- 1) Departemen Antropologi, Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik, Universitas Airlangga, Surabaya
- 2) Departemen Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik, Universitas Airlangga, Surabaya  
Jalan Airlangga 4-6 Surabaya, Indonesia  
E-mail: trijoko\_unair@gmail.com

### ***Abstract***

*The issue of women with disabilities is still rarely studied and published in the community, especially 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 accommodate 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 significant action. Therefore, it is necessary to establish a more implementative model policy for the community. The purpose of this research acts as a reference to make an effective, efficient, and right-on-target reproductive health policy. The recommendation made in this study is 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 are (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 is chosen because (a) it is 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 means that the number of females is significantly larger than males. As seen from the population density of 33 sub-districts of Malang, the majority of women has high density above 2000/km<sup>2</sup>. It implies that poverty is mostly suffered by women; (c) the number of reproductive health issues for women with disabilities is quite a lot, because it is regarded as a taboo. (2) Data Collection: (1) observation and (2) indepth interview, (3) informants, (4) data analysis. The result of this study indicates that there are still a lot of women with disabilities who do not understand about taking care of their reproductive organs, and thus impacting their health. The control over their reproductive organs is still low, which makes many of them suffered from sexual violence that lead to unwanted pregnancies. Some cases found during the study show that women with disabilities who become sexual violence victims did not get proper justice, because their statements are not legally accepted, and it is also reinforced by the communities' stigma which calls person with mental disabilities as a psycho.*

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

### **Abstrak**

Isu perempuan penyandang cacat masih jarang dipelajari dan diterbitkan di masyarakat, terutama mengenai isu-isu kekerasan yang seksual bagi perempuan penyandang cacat. Penelitian ini memberikan rekomendasi untuk kedua pemerintah pusat dan daerah (khususnya di Jawa Timur) untuk mengakomodasi pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang cacat. Sejak Konvensi tentang hak-hak penyandang disabilitas melalui no.19 Hukum di 2011, pemerintah belum mengambil tindakan apapun sama sekali. Oleh karena itu, perlu untuk menetapkan kebijakan model yang lebih implementatif bagi masyarakat. Tujuan dari penelitian ini bertindak sebagai referensi untuk membuat kebijakan kesehatan reproduksi yang efektif, efisien, dan tepat-tepat sasaran. Rekomendasi yang dibuat dalam penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi berbagai pihak, termasuk pemerintah, untuk merancang langkah-langkah yang lebih konkret dan proaktif untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang cacat di Indonesia, dan juga untuk membangun strategi yang menyatukan komunitas dengan latar belakang yang berbeda. Dalam rangka untuk memperoleh data empiris dan informasi, penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Beberapa langkah yang diambil adalah (1) penentuan lokasi penelitian secara purposive di 33 kecamatan Kabupaten Malang: di klinik, kesehatan, pendidikan, dan departemen sosial, pondok pesantren, Bhakti Luhur, P2TP2A, dan LSM

lokal. Kabupaten Malang dipilih karena (a) itu adalah satu-satunya kota yang dimulai mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi perempuan dengan masalah cacat; (B) Rasio jenis kelamin pada tahun 2010 adalah sekitar 98,78%, yang berarti bahwa jumlah perempuan secara signifikan lebih besar daripada laki-laki. Seperti yang terlihat dari kepadatan penduduk 33 kecamatan dari Malang, mayoritas perempuan memiliki kepadatan tinggi di atas 2000 / km<sup>2</sup>. Ini menyiratkan bahwa kemiskinan sebagian besar diderita oleh perempuan; (C) jumlah masalah kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang cacat cukup banyak, karena itu dianggap sebagai hal yang tabu. (2) Pendataan: (1) observasi dan (2) wawancara mendalam, (3) informan, (4) analisis data. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa masih banyak perempuan penyandang cacat yang tidak mengerti tentang merawat organ reproduksi mereka, dan dengan demikian mempengaruhi kesehatan mereka. Kontrol atas organ reproduksi mereka masih rendah, yang membuat banyak dari mereka menderita kekerasan seksual yang menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan. Beberapa kasus ditemukan selama penelitian menunjukkan bahwa wanita dengan cacat yang menjadi korban kekerasan seksual tidak mendapatkan keadilan yang tepat, karena pernyataan mereka tidak diterima secara hukum, dan juga diperkuat oleh stigma masyarakat 'yang menyerukan orang dengan cacat mental sebagai psikopat.

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

## Pendahuluan

Permasalahan seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas (*different ability*), atau difabel, 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 frosa 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. *UN Department of Economic and Social Affairs* dalam lembar infonya menyebutkan 80 persen orang dengan disabilitas hidup di pedesaan dengan kondisi miskin (Buletin Difabel Sapda Jogja 2010).

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 disabilitas. 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).

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).

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. 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.

Dengan berbagai persoalan tersebut di atas, maka sangat diharapkan semua kebijakan negara maupun konvensi internasional bisa diimplementasikan dengan baik, maka diperlukan untuk membangun kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas di Jawa Timur dalam rangka pencegahan kekerasan seksual.

Masalah Penelitian meliputi: (1) Bagaimana membangun model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi yang tepat bagi perempuan penyandang disabilitas dalam rangka pencegahan kekerasan seksual dan strategi apa yang perlu dikembangkan bagi peningkatan kualitas hidup manusia; yang perlu dibangun dan dikembangkan oleh berbagai pihak untuk merubah kondisi ini? (2) Bagaimana hambatan dan potensi (pendukung) yang meliputi: sosial budaya/kekuatan-kelemahan nilai-nilai budaya lokal, kebijakan, SDM, sarana dan prasarana yang ada di masyarakat Kabupaten Malang dalam mendukung model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas?

## 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 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 seksual 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 Penelitian dan Pembahasan

### Membangun kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam rangka pencegahan kekerasan seksual

Penyandang cacat di Indonesia dalam konteks kebijakan selalu ditempatkan pada posisi sebagai obyek. Meskipun kebijakan tersebut menyangkut tentang harkat hidup mereka, para penyandang cacat belum mendapatkan ruang yang bermartabat untuk terlibat dalam proses perancangan kebijakan. Selama ini Departemen Sosial merupakan sebuah lembaga yang diberi wewenang penuh oleh pemerintah untuk menangani permasalahan penyandang cacat, namun tidak satu pun dari penyandang cacat yang terlibat dalam proses perancangan kebijakan di departemen tersebut. Kebijakan-kebijakan yang dibuat oleh Departemen Sosial yang menyangkut penyandang cacat seluruhnya dibuat oleh para individu di luar penyandang cacat dan orang-orang yang tidak punya pengalaman sebagai penyandang cacat, sehingga tidak heran jika banyak kebijakan pemerintah yang menyangkut persoalan penyandang cacat menjadi bias. Pendirian berbagai pusat rehabilitasi bagi penyandang cacat menjadi salah satu bentuk kebijakan yang paradoks dengan semangat inklusifisme yang diinginkan oleh para penyandang cacat. Artinya bahwa setiap penyandang cacat menginginkan dirinya diterima secara terbuka dan wajar dalam kehidupan masyarakat tanpa ada prasangka-prasangka negatif oleh masyarakat sekitarnya.

Di satu sisi kebijakan pemerintah untuk mendirikan pusat rehabilitasi bagi penyandang cacat memiliki tujuan positif untuk meningkatkan kapasitas dan kualitas sumber daya manusia penyandang cacat. Namun di sisi lain, pusat rehabilitasi menjadi institusi yang menguatkan stigma dan sekaligus menjadi belenggu bagi pembauran para penyandang cacat dengan kehidupan masyarakat secara umum.

Menurut Oliver (dalam dalam *Jurnal Perempuan edisi 65* hal 24-28) berbagai kebijakan tentang kecacatan yang ada selama ini tidak dapat dilepaskan dari cara pandang masyarakat terhadap kecacatan itu sendiri. Sekian tahun lamanya cara pandang masyarakat terhadap kecacatan telah mengalami pergeseran. Pada mulanya masyarakat kita menghubungkan kecacatan dengan keyakinan-keyakinan spiritualitas yang berkembang di masyarakat. Cara pandang demikian yang disebut dengan *Moral Model* dan dipercaya sebagai cara pandang tertua masyarakat terhadap kecacatan. Cara pandang ini menyatakan bahwa kecacatan merupakan hukuman atau dosa akibat dari perbuatan manusia yang melanggar norma masyarakat atau norma agama yang berlaku.

Cara pandang berikutnya adalah *Medical Model* yang juga disebut sebagai *Individual Model* yang memandang kecacatan dari sudut pandang medis (kesehatan). Cara pandang ini mendefinisikan kecacatan sebagai sebuah kelemahan fisik dan mental yang berakibat pada ketidakmampuan atau keterbatasan individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari. *Medical Model* memahami kecacatan sebagai *personal tragedy* atau kecelakaan individu yang harus disembuhkan. Dengan demikian para dokter, perawat kesehatan, dan ahli terapi fisik adalah kelompok yang memiliki kekuasaan dalam menentukan keputusan dan kebijakan atas kehidupan para penyandang cacat. Berangkat dari paradigma ini kemudian muncul ide pembangunan Pusat Rehabilitasi Medik untuk penyandang cacat yang dikenal dengan *Rehabilitation Centre* (Pusat Rehabilitasi). Para pengambil kebijakan percaya bahwa dengan diperbaikinya kondisi fisik para penyandang cacat maka kehidupan mereka akan menjadi lebih baik. Pada saat berkembangnya model ini banyak penyandang cacat yang dikirim ke Pusat Rehabilitasi guna mendapatkan perawatan fisik. Namun ternyata penanganan di Pusat Rehabilitasi pun tidak maksimal sehingga yang terjadi justru pembangunan eksklusifitas terhadap komunitas penyandang cacat.

Dalam arus global gerakan Hak Asasi Manusia cara pandang masyarakat terhadap kecacatan juga mengalami pergeseran. Pandangan masyarakat yang berlandaskan pada spirit penghormatan terhadap hak asasi manusia para penyandang cacat disebut dengan *Civil Rights Model*. Pandangan ini menyakini bahwa penyandang cacat sebagai individu memiliki hak yang setara (*equal rights*) sebagaimana warga masyarakat lain untuk memilih cara hidupnya yang mandiri dan bebas untuk menentukan keputusan terhadap arah hidup dan segala aspek penting yang berhubungan dengan kehidupannya. Diharapkan semua ini mampu mendorong terwujudnya integrasi penyandang cacat dengan masyarakat. *Civil Rights Model* juga memandang bahwa kecacatan sebagai persoalan masyarakat sehingga cara penyelesaiannya pun lebih berbentuk advokasi sistem hukum dan sistem sosial.

Aktor utama dalam paradigma ini adalah para ahli hukum, aktivis gerakan penyandang cacat, dan *community organiser*. Dalam paradigma ini masalah dasar dari penyandang cacat adalah diskriminasi, *prejudice* (prasangka), pengucilan, dan pengingkaran terhadap hak dasarnya. Adanya perbedaan perlakuan baik di masyarakat maupun di tingkat struktur pemerintah bahwa pelayanan terhadap penyandang cacat selalu lebih rendah dari masyarakat lain sehingga mengakibatkan rendahnya akses pendidikan, ekonomi, dan kesehatan bagi para penyandang cacat. Guna mengatasi persoalan tersebut maka dikembangkan beberapa bentuk aktifitas antara lain: sistem advokasi, legislasi terhadap hak sipil dan beberapa aktifitas politik yang mampu meningkatkan akses penyandang cacat terhadap fasilitas ekonomi, sosial, pendidikan, layanan kesehatan, hak kerja, dan akses sumber daya lingkungan.

Selanjutnya cara pandang masyarakat terhadap kecacatan yang terkini adalah *post-Modern Model* atau yang juga disebut dengan *Social Model*. Modern Model melihat kecacatan sebagai persoalan sosial yang menyangkut masalah sistem ekonomi, kebijakan, dan prioritasasi terhadap distribusi sumber daya, soal kemiskinan, pengangguran, dan sistem pelayanan medik yang sudah dilakukan oleh masyarakat sejak lama terhadap penyandang cacat. Aktor kunci dalam paradigma ini adalah para penyandang cacat sendiri, para pembuat kebijakan, *lawyer*, politikus, pelaku ekonomi, masyarakat umum, jurnalis, aktor film, dan elemen masyarakat lain. Masalah dasar yang dihadapi oleh penyandang cacat pada paradigma ini adalah rendahnya pengakuan atau penerimaan masyarakat terhadap keberadaan penyandang cacat sebagai bagian integral dari kehidupan masyarakat. Adapun bentuk nyata permasalahan yang dihadapi oleh penyandang cacat adalah tidak meratanya distribusi atau akses teknologi, asistensi terhadap penyandang cacat yang masih menggunakan paradigma medik, tidak adanya pencitraan yang baik dalam media masa, dan penempatan penyandang cacat dalam pusat rehabilitasi.

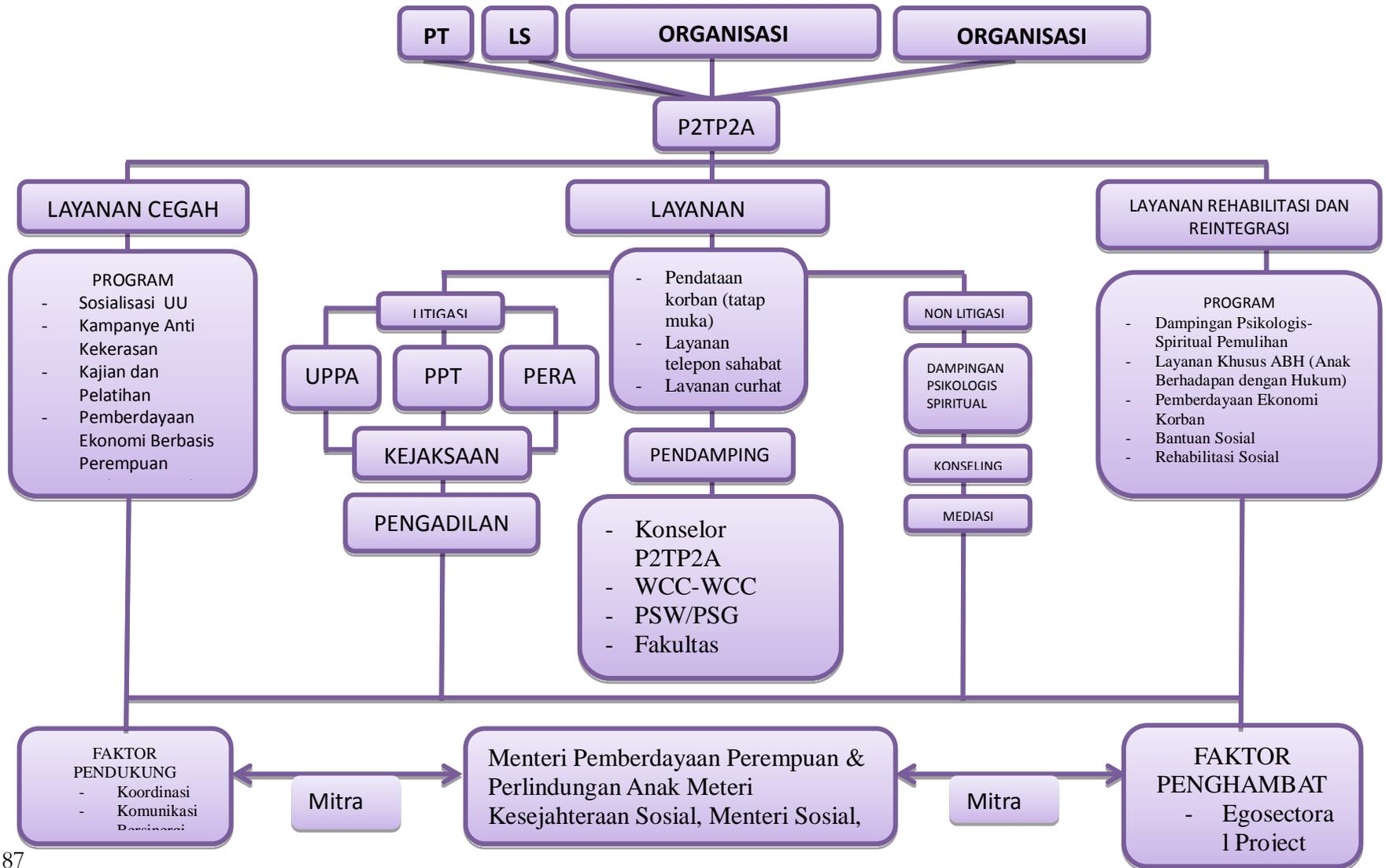
Dalam pandangan ini beberapa aktifitas yang perlu dilakukan adalah, antara lain: pengenalan terhadap komunitas penyandang cacat kepada masyarakat, meningkatkan akses teknologi dan akses fasilitas umum, pengembangan kapasitas diri dan *leadership* para penyandang cacat, penelitian mendalam tentang aspek sosial penyandang cacat, dan melakukan *community development* terhadap penyandang cacat. Langkah ini akan mendorong masyarakat untuk menciptakan cara pemahaman baru terhadap eksistensi kaum penyandang cacat. Masyarakat melihat bahwa persoalan penyandang cacat adalah produk interaksi antara karakteristik individu penyandang cacat sendiri (kondisi fisik maupun mental, status penyandang cacat itu sendiri, kondisi personal, status sosial ekonomi dan lain-lain) dengan karakteristik alam, masyarakat, budaya, dan lingkungan sosial. Paradigma ini lebih menekankan pada bagaimana memperbaiki pola interaksi masyarakat dan penyandang cacat.

**Tabel 1.**  
*Social model* oleh Oliver

Individual Model	Social Model
<i>Personal Tragedy Theory</i>	<i>Social Oppression Theory</i>
Masalah Personal	Masalah Sosial
Perlakuan Individu	Aksi Sosial
Pelayanan Medis	Kemandirian
Dominasi Perawat Kesehatan	Tanggung jawab kolektif dan individu
Keahlian	Pengalaman
Identitas Individu	Identitas kelompok
Prasangka	Diskriminasi
Kepedulian	Hak
Kontrol	Pilihan
Kebijakan	Politik
Penyesuaian Individu	Perubahan Sosial ( <i>Social Change</i> )

Pada bagan tersebut di atas terlihat jelas adanya perbedaan antara *Individual Model* yang banyak didominasi oleh paradigma medis dengan *Social Model* atau *Post-Modern Model* yang menempatkan kecacatan sebagai persoalan kolektif masyarakat. Penempatan kecacatan sebagai persoalan kolektif masyarakat ternyata telah merangsang berkembangnya *Social Movement* (gerakan sosial) penyandang cacat di banyak negara.

**Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi  
Bagi Perempuan Penyandang Disabilitas Di Jawa Timur  
Dalam Rangka Pencegahan Kekerasan Seksual  
dengan pendekatan *Social Model***



Dalam rangka pencegahan kekerasan seksual bagi perempuan penyandang disabilitas di Jawa Timur, maka sangatlah diperlukan kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi dengan pendekatan *Social Model* yang menjadi tanggungjawab semua *stakeholder* baik instansi pemerintah dengan PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan. Ada beberapa hal yang menjadi dasar model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas tersebut dalam rangka pencegahan kekerasan seksual adalah: 1) Perlu adanya koordinasi, komunikasi dan bersinergi antar instansi pemerintah di bawah naungan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Menteri Kesejahteraan Sosial, Menteri Sosial, Menteri Pekerjaan Umum, Menteri Pemukiman dan Prasarana Wilayah, Menteri Kesehatan, Menteri Perhubungan, Menteri Negara Riset dan Teknologi, Menteri Tenaga Kerja dan Menteri Agama serta Menteri Pendidikan Nasional, dalam melihat kebutuhan perempuan penyandang disabilitas terutama bagi mereka yang mengalami kekerasan seksual, 2) Program yang harus disediakan bagi instansi pemerintah di bawah naungan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Menteri Kesejahteraan Sosial, Menteri Sosial, Menteri Pekerjaan Umum, Menteri Pemukiman dan Prasarana Wilayah, Menteri Kesehatan, Menteri Perhubungan, Menteri Negara Riset dan Teknologi, Menteri Tenaga Kerja dan Menteri Agama serta Menteri Pendidikan Nasional haruslah melakukan mitra kerja dengan *stakeholder* (PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan) untuk mengimplementasikan model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas tersebut, 3) Kemitraan sangat efektif dalam mewujudkan model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas melalui PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan melalui keterlibatan mendalam dengan semua pemangku kepentingan baik dinas pemerintahan dengan PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan, 4) Mitra kerja dengan *stakeholder* (PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan) dalam mengimplementasikan model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas bagi instansi pemerintah orientasinya pada proses, bukan pada target. Program model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas supaya berjalan sesuai dengan *entry point* sehingga perlu pembentukan kelembagaan (seperti forum, pokja) sebagai faktor pendukung agar kegiatan tersebut lebih berkembang, 5) Program yang tersedia dalam pencegahan kekerasan seksual bagi perempuan penyandang disabilitas meliputi layanan cegah kekerasan, layanan pendampingan dan layanan rehabilitasi dan reintegrasi. Program ini dipilih adalah program yang benar-benar sesuai, dengan demikian beberapa program yang hanya berorientasi *project* dan tidak signifikan harus dihilangkan, dan 6) Dalam mewujudkan model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas tersebut dalam rangka pencegahan kekerasan seksual, *leading sector* nya dari program tersebut adalah P2TP2A. P2TP2A lebih memperkuat koordinasi dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Tentu sebelum berkoordinasi, ada baiknya P2TP2A memperbaiki komunikasi dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Bisa jadi pemicu lemahnya koordinasi lantaran ada yang salah dalam berkomunikasi, sehingga melahirkan salah pengertian bahkan kebuntuan dalam berkomunikasi. Tanpa peran P2TP2A dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, terwujudnya model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas bisa jadi hanya angan-angan.

Dengan model di atas, diharapkan wacana pengambil model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas tersebut dalam rangka pencegahan kekerasan seksual di tingkat Kabupaten Malang menjadi terbuka lebar dan untuk memulainya tidak sesulit yang diduga tetapi memiliki dampak yang cukup besar sehingga harapan model ini bisa diadopsi oleh kab/kota yang ada.

### **Hambatan dan potensi kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas tersebut dalam rangka pencegahan kekerasan seksual**

Setiap kabupaten yang ada di seluruh Indonesia memiliki sasaran program ke depan yang diinginkan, yang salah satunya model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas tersebut dalam rangka pencegahan kekerasan seksual. Guna mencapai sasaran program

tersebut maka dilaksanakanlah berbagai bentuk kegiatan dan pembangunan program melalui dinas terkait. Masing-masing dinas memiliki program kearah tersebut, dan salah satu kunci keberhasilan program adalah adanya koordinasi yang baik antar sektor terkait, sehingga untuk mensinkronisasi antar dinas tersebut perlu adanya suatu cara pendekatan yaitu berkomunikasi.

Iklim gerakan kecacatan di Indonesia pada saat ini juga telah mengalami pergeseran ke arah pemberdayaan penyandang cacat. Pasca-reformasi tahun 1998 banyak sekali bermunculan organisasi-organisasi kecacatan yang didirikan oleh para penyandang cacat. Lingkup kerja organisasi tersebut kini menjadi lebih luas yang menyangkut tentang advokasi kebijakan, advokasi hukum, peningkatan kualitas sumber daya penyandang cacat, dan merujuk kepada penciptaan kehidupan yang lebih bermartabat bagi para penyandang cacat.

Kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas di Jawa Timur dalam rangka pencegahan kekerasan seksual dengan pendekatan *social model*, memandang persoalan penyandang cacat secara utuh dan menyeluruh. Sehingga pandangan ini banyak dianut oleh para aktifis kecacatan di seluruh dunia. Kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas di Jawa Timur dalam rangka pencegahan kekerasan seksual dengan pendekatan *social model* akan berhasil apabila ada empat nilai yang harus dipenuhi antara lain (Masduqi 2009):

**Pertama** adalah nilai *pluralisme* (keberagaman) yang berpandangan bahwa dalam masyarakat, keberagaman merupakan fakta sosial. Untuk menghormati keberagaman suatu syarat mutlak yang harus dimiliki oleh sebuah masyarakat dalam menuju keterbukaan. Ketidaksediaan menerima perbedaan atau keberagaman oleh salah satu elemen masyarakat dapat menimbulkan ketertutupan (*exclusivisme*) salah satu kelompok masyarakat dan bahkan dapat menimbulkan konflik horizontal antar-sesama anggota masyarakat.

**Kedua** adalah *equity* (kesetaraan), sebuah nilai yang menganut prinsip bahwa setiap individu memiliki kesetaraan hak dan posisi yang setara dalam masyarakat. Tidak seorang pun individu boleh diperlakukan lebih tinggi atau pun lebih rendah baik secara hukum maupun sosial dalam kehidupan bermasyarakat. Oleh karena itu, setiap individu tanpa terkecuali memiliki kesempatan yang setara untuk berpartisipasi dalam aktifitas sosial di masyarakat.

**Ketiga** adalah *dignity* (martabat) yaitu sebuah nilai yang menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan seorang individu. Setiap individu memiliki kelebihan dan kehendak masing-masing, oleh karena itu setiap individu wajib untuk menghargai martabat individu yang lain.

**Keempat** adalah *active participotion* (partisipasi aktif) dari setiap anggota masyarakat di dalam menjalankan aktifitas sosial. Tatanan masyarakat yang terbuka mensyaratkan adanya partisipasi aktif dari setiap anggotanya dalam mewujudkan harapan dan cita-cita yang telah dibangun bersama. Oleh karena itu, setiap anggota masyarakat harus diberi ruang yang setara untuk terlibat dan berkontribusi dalam aktifitas sosial di masyarakat. Tatanan masyarakat terbuka tidak akan terwujud jika salah satu anggota masyarakat terhambat partisipasinya dalam aktifitas sosial.

Kelompok difabel di Kabupaten Malang telah memiliki Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 11 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pemenuhan Hak Anak. Dalam Perda tersebut dijabarkan dalam pasal 11 ayat 1 bahwa Pemerintah Daerah wajib menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan layanan kesehatan yang komprehensif bagi anak termasuk anak penyandang disabilitas, untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Terutama pasal 11 ayat dan 2 dan 3 Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2013 berbunyi bahwa Layanan kesehatan yang komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk pelayanan kesehatan dasar; b. pembebasan dari beban biaya bagi anak gizi buruk, anak yang menjalani cuci darah karena gagal ginjal,

anak penderita thalasemia mayor, anak penyandang disabilitas, anak berkebutuhan khusus, anak jalanan, anak yang terinfeksi HIV/AIDS, pekerja anak, anak korban penyalahgunaan narkotika, alkohol, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA), anak yang menjadi korban kekerasan, seperti penelantaran, tereksplotasi secara ekonomi, seksual dan korban perdagangan orang. Anak sebagaimana dimaksud adalah anak dari keluarga miskin kecuali yang diatur berbeda sesuai dengan program pembiayaan kesehatan yang ditetapkan pemerintah.

Kabupaten Malang selain memiliki peraturan daerah nomor 11 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pemenuhan Hak Anak, juga memiliki peraturan daerah yang lebih khusus lagi dalam memberi perlindungan perempuan penyandang disabilitas yaitu peraturan daerah nomor 12 tahun 2013 tentang pemberdayaan perempuan dan perlindungan perempuan kelompok rentan. Perlindungan perempuan kelompok rentan dalam pasal 13 peraturan daerah nomor 12 tahun 2013 diberikan kepada salah satunya adalah perempuan penyandang disabilitas. Bentuk perlindungannya dalam pasal 15 peraturan daerah nomor 12 tahun 2013 yaitu: (1) Perlindungan bagi perempuan penyandang disabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 untuk memberikan perlindungan dan pencegahan terhadap bentuk-bentuk diskriminasi antara lain: bebas dari perlakuan kejam, tidak manusiawi, merendahkan martabat manusia, dan bebas dari eksploitasi. (2) Perempuan penyandang disabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mendapatkan hak perlindungan atas: a) jaminan keberlangsungan dan pengembangan diri pribadi; b) partisipasi di bidang pendidikan, kesehatan, pekerjaan, politik, olahraga, seni dan budaya serta pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi; c) aksesibilitas informasi, mobilitas dan layanan sosial, dan bantuan hukum; dan d) upaya intervensi dini termasuk pengobatan dan rehabilitasi untuk meningkatkan fungsi dan kapasitasnya.

Dalam Perda tersebut terutama pasal 11 ayat dan 2 dan 3 Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2013 serta pasal 15 peraturan daerah nomor 12 tahun 2013, sangatlah jelas bahwa pemerintah daerah Kabupaten Malang telah melakukan perlindungan kesehatan bagi perempuan disabilitas yang mengalami kekerasan seksual. Pemerintah daerah Kabupaten Malang untuk melakukan layanan kesehatan yang komprehensif haruslah melakukan koordinasi, komunikasi dan bersinergi dengan antar instansi pemerintah di bawah naungan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Menteri Kesejahteraan Sosial, Menteri Sosial, Menteri Pekerjaan Umum, Menteri Pemukiman dan Prasarana Wilayah, Menteri Kesehatan, Menteri Perhubungan, Menteri Negara Riset dan Teknologi, Menteri Tenaga Kerja dan Menteri Agama serta Menteri Pendidikan Nasional. Demikian juga haruslah pemerintah daerah Kabupaten Malang menjalin mitra dengan *stakeholder* (PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan) untuk mengimplementasikan model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas tersebut.

Apabila ditemukan kasus kekerasan seksual yang dialami perempuan penyandang disabilitas maka sesuai pasal 19 Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 11 Tahun 2013, maka harus ada beberapa bentuk layanan seperti: a) kesehatan; b) pendidikan; c) bantuan hukum; d) pendampingan; e) bimbingan sosial, mental dan spiritual; f) rehabilitasi sosial; g) pemberdayaan; h) bantuan sosial; dan/atau i) reintegrasi.

Model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas sejalan dengan Undang-undang Nomor 19 tahun 2011 dan Undang-undang No. 4 tahun 1997 tentang Penyandang Cacat. Perlindungan atas perempuan disabilitas yang mengalami kekerasan seksual harus disediakan pemerintah daerah dalam mewujudkan kesamaan kesempatan dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan.

Dalam implementasikan Undang-undang Nomor 19 tahun 2011 dan Undang-undang No. 4 tahun 1997 tentang Penyandang Cacat, maka pemerintah pusat telah membuat Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Republik Indonesia (Permeneg PPPA) nomor 07 tahun 2012 tentang standar operasional prosedur pusat informasi dan konsultasi bagi perempuan penyandang disabilitas. Dijelaskan dalam Permeneg PPPA nomor 07 tahun 2012 bahwa dalam upaya

melindungi, menghormati, memajukan, dan memenuhi hak-hak penyandang disabilitas khususnya di bidang layanan informasi dan konsultasi telah dilakukan petugas pusat informasi dan konsultasi bagi perempuan penyandang disabilitas diperlukan standar operasional prosedur (SOP). SOP ini merupakan langkah-langkah standar yang harus dilakukan dalam memberikan layanan informasi, konsultasi, dan fasilitasi kepada perempuan penyandang disabilitas dibidang kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, dan layanan lainnya.

Dalam memberi layanan informasi, konsultasi, dan fasilitasi kepada perempuan penyandang disabilitas yang mengalami kekerasan seksual telah diatur juga dalam pasal 5, 6 dan 7 dari Permeneg PPPA nomor 07 tahun 2012. Layanan informasi, konsultasi, dan fasilitasi kepada perempuan penyandang disabilitas yang mengalami kekerasan seksual haruslah dilaksanakan secara terkoordinasi, terintegrasi, dan berkelanjutan guna pemenuhan hak perempuan penyandang disabilitas. Layanan ini disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, kemampuan kelembagaan, sarana dan prasarana dari tiap-tiap kabupaten.

Ada hambatan dalam mewujudkan kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam rangka pencegahan kekerasan seksual dengan pendekatan *social model* yaitu ego sectoral baik dari instansi pemerintah maupun mitra kerja dengan *stakeholder* (PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan. Padahal program yang mereka jalankan sebetulnya hanya sebagian kecil dari bagian yang sudah ada dan bisa dipadukan dengan dinas lain apabila dilaksanakan dengan serius.

Kabupaten yang melaksanakan kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam rangka pencegahan kekerasan seksual dengan pendekatan *social model* tidak terbebani secara moral karena tidak dikejar-kejar oleh target yang harus dicapai, tetapi lebih ditekankan pada proses (kontinuitas), dan tidak ada batasan waktu pelaksanaan serta tidak bisa dibanding-bandingkan antar kabupaten. Kabupaten Malang yang sudah melaksanakan program kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam rangka pencegahan kekerasan seksual dengan pendekatan *social model* seharusnya program tersebut lebih kontinuitas, tanpa ada status mati/berhenti yang penting proses masih tetap jalan untuk mencapai sasaran program.

Apabila dijalankan dengan serius (dalam hal ini kontinuitas), bisa meningkatkan citra Kabupaten Malang karena bisa "go internasional" atau bisa berhubungan dengan kota negara lain sebagai kota kembar (*sister city*), karena kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam rangka pencegahan kekerasan seksual dengan pendekatan *social model* Kabupaten Malang bisa dicontoh dan dilaksanakan oleh kabupaten lain dan bisa saling berhubungan atau berkomunikasi. Hal ini merupakan indikator kinerja kemampuan Kabupaten Malang dalam bidang pembangunan perlindungan perempuan penyandang disabilitas.

Hambatan yang lain dalam melaksanakan kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam rangka pencegahan kekerasan seksual dengan pendekatan *social model*, salah satunya adalah kesulitan untuk melakukan komunikasi antar dinas setempat serta kesulitan untuk membentuk forum baik di tingkat kabupaten maupun di tingkat kecamatan atau kesulitan membentuk pokja di tingkat desa. Forum tidak harus membentuk baru tetapi bisa memanfaatkan PT, LSM, organisasi kemasyarakatan, organisasi keagamaan yang ada. Ditingkat desa juga bisa memanfaatkan struktur di desa yang sudah ada dan tidak perlu membentuk baru dengan nama baru.

Kendala yang lain adalah dinas yang diberi tanggungjawab sebagai koordinator untuk mewujudkan kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas dalam rangka pencegahan kekerasan seksual dengan pendekatan *social model* harus memiliki kemampuan untuk mengkoordinir lintas sektor yang ada (antar dinas) serta memiliki wewenang untuk mengalokasikan dana sektoral untuk kegiatan tersebut.

## Simpulan

Berdasarkan data yang terkumpul dan sudah dilakukan analisis maka dapat kita simpulkan bahwa: dalam rangka pencegahan kekerasan seksual bagi perempuan penyandang disabilitas di Jawa Timur, maka sangatlah diperlukan kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi dengan pendekatan *Social Model* yang menjadi tanggungjawab semua *stakeholder* baik instansi pemerintah dengan PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan. Perlu adanya koordinasi, komunikasi dan bersinergi antar instansi pemerintah di bawah naungan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Menteri Kesejahteraan Sosial, Menteri Sosial, Menteri Pekerjaan Umum, Menteri Pemukiman dan Prasarana Wilayah, Menteri Kesehatan, Menteri Perhubungan, Menteri Negara Riset dan Teknologi, Menteri Tenaga Kerja dan Menteri Agama serta Menteri Pendidikan Nasional, dalam melihat kebutuhan perempuan penyandang disabilitas terutama bagi mereka yang mengalami kekerasan seksual. Program yang harus disediakan bagi instansi pemerintah di bawah naungan menteri ini haruslah melakukan mitra kerja dengan *stakeholder* (PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan) untuk mengimplementasikan model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas tersebut.

Program model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas supaya berjalan sesuai dengan *entry point* sehingga perlu pembentukan kelembagaan (seperti forum, pokja) sebagai faktor pendukung agar kegiatan tersebut lebih berkembang. Sebagai *leading sector* dari program tersebut adalah P2TP2A. P2TP2A lebih memperkuat koordinasi dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Tentu sebelum berkoordinasi, ada baiknya P2TP2A memperbaiki komunikasi dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Bisa jadi pemicu lemahnya koordinasi lantaran ada yang salah dalam berkomunikasi, sehingga melahirkan salah pengertian bahkan kebuntuan dalam berkomunikasi. Tanpa peran P2TP2A dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, terwujudnya model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas bisa jadi hanya angan-angan.

Setidaknya ada dua penyebab tidak efektifnya model kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang *disabilitas* yaitu pertama, tidak ada koordinasi, komunikasi dan bersinergi baik antar instansi pemerintah dengan *stakeholder* seperti PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan. Kedua, *ego sectoral* baik dari instansi pemerintah maupun mitra kerja dengan *stakeholder* (PT, LSM, organisasi keagamaan dan organisasi kemasyarakatan), seakan-akan programnya yang lain adalah yang paling penting dan tidak boleh hilang.

## Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik (2011) Berita resmi statistik. Keadaan Ketenagakerjaan Agustus 2011. No. 74/11/Th. XIV, 7 November 2011.
- Badan Pusat Statistik (2011) Kabupaten Malang dalam angka: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik (2012) Berita resmi statistik. Profil Kemiskinan di Indonesia September 2011: No. 06/01/Th. XV, 2 Januari 2012.
- Buletin Difabel Sapda Jogja (2010) Difabel masih mengalami diskriminasi. Buletin Difabel Sapda Jogja, Oktober 2010.
- Masduqi BF (2009) Kecacatan: Dari tragedi personal menuju gerakan sosial. Jurnal Perempuan edisi 65.
- Oliver MJ (1999) Capitalism, disability and ideology: A materialist critique of the normalization principle. <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Oliver-cap-dis-ideol.pdf>, diakses 24 oktober 2014.

Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 11 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pemenuhan Hak Anak.

Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Perempuan Kelompok Rentan.

Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 07 Tahun 2012 Tentang Standar Operasional Prosedur Pusat Informasi dan Konsultasi Bagi Perempuan Penyandang Disabilitas.

Roosmawati DN (2012) Pemiskinan difabel, dalam Konferensi Nasional: Perempuan dan Pemiskinan, yang diselenggarakan oleh Komnas Perempuan, di UGM-Yogyakarta, pada tanggal 1-4 Desember 2012.

Undang-Undang No.1 tahun 1974 tentang Perkawinan.

UU No. 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat.

UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

WHO, World Report on Disability; Geneva 2011.