

Pemikiran dari Organisasi Gerakan Difabel Enrekang

Masukan untuk Pansus Penyusunan Ranperda Perlindungan dan Pemenuhan Hak-Hak Difabel Kabupaten Enrekang Juli 2018



Diajukan oleh:

**Perkumpulan Penyandang Disabilitas Indonesia (PPDI) Kabupaten Enrekang
Pergerakan Difabel Indonesia untuk Kesetaraan (PerDIK) Kabupaten Enrekang**



Prakata

NASKAH AKADEMIK TANDING INI disiapkan setelah PerDIK (Pergerakan Difabel Indonesia untuk Kesetaraan) Wilayah Kabupaten Enrekang membahas Naskah Akademik dan Rancangan Perda Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas yang disusun oleh RIDEp (Rhein Center For Democracy, People Empowerment, And Public Policy) dibahas bersama dengan PerDIK. Dari hasil pembacaan tersebut, kami menemukan setidaknya 9 masalah mendasar mengapa kualitas Naskah Akademik itu bisa dibilang buruk dan untuk itu perlu dilengkapi oleh PerDIK dan PPDI Enrekang.

1. Perspektif disabilitas yang digunakan dalam penelitian RIDEp adalah warga yang lemah, tak berdaya, dan untuk itu layak dan perlu dibantu. Kalimat-kalimat yang menempatkan difabel sebagai objek amal atau bantuan banyak digunakan, dan pemerintah kabupaten dengan demikian memang layak memperhatikan nasib difabel. Menurut kami, sebagai difabel maupun warga yang memiliki perhatian terhadap harkat dan martabat difabel sebuah naskah untuk perlindungan dan pemenuhan hak-hak difabel seharusnya memaparkan perspektif difabel sebagai warga negara yang bermartabat, yang memiliki hak penuh sebagai warga negara dan memiliki identitas yang unik dengan keberagaman kemampuannya yang bisa berkontribusi bagi pembangunan di daerah.
2. Perspektif pendidikan bagi difabel dalam naskah ini menganut pendekatan segregatif (pemisahan—berdasarkan perbedaan kondisi fisik), sehingga dalam paparan terkait sektor ini, naskah RIDEp seringkali merujuk pada perlunya ketersediaan Sekolah-sekolah Luar Biasa (SLB) di daerah agar difabel bisa bersekolah. Padahal, menurut kami, gagasan **pendidikan inklusi** di Indonesia sudah lama diperbincangkan dan menjadi wacana dominan saat ini. Bahkan kebijakan-kebijakan mengenai '**Education for All**' atau pendidikan untuk semua sudah menghiasi kebijakan pendidikan kita. Bagi PerDIK dan masyarakat difabel Kabupaten Enrekang, perspektif yang harus didorong dalam Perda ini kabupaten Enrekang ini adalah Menerapkan Sistem Pendidikan Inklusi dengan rujukan-rujukan regulasi dan praktik di beberapa daerah yang telah berhasil meningkatkan angka partisipasi sekolah difabel di sekolah-sekolah umum.
3. Naskah Akademik RIDEp tidak menggunakan data-data sekunder yang *up to date*. Beberapa data yang dipaparkan merupakan data lama. Selain itu, beberapa rujukan data dari BPS juga tidak disebutkan tahunnya, padahal, sebagai lembaga pengelola data, BPS setiap tahun melakukan perbaikan atau penambahan data. Tahun pengutipan data dalam penelitian penting disampaikan ke pembaca agar tidak keliru dalam mengambil keputusan terkait data yang dipaparkan. Bagi kami, sebuah naskah akademik seyogyanya menggunakan data-data sekunder terbaru dengan keragaman data yang juga memadai untuk pembaca dalam memahami aspek yang dikaji.

4. Selain terkait data yang kurang baru, RIDeP juga menggunakan sejumlah regulasi yang sudah tidak dipakai lagi. Beberapa regulasi tentang disabilitas, diacu tanpa mempertimbangkan bahwa aturan itu sudah mengalami revisi atau bahkan telah diganti. Juga beragam istilah lama soal kecacatan seperti ketunaan tidak lagi dipakai saat ini, tapi masih dipakai oleh peneliti RIDeP. Bagi kami, hal ini merupakan kekeliruan yang bisa melukai perasaan banyak aktivis gerakan disabilitas di Indonesia yang begitu gigih membersihkan label kecacatan yang selama ini disematkan pada diri mereka. Untuk itu, bagi kami naskah akademik semestinya mengacu kepada data atau regulasi terbaru dan dengan istilah-istilah yang benar dan terhormat.
5. Data Disabilitas, khususnya terkait dinamika warga difabel dalam pembangunan daerah tidak tersedia. Padahal, sebuah penelitian kualitatif untuk digunakan dasar penyusunan kebijakan dibutuhkan data faktual. Misalnya data mengenai organisasi-organisasi difabel yang ada di Enrekang, gambaran organisasi-organisasi itu, dinamikanya, kegiatan-kegiatan yang pernah dilakukan baik kerjasama maupun tidak dengan pemerintah. Seharusnya, data-data faktual itu harus ada dan sangat dibutuhkan agar dapat menjelaskan ke pansus perda ini secara lebih gamblang.
6. Selain itu, Naskah RIDeP ini juga tidak banyak menggambarkan bagaimana pemerintah daerah selama ini telah berupaya mengurus kepentingan warga difabel, misalnya pada aspek pemberdayaan ekonomi, layanan pendidikan, layanan kesehatan, aksesibilitas dan seterusnya. Padahal, walaupun belum ada perda disabilitas, bukan tidak mungkin pemerintah daerah kabupaten Enrekang telah memiliki pendekatan untuk memberdayakan difabel atau memberi ruang partisipasi bagi difabel. Untuk itu, data naskah akademik seharusnya bisa memberikan gambaran mengenai program apa saja yang sudah pernah disiapkan pemerintah daerah dengan cara memeriksa struktur anggaran dan belanja daerah selama beberapa periode anggaran (tahunan).
7. Isi laporan RIDeP penuh dengan kalimat-kalimat pernyataan yang sering tidak koheren antara paragraf satu dengan lainnya. Pernyataan –pernyataan dipaparkan tanpa argumentasi dan fakta atau contoh pendukung yang biasanya dibutuhkan pembaca. Hal ini bisa dimungkinkan oleh kurangnya data yang digali sehingga laporan hanya berisi pernyataan-pernyataan normatif saja.
8. Dalam NA RIDeP juga sama sekali tidak menghargai suara difabel sehingga sama sekali tak muncul dalam penjelasan mengenai kondisi yang langsung disampaikan oleh mereka. Seolah-olah tidak ada keterwakilan langsung difabel dalam menjelaskan dirinya melalui penelitian ini. Padahal, aturan yang sedang dibuat akan mengatur hidup difabel. Sungguh tidak arif kiranya jika sebuah aturan yang akan dibuat dan mengatur difabel namun justru suara atau pendapatnya tidak diakomodasi.

9. Naskah akademis juga merupakan proses ilmiah yang kemudian yang menghimpun beragam pemikiran dari beragam perspektif atau kerangka berpikir. Perspektif medik, perspektif sosial dan perspektif hak banyak menjadi rujukan saat mengamati kehidupan difabel. Sementara NA RIDeP tidak memaparkan sebuah gambaran pergulatan akademik sama sekali sehingga tidak ada penambahan informasi berupa gagasan atau kerangka berpikir bagi penyusun kebijakan (pansus DPRD), baik kajian akademik skala lokal maupun nasional dan internasional.

Selain 9 poin ini, masih banyak poin lain yang kami kritisi. Silakan pembaca telusuri sendiri Naskah Akademik RIDeP untuk membuktikannya.

Tujuan besar kami, masyarakat difabel dan pemerhati difabel di Enrekang adalah ingin berkontribusi untuk negeri kita tercinta ini, negeri yang telah menghidupi kita semua. Partisipasi adalah penting dalam proses ini dan proses-proses selanjutnya menuju apa yang sama-sama kita impikan terjadi di Enrekang. Hanya dengan kerja-bersama kita bisa meraihnya.

Untuk itu, inilah sedikit bagian dari kontribusi kami, semoga bermanfaat!

Enrekang, 29 Juli 2018

Harmat kami,
Pengurus PPDI Enrekang
Pengurus PerDIK Enrekang

BAB I PENDAHULUAN

*Dapo dewata buntu padidi//Salu dewata buntu ampang
Wainna malinnong na mapaccing//Napake pariu tau buda
Lo'ko' dewata jao tumonga'//Nanei messerang kalumpini
Benteng pertahanan jao lempang//Nanei bertahan tojolojolota'
Wainna salu dewata//Makkeguna lako tau//Ipake pariu mallessuna*

*Diala tomi waikula//Jaokan buntu sokko
Mengkita uma ratu nowo mampu//Lessuna mang kapparan
Kurrei mallun mallun//Masannangmi to pang dusun
Maloppomi tanananna//Mendek tomi parena
Lassu' tomi lessunanna*

(sumber Lagu Salu Dewata)

*The only disability in life is a bad attitude
(satu-satunya disabilitas dalam hidup ini
adalah perilaku yang buruk)
--Scott Hamilton--*

Lirik lagu Salu Dewata tersebut mencerminkan kebesaran Tuhan akan ciptaan-Nya. Selain indah, menghidupi makhluk di sekitarnya, ciptanNya juga bermanfaat bagi banyak orang. *Dapur Dewa ada di gunung Padidi//Sungai Dewa di gunung Ampang//Airnya jernih dan bersih//Dipakai bersawah orang banyak//Goa Dewa di atas Tumonga//Tempat bersarang burung Walet//Benteng pertahanan di atas Lempang//Tempat bertahan orang zaman dahulu//Airnya sungai desa //berguna bagi banyak orang//...//. Lagu ini, dan beberapa lagu Messenrempulu lainnya seperti *Suruganna Bambapuang, Tuntung Kaloko* dan lain-lain yang sudah dinyanyikan secara turun temurun tentu menunjukkan dan telah membentuk karakter banyak Orang Enrekang. Menjaga alamnya dan manusia serta makhluk hidup yang lahir, tumbuh dan berkembang di dalamnya adalah tugas orang-orang Enrekang. Siapapun dia yang hidup di alam Enrekang, termasuk difabel.*

Difabel Enrekang dan warga lainnya yang peduli pada isu disabilitas juga ingin berkontribusi pada proses penyusunan kebijakan publik saat ini di Enrekang. Kebijakan yang diharapkan bisa berguna bagi banyak orang, bukan hanya bagi difabel. Untuk itu, ada baiknya kami mulai dulu dengan menjelaskan konteks bagaimana difabel dan isu disabilitas secara umum dalam bab pendahuluan ini.

Maraknya tuntutan dari masyarakat difabel¹ atau Penyandang Disabilitas² di berbagai daerah agar pemerintahnya segera menyusun dan mengesahkan Peraturan Daerah tentang Perlindungan dan Pemenuhan hak-hak difabel semakin meningkat sejak pemerintah pusat mengesahkan UU Penyandang Disabilitas No. 8 Tahun 2016. Di Provinsi Sulawesi-Selatan, selain Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kota Makassar telah menetapkan Perda disabilitasnya, kabupaten Bulukumba dan Bone adalah dua kabupaten yang juga secara resmi telah pula menetapkannya. Saat ini, Parlemen maupun DPRD Kabupaten Enrekang juga sedang menyiapkan Perda serupa.

Pada peringatan hari difabel internasional 3 Desember 2017, sejumlah organisasi difabel dan pemuda—difabel maupun non-difabel—di Enrekang menyampaikan keinginan tersebut agar bupati Enrekang H. Muslimin Bando segera menyiapkan proses penyusunan perda tersebut. Bupati pun merespon keinginan tersebut dengan berjanji akan mengupayakannya. PerDIK Enrekang pun menyiapkan sejumlah data yang sekiranya dibutuhkan baik oleh parlemen maupun pemerintah daerah (lihat di <https://ekspedisidifabel.wordpress.com/2018/01/27/mempersiapkan-kabupaten-enrekang-ramah-terhadap-difabel/>).³

Tuntutan masyarakat difabel di daerah juga tidak terlepas dari fenomena umum gerakan disabilitas di sejumlah wilayah di seluruh Indonesia. Tak dapat dipungkiri, kesadaran difabel untuk berpartisipasi dalam arti memperjuangkan kepentingan mereka kepada pemerintah maupun non pemerintah semakin tampak sebagai sebuah kebangkitan sosial difabel. Selama ini, difabel hanya jadi objek pembangunan bahkan korban pengendalian yang mengabaikan mereka. Desain-desain beragam aktivitas dan infrastruktur sosial mengabaikan ragam kemampuan difabel. Konsekuensi alat-alat bantu yang digunakan untuk beraktivitas sehari-hari baik di rumah maupun lingkungan sosial mereka yang lebih luas seringkali tidak dijadikan acuan dalam kreasi-kreasi pembangunan baik yang didesain negara maupun sektor swasta. Akibatnya, nyaris seluruh produk sosial, apakah itu yang lahir dari program-program pembangunan di berbagai sektor tidak membuat difabel mudah mengaksesnya. Sebagian desain justru dibuat terpisah di mana untuk kepentingan difabel dibuat khusus yang berbeda dengan kepentingan publik umumnya. Misalnya sekolah luar biasa di berbagai jenjang dengan pendidikan dari SD sampai perguruan tinggi, Balai latihan kerja, olah raga dan sebagainya. Selebihnya, difabel sama sekali tidak bisa atau sangat kesulitan ketika hendak mengaksesnya. Salah satu cara yang kemudian ditempuh difabel adalah dengan

¹ Awalnya istilah difabel merupakan istilah tandingan dari Penyandang Cacat. Pengusungnya adalah aktivis Difabel dan HAM. Jika penyandang cacat melekat cap mirin, yakni orang yang memiliki kerusakan tubuh, maka difabel adalah akronim dari Differently abled people, yakni orang-orang dengan perbedaan kemampuan.

² Penyandang disabilitas merupakan istilah resmi yang dipakai negara sebagaimana tertuang dalam UU Ratifikasi Konvensi Hak-hak penyandang disabilitas No. 19 tahun 2011 dan UU Penyandang Disabilitas No. 8/2016.

³ Lihat juga di sini, <http://kabartimur.com/2017/12/08/h-muslimin-bando-apresiasi-usulan-penyandang-disabilitas-enrekang-untuk-dibuatkan-perda-disabilitas/>

mengorganisir diri dan kemudian melakukan perlawanan atas praktik diskriminasi itu.

Sampai saat ini, gerakan disabilitas di Indonesia digerakkan oleh beragam organisasi difabel (*Disabled People Organizations*) dan organisasi-organisasi lainnya yang *concern* pada isu disabilitas di banyak tempat di Indonesia, baik di Jawa maupun luar Jawa. Menurut Bahrul Fuad, ada lima kategori organisasi yang peduli kepada isu-isu disabilitas di Indonesia. Kelima tipe organisasi itu meliputi: Organisasi yang anggotanya memiliki kesamaan jenis disabilitas (Pertuni, Gerkatin, YBN), organisasi penyantun difabel (YPAC, YBL-Malang, YWG-Bandung), organisasi federasi organisasi-organisasi disabilitas (FKPCTI), organisasi payung yang mengakomodasi semua organisasi tipe pertama (PPCI, PPDII), dan organisasi-organisasi progresif yang konsern pada isu disabilitas (SIGAB, SAPDA, BiLIC-Bandung). (Purwanta, Setya Adi, 2004, Fuad, Bahrul, 2010). Dapat dikatakan, kelima tipe organisasi—khususnya tipe progresif—ini telah berkontribusi menggerakkan roda gerakan disabilitas di Indonesia.

Sungguhpun demikian, adanya begitu banyak dan bervariasi wadahnya yang digalang belum berbanding lurus dengan perubahan yang hendak dicapai. Bentang perubahan yang diartungi berada dalam domain pemaknaan, dan perubahan makna yang diperjuangkannya masih tetap terkendala. Praktik pencacatan warga—pemaknaan warga sebagai orang cacat—yang memiliki kondisi tubuh tertentu masih tetap berada dalam laju stigmatisasi yang tiada henti. Labelisasi, stereotifikasi, segregasi terus terjadi sampai pada akhirnya, warga-warga ini mengalami perlakuan diskriminatif yang berujung pada miskin dan rentannya hidup mereka.



Isu-isu yang didorong dalam gerakan disabilitas cukup beragam, seperti difabel berhadapan dengan hukum, partisipasi politik, sistem pendidikan inklusi, akses terhadap lapangan kerja, ketercakupannya difabel dalam program perlindungan sosial, pola penilaian/pengukuran difabel yang masih terus

bermasalah, dan aspek-aspek lain yang berhubungan dengan cara pandang berbasis disabelisme⁴, praktik pemasungan sampai peminggiran sosial.

Salah satu organisasi progresif di atas, seperti SIGAB di Yogyakarta dan saat ini PerDIK di Sulawesi Selatan (di mana terdapat anggotanya atau cabang di Enrekang, dikoordinasi oleh Syam Sumarlin), sudah lebih dari satu dekade memperjuangkan isu difabilitas ini. Pengalaman pengorganisasian difabel maupun pemikiran-pemikiran anti pencacatan yang dibangun para aktivisnya menjangkau banyak organisasi difabel baik di tingkat daerah maupun nasional, menghimpun sejumlah aktivis maupun peneliti, sampai turut berkontribusi melakukan kaderisasi paralegal demi mendampingi kasus-kasus hukum pidana maupun perdata yang dihadapi difabel yang rentan dan marjinal: baik difabel sebagai korban, saksi, tersangka ataupun terdakwa serta mengorganisir kelompok-kelompok difabel di sejumlah desa.

Tujuan gerakan difabilitas adalah mengubah cara pandang negara maupun anggota-anggota masyarakatnya terhadap difabel, di mana sebagian besarnya [masih] menempatkan difabel sebagai orang sakit (*sick*), rusak atau cacat (*pathology*), tidak mampu (*inable*), objek amal (*charity*), dan menyandang masalah [kesejahteraan] sosial. Cara pandang ini berimplikasi pada pilihan bentuk perlakuan kepada difabel, di mana negara maupun anggota masyarakat pada umumnya akhirnya meminggirkan dan merentankan difabel melalui proses labelisasi (*labeling*), merendahkan (*stereotyping*), memisahkan (*segregating*) dan mengabaikan (*discriminating*)

Stigma bagi difabel

Pelabelan	Stereotip	Pemisahan/dibedakan	Diskriminasi
Peyandang cacat, Tunanetra, Tunarungu, tunawicara, Tunalaras, Tunagrahita, Tunadaksa, Tunaganda, Wong ciri, Cah panti, Kusta, Si Buta, Si tuli, <i>Pekok, Kaki keong, kandala, picco'</i>	Pemarah, pasrah, tukang pijat, sakti, sakit, tak berdaya, penderita, menular, tidak mampu, layak dibantu, objek amal, mengemis	bersekolah di SLB, dilatih khusus di Panti Sosial/Balai Latihan Kerja khusus difabel, kuliah harus ambil jurusan Pendidikan Luar Biasa (PLB), Memiliki SIM khusus (SIM D), Memiliki Kartu Tanda Disabilitas, Mendandatangani surat keterangan sehat (penumpang difabel, praktisi politik), di bawah pengampuan, tidak memenuhi persyaratan mampu jasmani dan rohani.	Diskriminasi Pendidikan, Diskriminasi Politik, Diskriminasi Hukum, Diskriminasi ekonomi, diskriminasi transportasi publik, Diskriminasi di bidang seni dan olahraga, dll

Sumber: Ishak Salim, 2018

⁴ Lihat *Fiona Anne Kumari Campbell*, disertasi doktoral, berjudul *The Great Divide: Ableism and Technologies of Disability Production*, 2003, hal. 94. Ia menyatakan bahwa disabelisme adalah seperangkat asumsi dan praktik yang mendasari perlakuan berbeda dan tidak setara atas orang-orang yang memiliki atau diasumsikan memiliki *impairment* atau kondisi tubuh berbeda (misalnya yang disebut kecacatan).

Beberapa contoh perlakuan itu di antaranya adalah pemasungan dan pengurungan, pengabaian dalam memperoleh hak-hak dasar sebagai warga negara, seperti hak atas identitas (orang tua tidak mendaftarkan anaknya di dukcapil), pendidikan (anak tidak dapat sekolah di sekolah reguler terdekat akibat penolakan dan anggapan bahwa anak difabel bersekolah di SLB), pekerjaan (tidak mudah mengikuti pola rekrutmen pegawai, tidak akses dan tidak bisa bekerja di lingkungan non-difabel), politik (mendapatkan hambatan dalam memilih atau dipilih karena persyaratan mampu jasmani dan rohani dan tidak akses), perlindungan sosial dan hukum (tidak bebas dari stigma, tidak mendapat bantuan hukum yang layak), tidak mendapat jaminan kesehatan khusus (obat-obatan dan terapi rutin), informasi dan komunikasi (tidak memperoleh pengajaran bahasa isyarat sejak dini, tidak ada penerjemah bahasa isyarat guna mengakses informasi via televisi) dan seterusnya.

Konsekuensinya, cara pandang dan perlakuan ini menjadikan difabel sebagai warga yang rentan (*vulnerable*) terhadap berbagai jenis guncangan (*shocks*) baik bersifat natural (ancaman kejadian alam) maupun sosial (stigma, kekeliruan kebijakan pembangunan dan aneka program bantuan perlindungan sosial), karena sedikit saja tekanan menimpa difabel, maka bisa terjadi bencana atas dirinya. Apalagi, dalam studi Sinclair dkk, tingkat risiko kecelakaan pada difabel lebih besar dibandingkan dengan warga lainnya yang tidak memiliki kerentanan (Sinclair, et., al., 2008).

Menurut Yulianto, gerakan difabel di Indonesia mulai muncul pada era 1990-an, ketika organisasi-organisasi berbasis difabilitas (atau sering disebut 'disabilitas' atau bahkan 'kecacatan') mulai menyuarakan isu kesetaraan hak. Inilah awal di mana cara berpikir mainstream 'kenormalan' seperti perspektif medik yang positivis mendapatkan lawan tanding, perspektif social, politik dan hak asasi, yang kritis. Sebelumnya, sejak berdirinya Persatuan Tunanetra Indonesia (PERTUNI) dan Gerakan untuk Kesejahteraan Tunarungu Indonesia (GERKATIN) pada era 1960-an dan Persatuan Penyandang Cacat Indonesia (PPCI) pada 1987, isu yang diusung pelopornya masih berkisar pada upaya-upaya pemerintah merehabilitasi difabel—saat itu masih menggunakan istilah penderita cacat atau ketunaan—baik di panti-panti rehabilitasi maupun rumah sakit yang berperspektif medis.

Jadi di masa-masa awal penanganan isu kecacatan—kini lebih sering digunakan istilah disabilitas, misalnya di masa kolonial, di mana pemerintah Belanda telah mendirikan beberapa pusat rehabilitasi untuk menangani “orang-orang cacat” (mengacu penggunaan istilah di masa itu) dan kemudian diambil alih oleh Pemerintah Indonesia merupakan bagian dari proses yang mendorong munculnya gerakan ini.

Saat itu, cara mengatasi permasalahan yang dihadapi difabel melalui pendirian berbagai panti rehabilitasi adalah model solusi yang dipikirkan oleh para pemerhati orang-orang yang disebut penderita atau penyandang cacat. Rehabilitasi atau kerja merehabilitasi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti memperbaiki anggota tubuh yang cacat atau rusak dan sebagainya atas individu seperti pasien rumah sakit—orang sakit, korban bencana alam supaya

menjadi manusia yang berguna dan memiliki tempat di masyarakat. Karena tubuh yang mengalami disfungsi itu harus difungsikan lagi sesuai kebiasaan atau sistem sosial maupun ekonomi, maka para penderita cacat ini pascarehabilitasi akan dibekali dengan sejumlah keterampilan untuk persiapan kembali ke tengah-tengah masyarakat yang normal. Artinya, mereka harus menjadi normal kembali dengan kemampuan barunya sebagai warga penyandang cacat terdidik setelah mengikuti sejumlah pelatihan untuk menguatkan kapasitasnya.

Di sisi lain, pengorganisasian para penyandang ini ke dalam sejumlah kategori berdasarkan kondisi tubuh anggotanya juga merupakan bentuk penanganan yang memapankan eksklusivitas yang berdampak kepada pengabaian mereka. Misalnya, orang buta ataupun mereka yang kadar penglihatannya rendah (*low vision*) akan bergabung ke Persatuan Tuna Netra Seluruh Indonesia (Pertuni) dan orang yang memiliki disfungsi tubuh pada anggota badannya akan bergabung dengan Persatuan Penyandang Cacat seluruh Indonesia (PPCI, kini PPDI). Pun demikian dengan anak-anak didik yang dikategorikan sebagai 'Anak Berkebutuhan Khusus' (ABK) merupakan label yang menggolongkan jenis murid yang harus bersekolah di Sekolah Luar Biasa (SLB).

Kuatnya cara pandang "kenormalan" ini semakin mengokohkan 'rezim pengetahuan medik' ke dalam sistem ketatanegaraan maupun sistem kemasyarakatan. Kokohnya rezim kebenaran ini karena ditopang oleh institusi kesehatan dan para ahli medis mulai dari dokter, psikolog, psikiater maupun perawat panti dan institusi medik lainnya sehingga upaya-upaya menggoyahkannya pun bahkan sampai saat ini belum juga menemui keberhasilan penuh.

Hal ini menunjukkan betapa upaya kepengaturan orang-orang yang memiliki kemampuan yang berbeda dan unik (difabel) oleh negara dengan cara-cara pendekatan individual-medik sudah demikian kuatnya. Bahkan 'gerakan-gerakan difabilitas' progresif sekalipun yang sudah diupayakan oleh aktor-aktor gerakan difabel sejak dua dekade terakhir dan menjadi bagian dari bentuk "gerakan sosial baru" juga masih berupaya keras dengan kemenangan-kemenangan kecil namun diiringi dengan sejumlah ancaman terkooptasi baik oleh kepentingan terselubung donor-donor asing yang mendanai gerakan maupun ancaman kolonisasi pengetahuan berbasis medik yang disetir oleh Badan Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO (lihat Soldatic, Karen and Grech, Shaun, *Disability and Colonialism: (Dis)encounters and anxious intersectionalities*, 2016).

Cara pandang negara yang bertumpu kepada 'perspektif/model medik' ketika mengatur atau menangani permasalahan [maupun potensi] difabel adalah persoalan yang sesungguhnya dihadapi oleh para penggerak gerakan difabel di Indonesia. Inilah bentuk nyata bagaimana pola kepengaturan difabel bekerja membentuk kesadaran dan perilaku orang melalui 'teknologi kekuasaan' para pengusung 'normalisme'. Produk pengetahuan baik berupa informasi yang dipaparkan dalam berbagai tulisan ilmiah kesehatan maupun kebijakan-kebijakan publik yang mengekor kepada cara pandang medik ini dan pada semua

bentuk produk pengetahuan menjadi konsumsi publik dan kemudian diterima sebagai kebenaran tunggal.

Pendekatan model medik menyatakan bahwa disabilitas merupakan permasalahan dalam diri/karakteristik seseorang berdasarkan kecacatannya (*diseases, impairment*). Dengan demikian, kondisi lingkungan di luar diri difabel—yang sebenarnya justru banyak berperan melumpuhkan eksistensi diri maupun peran sosial difabel maupun keluarga difabel—diabaikan sebagai faktor utama bahkan tidak dianggap eksis. (French & Swain, 2004; Thomas, 2004b)

Dari perspektif medik ini, maka setiap orang yang dikategorikan sebagai “orang cacat” atau “abnormal” harus disembuhkan atau direhab—bahasa lain ‘normalisasi’ atau ‘medikalisasi’⁵—agar terjadi perubahan di dalam dirinya dan mampu menyesuaikan diri dengan kondisi atau kebiasaan-kebiasaan dalam masyarakat yang dianggap normal. Perspektif ini juga bersinggungan dengan pendekatan atau model lain yang disebut ‘model tragedi’ atau ‘model amal’ dalam studi disabilitas. Pendekatan ini berpendapat, difabel atau penyandang disabilitas adalah orang yang tak berdaya dan kemudian karena ketidakberdayaannya itu, maka seorang difabel layak dibantu dengan cara tertentu. Konsekuensinya kemudian, cara pandang ini menempatkan difabel sebagai ‘objek bantuan’ dan ‘objek rasa kasihan’ (*kamaseang*, Makassar, *mesakke. Bhs Jawa*) dari orang atau pihak-pihak yang menaruh perhatian kepada isu disabilitas.

Adapun pihak-pihak yang memiliki otoritas memberikan resep perlakuan dan pengobatan adalah para tenaga medis yang meliputi dokter, perawat, psikolog (Parson, 1951; Sieglar and Osmond, 1974, p. 116). Begitu kuatnya otoritas medik ini, kepakaran seseorang atau institusi yang menghimpun sejumlah tenaga ahli ini menjadi ‘modal kekuasaan’ yang kuat dan menempatkan mereka sebagai pemangku ‘kuasa profesional’ (*the professional power*). Hubungan dokter–pasien menjadi hubungan kekuasaan antara ‘yang mengontrol’ dengan ‘yang dikontrol’. (Ro’fah, 2015, hal. 144 – 146)

Hal ini kemudian melahirkan sejumlah asumsi bahwa orang-orang yang mengalami ‘kecacatan’ maupun ‘disabilitas’ merupakan ‘beban’ bagi keluarganya (Llewellyn & Hogan, 2000). Dengan demikian, berdasarkan perspektif model medik ini, menjadi orang cacat atau penyandang cacat atau penyandang disabilitas adalah tragedi yang harus “dihindari, dikurangi, atau bahkan harus dinormalisasi dengan berbagai alat dan cara” (lihat juga French & Swain, 2004, dalam Cologon, 2014).

Dominasi pendekatan medik terhadap aspek disabilitas⁶ sebagai cara pandang negara menunjukkan bahwa ada praktik kuasa yang terus mendorong

⁵ Medikalisasi ialah perluasan teknik pencegahan dan pengobatan penyakit berdasarkan atas tradisi medis ilmiah atau biomedisin dan ekspansi kekuasaan dokter dan paramedis ke dalam berbagai sendi kehidupan⁵ (lihat Pool dan Geissler 2005: 39).

⁶ Saat ini, WHO mendefinisikan disabilitas sebagai sebuah kondisi hasil interaksi antara seseorang dengan gangguan fungsi dan struktur tubuh dan atau mentalnya [medik] dengan lingkungannya sendiri (personal) maupun lingkungan eksternalnya [sosial] yang justru menghambat dirinya untuk beraktifitas dan berpartisipasi.

bergeraknya praktik medikalisasi dan individualisasi terhadap difabel. Ada tiga hal yang membuat kuasa medik (*politico-medical*) ini terus menjadi cara pandang dominan bahkan hegemonik negara. Pertama, tercapainya superioritas pengetahuan medik (*medical knowledge*) di antara bentuk-bentuk atau cabang-cabang pengetahuan lainnya. Kedua, pihak-pihak penopang [kuasa] pengetahuan medik atau *the professional power* ini seperti dokter, bidan, perawat, dst berikut institusinya telah mengalami kemapanan dan terorganisasi dengan sangat baik. Mereka mampu meraih posisi dominan dalam birokrasi maupun pranata sosial yang berkontribusi merasionalisasi masyarakat dalam berbagai kebijakan dan konvensi sosial. Foucault menyebutnya sebagai kekuasaan yang ditopang pengetahuan dan pengetahuan yang menyokong kekuasaan. Dalam tulisannya berjudul 'Prison Talk', bahwa 'tidak mungkin kekuasaan diterapkan tanpa pengetahuan, tidak mungkin pengetahuan tidak melahirkan kekuasaan' (Foucault 1980d: 52). Ketiga, bertemunya atau terhubungnya antara profesi medik dengan kelas penguasa kapitalis (Oliver, 1993).

Dari pengertian pendekatan medik di atas dan bagaimana negara menggunakan 'pengetahuan' itu dan memberi dukungan kepada institusi-institusi kuat yang menopang 'rezim kebenaran' itu telah menunjukkan bahwa pendekatan ini punya niat menempatkan difabel sebagai objek sakit yang hendak disembuhkan dan objek amal yang hendak dibantu agar bisa hidup lebih baik. Tetapi, kategorisasi 'sakit' dan 'layak dibantu' itulah yang justru menyengsarakan difabel dan keluarganya karena perspektif ini justru melahirkan sejumlah stigma yang menyebar secara massif di seluruh ranah kehidupan masyarakat. Belum lagi saat stigma bertemu dengan pandangan masyarakat soal prinsip hidup *nrimo* atau menerima nasib yang [dianggap] sudah ditakdirkan telah semakin menambah sisi ketidakberdayaan difabel untuk keluar dari kungkungan kuasa yang mencacatkan atau meniadakan kapasitas atau kemampuan mereka (*disabling environment*). Mulai dari ranah mikro—di dalam diri difabel itu sendiri, sampai di ranah makro yang menjangkau paradigma pengetahuan dan kebijakan negara.

Stigma sebagai orang sakit secara terus menerus, objek amal sepanjang hidup, dan tentu saja perlakuan-perlakuan diskriminatif menjadi bagian dari kehidupan difabel yang berlangsung tiada henti-hentinya. Rezim medik ini sudah begitu merasuk ke dalam pikiran banyak orang dan menjadi sumber kebenaran bagi sejumlah institusi yang berniat membereskan persoalan-persoalan difabel di semua sektor kehidupan atau penghidupannya.

Gugatan aktivis gerakan difabel atas cara pandang medik dan praktik individualisasi, marjinalisasi, eksklusi, pemiskinan difabel oleh negara (atau penguasa) menunjukkan bahwa cara pandang dominan ini keliru dan bahwa ada cara pandang lain yang diyakini lebih tepat untuk dipakai sebagai dasar berpikir maupun bertindak. Yakni cara pandang berbeda dari difabel terhadap dirinya sendiri. Pendekatan ini kontras dengan pendekatan medik yang individual, yakni pendekatan 'model sosial disabilitas' yang justru banyak menggugat aspek-aspek di luar diri difabel yang menghambat ragam aktivitas dan partisipasi yang

sebenarnya dapat dilakukan secara mandiri oleh difabel. Dengan perspektif model sosial ini, disabilitas seseorang barulah eksis ketika ‘desain-desain sosial’ yang tidak sesuai dengan ragam kemampuan yang dimiliki difabel bertemu di di manapun difabel berada. Sepanjang desain sosial itu dibuat dengan menyesuaikan kondisi difabel (misalnya sesuai dengan alat bantu geraknya: berkursi roda, bertongkat, pembaca huruf braile atau pengguna dijital akses) maka difabel bukan lagi orang sakit dan tidak mampu.

Menguatnya cara pandang sosial sebagai kritik atas dominasi medik menjadikan gerakan sosial difabel tidak lagi sekadar mempersoalkan aspek-aspek kesehatan saja, seperti pelayanan di rumah sakit, praktik rehabilitasi, penerapan pendidikan segregatif berdasarkan “kecacatan” seseorang.⁷ Kritik sudah menyentuh sejumlah aspek layanan publik seperti sektor pendidikan, transportasi publik, ketenagakerjaan, teknologi dan informasi, desain infrastruktur, pariwisata, keagamaan dan bahkan pada aspek-aspek pengukuran kesejahteraan penduduk. Hal ini pula yang menyebabkan menguatnya dialog maupun kontestasi pengetahuan antara institusi gerakan difabel dengan negara, khususnya jika disabilitas di pandang dari pendekatan hak asasi manusia. Salah satu hasil dari dialog dan kontestasi tersebut adalah diratifikasinya UN-CRPD pada 2011 dan disahkannya UU Penyandang Disabilitas yang baru pada Maret 2016 sebagai pengganti dari UU Penyandang Cacat No. 4 tahun 1997.

Walaupun ada beberapa keberhasilan di atas, basis kuasa pengetahuan negara masih sangat kuat dan praktik-praktik *ableism* belum sepenuhnya menyelesaikan persoalan sehari-hari difabel. Benar, bahwa telah terjadi perubahan atas ‘teks kebijakan’ yang sedikit banyak mulai mengadopsi pendekatan model sosial, namun, jika kita menggunakan perspektif kebijakan publik adalah bagian dari sebuah sistem hukum (*the Law system*) maka perubahan teks itu (*the content of law*) itu masih menyisakan dua konteks lain, yakni perubahan struktur hukum (*the structure of law*) yang mencakup lembaga dan aktor pelaksana kebijakan dan perubahan budaya hukum (*the cultural of law*) yang mencakup pemikiran, kebiasaan, dan praktik sehari-hari di tingkat masyarakat. (Topatimasang, Roem, dkk., 2001).

Untuk itu, saat ini, pemerintah daerah maupun DPRD kabupaten Enrekang sedang berada pada fase hendak menyiapkan teks kebijakan (Perda) yang dalam penyiapan butir-butir aturannya tak lepas dari pemahaman awal mengenai kondisi disabilitas di Enrekang. Untuk menyiapkan basis pengetahuan sebuah kebijakan itulah dibuat penelitian dan naskah akademik sebagai produknya. Naskah akademik ini yang menjadi pegangan pemerintah dan parlemen menyusun pasal-demi-pasal dalam perda nantinya.

Tetapi, harus dicamkan, persoalan-persoalan disabilitas sebagaimana dipaparkan di atas tidak serta merta mampu dihilangkan dengan hadirnya teks kebijakan tersebut. Banyak contoh untuk membuktikan bahwa sebuah teks kebijakan yang bagus tinggal menjadi aturan yang tidak dapat dipenuhi oleh

⁷ SLB A bagi tunanetra, SLB B untuk tunarungu-wicara, SLB C untuk tunagrahita, SLB D untuk tunadaksa dan SLB E untuk tunalaras.

pemerintah. Untuk itu, pascapengesahan sebuah aturan perjuangan mengangkat harkat dan martabat difabel melalui perlindungan dan pemenuhan hak-hak dasarnya masih perlu dilanjutkan bukan saja oleh birokrat dan wakil-wakil rakyat, tapi juga seluruh elemen masyarakat di daerah, termasuk pelaku sektor swasta. Pemerintah harus melakukan reformasi dalam memberikan layanan publik, warga masyarakat baik difabel maupun difabel juga perlu melakukan perubahan cara pandang dan keseriusan menerima dan melibatkan difabel sebagai bagian dari komunitas maupun masyarakat yang bisa berkontribusi positif dan bukan lagi dianggap sekadar beban—baik dalam keluarga, kelompok atau komunitas maupun masyarakat secara keseluruhan.

Untuk itu, penyusunan Perda dan pengesahannya nantinya, bisa dikatakan adalah awal dimulainya perjuangan untuk mengangkat harkat dan martabat difabel di seluruh desa di kabupaten Enrekang. Dan itulah perjuangan terberat sesungguhnya yang akan dihadapi, bukan hanya pada lahirnya butir-butir Perda, tetapi memenuhi hak difabel di sisi lain dan bagi difabel untuk tampil di masyarakat dengan harga diri sebagai manusia seutuhnya.

BAB II

RAGAM PERSPEKTIF DISABILITAS

A. Konsepsi dan Peristilahan Disabilitas

Jika merujuk kepada perubahan istilah regulasi dari ‘penyandang cacat’ (sebagaimana pada UU No. 4 tahun 1997) ke istilah ‘penyandang disabilitas’ (UU No. 8 tahun 2016), maka ada kesan yang menggambarkan bahwa istilah kecacatan dan disabilitas merupakan hal yang sama. Padahal, kecacatan, istilah yang dipakai berpuluh tahun lamanya telah banyak mengandung konotasi negatif. Ia bukan sekadar label tapi juga sekaligus stereotif, karena makna kecacatan adalah kerusakan. Menurut Joni Yulianto, ‘cacat’ sebenarnya lebih dekat kepada makna penyakit (*diseases*), belum sebagai *impairment* sebagaimana dalam istilah berbahasa Inggris. Misalnya, jika menggunakan istilah ‘matanya buta’, maka itu akan berbeda dengan ‘matanya cacat’.

Untuk itu, jika menggunakan kata ‘buta’ maka itu adalah *‘impairment’*. Lalu, jika orang buta ini tidak diberikan kemampuan membaca dan menulis dengan seperangkat pengetahuan berbasis huruf braille, maka ia menjadi orang dengan ‘disabilitas’, di mana bukan karena kebutaannya ia tidak bisa membaca dan menulis, tetapi akses atau peluang untuknya mempelajari dan memiliki alat-alat yang memungkinkannya menulis dan membaca itulah yang tidak tersedia. Hal sama berlaku kepada Tuli yang bukan karena ketuliannya atau *impairment*-nya lantas ia tidak dapat berbahasa dan berkomunikasi dengan orang lain. Ia hanya membutuhkan alat atau metode lain yang lebih sesuai dengan dirinya agar bisa beraktivitas. Jika alat-alat itu—biasa disebut sebagai *assisstive devices*—tidak tersedia maka ia mengalami kondisi disabilitas. Dengan demikian, mengubah konsepsi kecacatan menjadi disabilitas bisa dikatakan sebagai upaya pemerintah—melalui desakan masyarakat difabel—menjernihkan makna negatif yang selama ini melekat dalam kata cacat.

Dalam konteks kajian akademik maupun gerakan sosial, konsep disabilitas memiliki pengertian yang kompleks, multidimensi dan luas. Dalam banyak literatur mengenai disabilitas, konsep utama yang dibahas adalah pengertian *‘impairment’* dan *‘disability’* berikut sejumlah peristilahan yang muncul kemudian (neologisme). Perbedaan pengertian maupun titik tekan pembahasan disabilitas membuat kajian atau pemikiran soal disabilitas ini menjadi beragam. Keragaman itu bisa disebabkan oleh siapa dan apa kepentingan penulisnya, lokus permasalahan yang sedang dibahas, maupun konteks spesifik tertentu terkait aspek sosial, budaya maupun politik di mana persoalan disabilitas itu dibahas.

Bagi pengambil kebijakan atau pemerintah, kajian mengenai disabilitas dilakukan untuk mengetahui kategori orangnya: *person with or without disability*, *disabled people* atau *non-disabled people*, difabel atau non-difabel, dan seterusnya sampai kepada kategorisasi difabel berdasarkan jenis *impairment*-nya. Pemilihan atau kategorisasi ini bagi pengambil kebijakan bisa terkait dengan perlunya kebijakan kesejahteraan bagi warga negara atau warga

difabel sebagai upaya memenuhi haknya sebagai warga negara. Baik terkait penyusunan rencana program terkait sasaran bantuan maupun untuk mengukur sejauh mana keberhasilan sebuah program pemerintah bagi masyarakat.

Sementara itu, bagi profesional medik atau pengelola rehabilitasi difabel—sebagai ‘pasien’, kajian disabilitas bisa bertujuan menguji atau menyiapkan model intervensi melalui rehabilitasi bagi difabel (baik rehabilitasi berbasis medik maupun rehabilitasi bersumberdaya masyarakat). Kajiannya bisa terkait apakah dengan model rehabilitasi tertentu seorang difabel bisa dikurangi tingkat atau level patologinya, bisa ditingkatkan kemampuan atau keterampilannya, atau bisa membuatnya memiliki peran sosial di tengah masyarakat.

Bagi akademisi atau ilmuwan sosial, kajian soal disabilitas dapat dilakukan misalnya untuk memahami sebab-sebab ketidakberuntungan difabel secara sosial, atau untuk mengetahui atau membantu memahami kaitan antara difabel dengan lingkungan di luar dirinya baik secara sosial, politik, ekonomi maupun budaya yang merentankan dirinya. Hasil kajiannya selain berguna untuk pengembangan teori sosial terkait upaya-upaya mengurangi kerentanan dan eksklusi dll, juga berguna bagi pengambil kebijakan atau tenaga profesional yang berkeinginan untuk meningkatkan kualitas hidup difabel melalui intervensi berupa program-program pemberdayaan masyarakat.

Sementara bagi difabel, kajian-kajian yang mereka lakukan sendiri terkait disabilitas dapat ditujukan untuk lebih memahami bagaimana diri mereka sebagai difabel, bagaimana lingkungan di luar diri mereka mempengaruhi tingkat kemandirian maupun kerentanannya, serta memahami bagaimana pengalaman sebagai difabel (dengan beragam kategori *impairment-nya*)—yang tidak akan dialami oleh peneliti non-difabel, dan menegaskan identitas dirinya sebagai difabel dan menyiapkan pondasi penting bagi gerakan memperjuangkan kepentingan difabel.

Klasifikasi pemikiran-pemikiran yang lahir dari kajian para akademisi, aktivis gerakan disabilitas, para profesional, maupun pengambil kebijakan, baik skala lokal maupun internasional di atas, dalam kenyataannya seringkali berada dalam ketegangan yang keras. Kontestasi ‘kuasa pengetahuan’ sebagai upaya memproduksi ‘pengetahuan disabilitas’ tak terhindarkan ketika pemikiran tertentu diadopsi dalam kebijakan maupun program-program intervensi yang ternyata [dapat] menghasilkan efek lain yang [justru] merugikan difabel.

Dalam kajian disabilitas (*disability studies*), kategorisasi pemikiran atau teori-teori disabilitas dimasukkan ke dalam beragam model disabilitas. Dari sekian banyak model disabilitas yang penulis identifikasi terdapat 4 model yang dominan muncul dalam literatur atau kajian disabilitas. Keempat model ini meliputi model medik disabilitas (*medical model of disability*), model sosial (*social model of disability*), model berbasis hak (*rights model of disability*) dan model kajian disabilitas kritis (*model of critical disability Theories*).

B. Model Medik Disabilitas: Impairment sebagai masalah dalam diri individu

Model Medik Disabilitas merupakan model yang paling banyak melakukan kajian dan hasilnya mempengaruhi cara pandang beragam pihak terkait disabilitas. Model medik melihat kondisi '*impairment*' atau kondisi tubuh seseorang sebagai konsekuensi 'penyimpangan' atau kerusakan fungsi tubuh 'normal'-nya, bukan dan bahkan sama sekali tidak mempertimbangkan aspek sosial—misalnya konsekuensi medikalisasi difabel dalam kehidupan sosialnya.

Dalam penelitian soal disabilitas berperspektif medik, individu yang memiliki "kecacatan" (*impairment*) atau gangguan fisik dan mental, dilihat sebagai 'disabilitas' yang murni merupakan masalah medik yang harus 'dirawat' untuk disembuhkan, atau 'direhabilitasi' baik untuk mengurangi tingkat patologi maupun menyiapkan keterampilan baru berdasarkan kondisi tubuhnya. Perspektif medik menekankan bahwa disabilitas terkait dengan 'fungsi biologis' atau 'fisiologis' dalam diri seseorang (Sillers, 1998). Berdasarkan cara pandang itu, Perspektif medis mengklasifikasikan disabilitas (atau seorang dengan disabilitas) sepenuhnya terkait dengan tubuh individunya—misalnya buta, tuli, *cerebral palsy*, *spinal cord injured*, polio, *skizoprenia*, autisme dst—terlepas dari faktor-faktor eksternal diri difabel tersebut, seperti aspek sosial seseorang yang dicap-miring (stereotif) sebagai 'sakit', 'gila' atau tepatnya orang dengan gangguan kejiwaan (odgji), 'berkebutuhan khusus', penderita, dst.

Perspektif ini juga biasanya disebut sebagai perspektif konservatif, di mana para ahli memandang bahwa persoalan yang disebabkan oleh 'disabilitas' dianggap berada dan bersumber dalam diri individu dan terlepas dari konteks sosial, atau sekadar mengidentifikasi difabel sebagai masalah biologis (organ tubuh).

Problematisasi disabilitas sebagai persoalan medik bertujuan untuk menemukan solusi atas permasalahan disfungsi tubuh, mental maupun intelektualitas difabel—dalam hal ini ditempatkan sebagai pasien. Tujuannya adalah untuk menemukan obat medis dan menemukan atau memodifikasi teknologi kesehatan demi penyembuhan "sakitnya" dan merehabilitasi 'impairmentnya'.

Dalam pandangan 'medik klasik', Gerakan eugenika (*The eugenics movement*) merupakan contoh ilmuwan atau praktisi medik yang mengagungkan pendekatan medik dalam menilai kualitas hidup seseorang. Eugenika sendiri memiliki pengertian "memperbaiki" ras manusia dengan membuang orang-orang berpenyakit dan memiliki gangguan fungsi tubuh dan mental serta memperbanyak individu sehat (mengutip dari http://id.wikipedia.org/wiki/Eugenika#cite_ref-Osborn1937_1-0 yang mengutipnya dari "Development of a Eugenic Philosophy" by Frederick Osborn in *American Sociological Review*, Vol. 2, No. 3 (Jun., 1937), pp. 389-397).

Dalam mengaitkan pandangan medik ini dengan praktik pembangunan, pelaku pembangunan yang terdiri dari pengambil kebijakan, profesional, ilmuwan dan praktisi—yang mengusung model medik membuat beragam teknik

pengukuran kualitas hidup seseorang. Untuk menyiapkan instrumen tersebut, fokus perhatiannya adalah pada “bagaimana mendefinisikan dan menggambarkan penyakit (*diseases*) yang diderita seseorang, mengklasifikasikan patologi yang diidap, dan bahkan memberikan wacana mengenai individu yang terdampak” (Huber & Gillaspy, 1998, hal. 201). Perspektif medis kemudian menyusun banyak terminologi dan klasifikasi ‘kecacatan’ atau disabilitas berikut implikasi kecacatan itu dengan kondisi kemampuannya dalam aktivitas sehari-hari. Contoh instrumen yang dipakai dan terus menerus disempurnakan oleh akademisi/praktisi medik adalah *International Classification of Diseases* (ICD).

ICD atau International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems atau disingkat International Classification of Diseases (ICD) adalah alat diagnostik standar internasional untuk epidemiologi, manajemen kesehatan, dan tujuan klinis. ICD dikelola oleh World Health Organization (WHO), badan pengarah dan koordinasi untuk kesehatan di dalam Sistem Perserikatan Bangsa-Bangsa. ICD dirancang sebagai sistem klasifikasi perawatan kesehatan, menyediakan sistem kode diagnostik untuk mengklasifikasikan penyakit, termasuk klasifikasi mengenai berbagai tanda, gejala, temuan abnormal, keluhan, keadaan sosial dan penyebab luar cedera atau penyakit.

Konsep ini berkembang dan mengalami revisi hingga kali ke sepuluh sejak 1853 – 1989. Perubahan-perubahan konsepsi dan model pengukuran kesehatan dilakukan melalui konferensi para tenaga medis. Pada konferensi pertama sampai kelima, digunakan International List of Causes of Death (ILCD) atau daftar penyebab kematian. Pada konferensi ke-6 sampai ke-10 sudah menggunakan ICD. (<http://imamfirmansyah.weblog.esaunggul.ac.id/sejarah-perkembangan-icd/>, diakses Januari 2018).

Sebagai pendekatan mainstream, perspektif medik dalam mengamati ‘disabilitas’ tidak lepas dari kritik dari perspektif lain, khususnya dari kalangan ilmuwan sosial. Salah satu kritikus itu adalah Prof. Saad Nagi asal Mesir yang mengabdikan di ‘Ohio State University’ Amerika Serikat sejak 1950-an. Prof. Nagi merupakan sosiolog yang mendalami isu Disabilitas dan Gerakan Sosial. Pemikiran Nagi yang memasukkan perspektif sosial dalam kajian disabilitas mendasari lahirnya pendekatan ‘model sosial disabilitas’.

Berdasarkan cara pandang sosial, Nagi dalam satu dekade (60 – 70-an) menyusun instrumen pengukuran disabilitas yang kemudian disebut ‘Skala Fungsionalitas Nagi (*The Nagi Scale Functionality*)’. Model yang dikembangkan Nagi ini mengubah cara pandang pemerintah dan banyak orang Amerika terkait disabilitas dan mulai dipakai saat Pemerintah Amerika Serikat hendak mengatur kebijakan soal disabilitas dimulai pada 1986. Kemudian setelah berterima, teori Nagi akhirnya mendasari regulasi The American with Disability Act (ADA) yang disahkan pada 1990. Konsepsi Nagi ini secara tegas menyebutkan bahwa ‘keterbatasan seseorang tidak didasarkan pada kondisi *impairment* atau gangguan medis, melainkan pada kurangnya adaptasi di lingkungan sosial seseorang.

Gagasan Nagi ini juga mempengaruhi WHO untuk menyempurnakan instrumen pengukuran disabilitas dengan mulai memasukkan perspektif sosial ini. WHO menugaskan Philip Wood, Elizabeth Badley, dan Michael Bury untuk menyusun instrumen tersebut yang kemudian dinamakan ICIDH-1 atau (International Classification of Impairment, Disability, and Handicap) yang mulai dipublikasikan pada 1980 dan mengalami revisi pada tahun 2001. Revisi ini mengubah istilah 'Handicap' menjadi 'Health' ICIDH-2 yang dikritik sebagai istilah yang kurang tepat karena dianggap sebagai bentuk ketidakmampuan atau hanya mampu mengemis '*cap in hand*' (Shakespeare, 'models' dalam Encyclopedia of Disability, 2006, hal.1105).

Selain WHO, *Institute of Medicine* (IOM) juga memperkenalkan konsep disabilitas—dengan cara pandang 'patologi' dan 'penyakit' yang dominan. Menurut kedua institusi ini, terdapat tiga level pengertian dalam memahami difabel (seorang dengan disabilitas), yakni:

1. Level organ tubuh,
2. Level personal, dan
3. Level sosial.

Pada level organ, tubuh yang tak lengkap karena alasan patologi atau penyakit mereka sebut '*impairment*'. Pada level personal, baik Nagi maupun IOM menggunakan istilah 'keterbatasan fungsional akibat struktur tubuh yang *impairment*', sementara WHO menyebutnya 'disabilitas'. Pada level ketiga atau level sosial, Nagi dan IOM menyebutnya disabilitas, sedangkan WHO menyebutnya *handicap*. Konsep pengukuran kesehatan WHO ini disebut International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) yang merupakan penyempurnaan dari instrumen ICD (International Classification of Diseases (ICD)). Sebenarnya, dalam upaya menyempurnakan instrumen medik ini, ICD juga mengalami perbaikan sampai versi kesepuluh ICD-10.

Pembedaan pemahaman atau konsep dan terminologi ini ke dalam 3 level merupakan cara untuk menghindari kesan negatif atau stereotif dari masyarakat kepada seseorang (lihat Whiteneck, Gale. "Conceptual models of disability: past, present, and future." *Workshop on disability in America: A new look*. Washington DC: The National Academies Press, 2006).

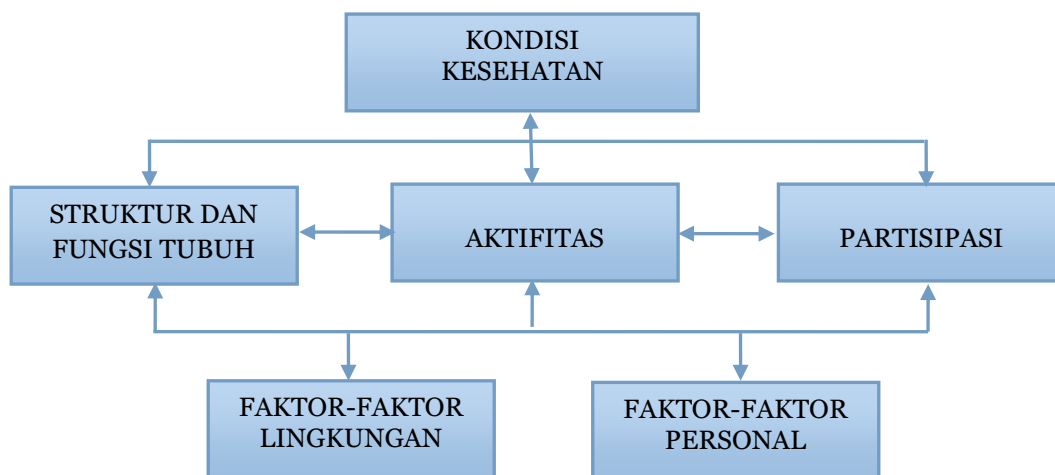
Seiring perkembangan waktu dan pengalaman menerapkan konsep dan terminologi disabilitas ini di ranah kebijakan dan program pembangunan, serta kritik sosial terhadap pendekatan medik, upaya penyempurnaan konsep tersebut tetap dilakukan. IOM pada 1997 dan WHO pada 2001 memunculkan domain baru dalam upaya memahami 'kondisi kesehatan' manusia, yakni domain 'faktor lingkungan' dan 'faktor personal'. Apa yang sebelumnya disebut *impairment* berubah menjadi struktur dan fungsi tubuh (level 1 [organ]). Di level 2 (person) sebelumnya disebut keterbatasan fungsional menjadi 'kemampuan aktifitas'. Kemudian, apa yang disebut 'disabilitas' atau 'handicap' kini dipahami sebagai 'kemampuan partisipasi' dengan bentuk aktifitas di wilayah publik/sosial.

Konsep ini dinamakan Internasional Classification of Functioning for Disability and Health (ICF).

Konsep Functioning dalam instrumen ini sangat dipengaruhi oleh pemikiran Amartya Sen terkait Kapabilitas (kemampuan). Konsepsi kapabilitas Sen ini bahkan juga memengaruhi cara PBB mengukur kualitas pembangunan manusia yang diadopsi secara luas di seluruh dunia.

Bagaimana kondisi ketiganya: tubuh, aktifitas, dan partisipasi ini berjalan amat bergantung pada bagaimana faktor lingkungan semisal sistem pengetahuan, ajaran agama, paradigma, dan seterusnya dan faktor personalitas seseorang terkait usia, jenis kelamin, orientasi seksual, kepribadian dan seterusnya, memperlakukan seseorang.

Bagan Model Disabilitas ICF



Sumber: WHO's International Classification of Functioning (ICF)

Jika menggunakan konsepsi WHO di atas di mana aspek kesehatan masih menjadi salah satu bagian dalam memahami kehidupan disabilitas, maka gambaran disabilitas kurang lebih sebagai berikut.

Fungsi dan struktur tubuh difabel adalah mencakup jenis-jenis *impairment* atau gangguan fungsi tubuh dan mental. Misalnya seseorang baru saja mengalami operasi amputasi lengan atau kakinya. Lalu, saat ia akan **beraktifitas** maka kita akan melihat dari aspek 'aktifitas' kesehariannya. Aspek aktifitas ini dapat mencakup cara atau metode belajar, cara makan, cara mandi, perawatan tubuh, dan pekerjaan di rumah dan lain-lain. Dalam beraktifitas inilah maka difabel tadi membutuhkan alat-alat bantu semisal kruk, kaki palsu, atau kursi roda dan tentu saja sejumlah desain yang memudahkan ia beraktifitas seperti model kamar mandi atau WC, model pintu kamar, model meja belajar, dan lain-lain terkait dengan jenis aktifitasnya.

Aspek lain adalah **Berpartisipasi** di ranah publik. Partisipasi difabel mencakup jenis dan tingkat partisipasi di luar rumah, bagaimana orang-orang kemudian memperlakukan atau menerimanya secara sosial. Contohnya,

bagaimana ia menuju mesjid atau gereja untuk beribadah. Bagaimana ia menuju lokasi kantornya saat hendak bekerja, lingkungan kantornya dan perlakuan rekan-rekan kerjanya dan tentu saja kebijakan kantor dan seterusnya dengan beragam jenis partisipasi, apakah partisipasi ekonomi, pendidikan, dan tentu saja politik. Setelah itu, perhatikan lagi bagaimana Faktor Lingkungan difabel yang mencakup: kondisi lingkungan, sistem pengetahuan, budaya, keyakinan warga, dan sebagainya. Sedangkan pada Faktor Personal difabel akan meliputi faktor usianya, jenis kelaminnya, orientasi seksualnya, pandangan hidupnya, latar pengetahuan dan pengalamannya dan lain sebagainya.

Saat ini, pendekatan ICF terkait disabilitas mengalami “globalisasi gagasan”. ICF diadopsi oleh WHO dan mempengaruhi sejumlah instrumen pengukuran kesejahteraan disabilitas seperti dalam Survei Kesehatan Dunia (World Health Survey) 2002 – 2004. Survei ini merupakan survei kesehatan dan disabilitas rumah tangga multi-nasional terbesar yang diterapkan oleh WHO. Survei dilaksanakan di 70 negara, termasuk Indonesia.

Belakangan, setelah PBB mengesahkan Konvensi Hak-hak difabel dan diratifikasi oleh mayoritas anggota PBB upaya melakukan globalisasi pengukuran disabilitas mulai dilakukan oleh ‘Washington Group (WG) on Disability Statistic’ dalam menyiapkan instrumen ‘statistik disabilitas’ yang kini mulai diadopsi oleh banyak negara (termasuk Indonesia yang sudah mulai mengujicobakan instrumen tersebut di Kabupaten Bekasi dan Kabupaten Depok). BPS Indonesia adalah salah satu dari 118 Badan Statistik Nasional yang tergabung dalam aliansi WG ini. WG merupakan bagian dari PBB di bawah Komisi Statistik PBB.

C. Model Sosial Disabilitas: Disabilitas sebagai pengalaman penindasan sosial bagi individu dengan impairment.

Cara pandang medik atas disabilitas dalam Model Medik Disabilitas mendapat kritik dari kalangan aktivis/akademisi gerakan disabilitas, khususnya dari Inggris (*the Union of Physically Impaired Against Segregation, UPIAS*) dan Amerika Serikat (*the Disability Civil Rights/Independent Living Movement*). Beberapa akademisi/aktivis gerakan difabel yang tergabung di UPIAS di Inggris telah melahirkan gagasan-gagasan utama bagi gerakan difabel di Inggris. Gagasan mereka terkait disabilitas—yang tidak bertumpu pada impairment sebagaimana dalam model medik disabilitas—dituangkan dalam dokumen gerakan UPIAS.

Disabilitas merupakan kondisi dari relasi antara ‘orang dengan *impairment*’ dengan masyarakat yang mengabaikan atau meminggirkan mereka (UPIAS, 1976, hal. 3-4). Pengabaian masyarakat itu merupakan bagian dari tekanan atau ‘penindasan’ yang dilakukan secara sosial. Pemikiran ini kemudian menjadi landasan ideologi gerakan disabilitas UPIAS seperti dalam slogan mereka “*disabled by society, not by our bodies*”. (Oliver, 1990, Thomas, 1999, hal. 14).

Disabilitas, menurut 'Model Sosial Disabilitas' adalah hasil dari bagaimana karakteristik fisik atau mental seseorang memengaruhi berfungsinya diri mereka dalam suatu lingkungan dan harapan untuk upaya pemungisian kapasitas yang mereka miliki (Silvers 1998, 2000). Pemungisian yang dimaksud adalah misalnya bahwa walaupun seseorang buta namun tidak berarti ia sakit dan tidak dapat berkomunikasi secara sewajarnya. Seorang difabel penglihatan akan tetap dapat memungisikan kapasitasnya dengan dukungan fasilitas atau alat berkomunikasi, seperti dengan laptop 'bersuara' yang memiliki program JAWS (*screen reader*) dan dengan dukungan *software* DAMAYANTI (untuk suara dengan dialek Indonesia).

Amat kontras dengan perspektif medik, perspektif sosial memandang disabilitas seseorang (dan bukan tubuhnya) lebih sebagai akibat dari faktor eksternal yang dikenakan pada seseorang daripada sekadar fungsi biologis difabel itu. Perspektif sosial memungkinkan kita untuk melihat disabilitas sebagai efek dari lingkungan [eksternal] yang tidak mengakomodasi bentuk dan kondisi tubuh tertentu dan bukan hal yang lain, [dan untuk itu] difabel lebih membutuhkan kemajuan dalam keadilan sosial dan bukan sekadar dalam kemajuan kedokteran (Siebers, 2001, hal. 738). Keyakinan-keyakinan dan fungsi-fungsi sosial yang kemudian meminggirkan dan melemahkan peran difabel dapat dilihat sebagai hambatan untuk hidup sepenuhnya bersandar pada [tipe] kemampuan mereka. Jadi, dalam perspektif gerakan disabilitas yang mengusung model sosial ini, tidak menjadikan kondisi 'impairment' sebagai masalah, melainkan pada aspek sosial yang tidak menyesuaikan kondisi *impairment* seseorang.

Perspektif sosial menyatakan bahwa memahami konstruksi sosial yang menindas difabel selama ini harus digunakan untuk mengurangi berbagai 'ketidakberuntungan' yang sudah diciptakan oleh 'pandangan masyarakat' bahwa diri individu adalah yang tidak mampu akibat adanya 'gangguan fungsi tubuh dan mental'. Tatanan sosial harus diubah melalui perbaikan cara pandang akan disabilitas demi menjamin terciptanya aksesibilitas dan kesetaraan sosial, politik, ekonomi, budaya dan lain sebagainya bagi semua orang (Silvers, 1998).

Pendekatan sosial ini berkembang pesat dan menonjol, atau setidaknya paling sering dibahas dalam perbincangan soal 'klasifikasi sosial disabilitas' khususnya oleh aktivis gerakan sosial/gerakan disabilitas. Di Indonesia, Mansour Fakih (akademisi/aktivis), Setyo Adi Purwanta (aktivis gerakan difabel) dan generasi-generasi akademisi/aktivis disabilitas setelahnya seperti Ro'fah, Suharto, Joni Yulianto, Slamet Thohari, Bahrul Fuad, Hari Kuniawan, Purwanti dll telah fokus pada isu-isu disabilitas secara spesifik dalam perspektif sosial [dan hak] sebagai hal yang sangat penting.

Dalam kajian Model Sosial Disabilitas, stigma (dalam sosial-kemasyarakatan) di banyak daerah dengan beragam latar kebudayaannya, telah berkontribusi meminggirkan difabel dalam proses-proses sosial maupun politik (lihat Riddell, 1996, hal. 86). Perspektif ini memandang disabilitas sebagai ciptaan langsung dari eksklusi atau pengabaian sosial melalui tindakan-tindakan 'pelabelan' (*labeling*), 'stereotifikasi' (*stereotyping*), 'pemisahan' (*segregating*)

dan ‘diskriminasi’ (*discriminating*) baik melalui sarana hukum, kebijakan, maupun standar atau norma sosial.

Pemikiran disabilitas dalam ‘Model Sosial Disabilitas’ juga sangat dipengaruhi oleh perspektif ‘materialis’ atau ekonomi, di mana penindasan terhadap difabel dikenali berakar dalam domain ekonomi, baik dalam diri individu maupun dalam sikap orang lain (Barnes, 1990; Finkelstein, 1980; Oliver, 1990).

Menurut perspektif materialis, terjadinya disabilitas merupakan sebab-sebab ekonomi yang nyata, seperti kepentingan seorang ‘profesional’, ‘perubahan teknologi’, dan ‘prioritas ekonomi’. Dalam pandangan ini, sebagai contoh, seorang difabel menjadi kurang dihargai sebagai pekerja oleh majikan, dipandang sebagai kendala oleh pekerja lainnya, adalah karena ia memiliki kesulitan yang lebih besar dalam berurusan dengan teknologi baru yang menopang sistem produksi. Semua faktor ini berkontribusi terhadap sikap yang berfungsi meminggirkan para difabel karena alasan-alasan ekonomi itu. Perspektif ini memandang bahwa masalah utamanya adalah pada adanya persepsi bahwa ‘difabel memiliki nilai ekonomi yang lebih rendah dibandingkan dengan anggota masyarakat lainnya’.

D. Model Hak Asasi Manusia: Orang dengan Disabilitas memiliki hak-hak khusus sebagai manusia

Akademisi, Profesional, aktivis gerakan, penentu kebijakan, yang bergerak di bidang disabilitas yang masuk dalam ‘model hak asasi manusia’ dipengaruhi oleh spirit deklarasi Hak Asasi Manusia 1948. Aktivitasnya semakin menguat seiring dengan perjuangan hak-hak sipil, perempuan (Feminisme), dan hak-hak anak. Sejumlah konvensi internasional disahkan oleh Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa seperti Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (*United Nations - International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 1976) dan beberapa konvensi lainnya menunjukkan adanya pergeseran dalam meningkatkan kualitas kemanusiaan.

Jika sebelumnya, prinsip *needs based approach* menjadi landasan pembangunan, maka pendekatan itu diperkuat lagi dengan *right based approach*. Diskriminasi sebagai salah satu akar dari menurunnya kualitas hidup manusia dapat dianggap sebagai pelanggaran hak-hak individual/difabel atau sebagai sebuah tindakan kejahatan.

Di beberapa negara, upaya-upaya menegakkan hak-hak difabel diatur dalam sebuah aturan setingkat Undang-undang. Di Amerika Serikat, gerakan berbasis hak-hak disabilitas (*Disability Rights Movement*) berhasil mendorong pemerintah menyusun dan mengesahkan *the American with Disability Act* (ADA). Lima tahun kemudian, di Inggris, pemerintah mengesahkan Undang-Undang Diskriminasi Disabilitas (*Discrimination Disability Act*) pada 1995 dan kemudian mengalami penyempurnaan sebanyak dua kali, yakni pada 2000 dan 2010 menjadi Undang-undang Kesetaraan (*Equality Act 2010*).

Awal meluasnya isu disabilitas secara global mulai pada 1980-an ketika PBB menetapkan 1981 sebagai tahun *Persons with Disability*—kini setiap tanggal 3 Desember diperingati sebagai Hari Difabel Internasional. Di tahun berikutnya, 1982, PBB menerbitkan Program Aksi Dunia Peduli difabel (*United Nations - World Programme of Action Concerning Disabled Persons*. 1982, www.independentliving.org/files/WPACDP.pdf (diakses Januari 2018) yang bertujuan mempromosikan langkah-langkah efektif pencegahan disabilitas, rehabilitasi dan realisasi tujuan "partisipasi penuh" dan kesetaraan bagi difabel dalam kehidupan sosial dan pembangunan. Artinya upaya menyiapkan peluang yang sama bagi seluruh populasi secara setara untuk peningkatan kualitas hidup dalam pembangunan ekonomi dan sosial di semua negara dapat tercapai.

Pada 1990-an, isu disabilitas sudah masuk dalam agenda PBB. Upaya mendorong agar hak-hak difabel juga diatur ke dalam konvensi diupayakan terus-menerus. Memasuki 2006, akhirnya PBB mengesahkan CRPD. CRPD kemudian disetujui oleh 172 negara anggota PBB (hingga 2018), termasuk di Indonesia yang meratifikasi Konvensi tersebut pada 2011 (*UN Humans Rights Office of High Commissioner, Report on CRPD State Party, pg. 1* (diunduh dari http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/OHCHR_Map_CRPD.pdf) diakses 02 Februari 2018, Pkl 14:17 WITA).

Sejak saat itu, pendekatan berbasis hak-hak difabel menjadi landasan kuat bagi akademisi dan aktivis gerakan sosial. Untuk menguatkan dokumen aturan terkait ratifikasi itu, aktivis gerakan difabel dari beragam organisasi menyiapkan naskah akademik dan rancangan UU terkait Penyandang Disabilitas sekaligus menggantikan UU Penyandang Cacat (1997) yang bercorak model individual dan medik—walaupun dalam kenyataannya, bayang-bayang medikalisasi itu masih tetap tampak dalam beberapa pasal, seperti kategorisasi *impairment* dan ketiadaan definisi operasional soal 'disabilitas'.

Ketiadaan definisi operasional (dalam konteks regulasi disebut 'ketentuan umum') tentang 'disabilitas' dalam UU Penyandang Disabilitas No. 8 tahun 2016 cukup aneh bagi kami. Dalam regulasi disabilitas di sejumlah negara (khususnya yang telah meratifikasi UN-CRPD), terdapat definisi 'disabilitas' mengingat pengaturan sesungguhnya terkait undang-undang ini adalah soal 'diskriminasi disabilitas' dan bukan pengaturan soal person atau individunya. Dalam dokumen UN-CRPD definisi disabilitas itu disebutkan secara gamblang sebagai:

"Disabilitas merupakan suatu konsep yang terus berkembang dan disabilitas merupakan hasil interaksi antara 'orang-orang dengan impairment' dan 'sikap serta lingkungan yang menghambat partisipasi penuh dan efektif mereka' di dalam masyarakat berdasarkan kesetaraan dengan yang lainnya."

Selain menegaskan hak-hak difabel, CRPD juga memberi pengakuan bahwa orang dengan disabilitas memiliki keberagaman berdasarkan kondisi tubuh dan jenis hambatan-hambatan sosial yang dihadapinya.

Di Malaysia misalnya, definisi disabilitas ini dinyatakan bahwa "ketidakupayaan [disabilitas] merupakan suatu konsep yang sentiasa

berkembang dan bahawa ketidakupayaan terhasil daripada interaksi antara orang kurang upaya dengan halangan sikap dan persekitaran yang menyekat penyertaan penuh dan berkesan mereka dalam masyarakat atas asas kesetaraan dengan orang upaya” (*Undang-Undang Malaysia, Akta Orang Kurang Upaya, Akta 685, 2008*). Bahkan, jika merujuk pada pengertian Disabilitas yang dibangun dan digunakan di Perancis, pemaknaan [situasi] disabilitas itu ditempatkan dalam ‘bahasa politik’ yang tegas. Campbell, mengutip Hamonet menyatakan bahwa “...disabilitas merupakan sebuah konfrontasi antara [kondisi] kemampuan seseorang dan situasi yang dihadapinya dalam hidupnya baik pada tataran makro (seperti bersekolah, bekerja, berolah raga, dst) maupun mikro (seperti memotong daging, mengetik dengan komputer braille, dst). Situasi penidakmampuan ini tidak hanya berlangsung secara struktural, material namun juga (khususnya) berbasis budaya. (Hamonet, 2006, hal. 1, dikutip dari Campbell, F. K. (2009). *Contours of ableism: The production of disability and abledness*. New York: Palgrave Macmillan).

Dalam kenyataannya, perspektif hak asasi ini memang telah memberi pengakuan akan kesetaraan bagi difabel di seluruh sektor penghidupannya. Hak-hak asasi difabel sebagaimana diatur dalam CRPD juga dipandang sebagai salah satu instrumen hak asasi manusia paling inovatif dan ekstensif (*United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, NY: United Nations; 2007). Ada 50 pasal dan sebuah protokol opsional (pilihan, Indonesia termasuk negara yang belum meratifikasi 1 opsional protokol ini).

Inklusivitas juga menjadi ciri khas dari model hak-hak disabilitas ini. Inklusivitas itu khususnya ditekankan pada aspek pembangunan manusia yang dikaitkan dengan pendekatan kapabilitas (kemampuan) Amartya Sen dan Martha Nussbaum (lihat juga, Baylies C. *Disability and the notion of human development: questions of rights and capabilities*, *Disability & Society* Vol. 17, Iss. 7, 2002). Salah satu kritik yang diajukan oleh aktivis gerakan disabilitas adalah tidak terakomodasinya pelibatan difabel sebagai target pembangunan manusia dalam Millenium Development Goals (MDGs).⁸ Kini, berkat dorongan terus menerus, aktivis gerakan difabel berhasil memasukkan kepentingan difabel dalam pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)—khususnya pada 13 tujuan dari 17 TPB yang ditargetkan.

Namun, hak-hak dalam UU No. 19/2009 (Ratifikasi UN-CRPD) tersebut belum sepenuhnya bisa terpenuhi sejak lebih satu dekade pengesahannya. Pengakuan hak-hak difabel yang dituangkan dalam regulasi tidak serta merta hak tersebut bisa dinikmati. Perspektif medik masih kuat pengaruhnya dalam pikiran-pikiran orang-orang yang mengurus kepentingan publik. Difabel masih mengalami pembedaan dan bahkan diskriminasi.

Sampai saat ini, konsepsi kesehatan masih dipakai dalam menentukan mampu tidaknya seseorang secara jasmani dan rohani—misalnya dalam

⁸ Lihat, United Nations, “Disability and the Millennium Development Goals: A Review of the MDG Process and Strategies for Inclusion of Disability Issues in Millennium Development Goal Efforts” (2011). Bisa dibaca di: http://www.un.org/disabilities/documents/review_of_disability_and_the_mdgs.pdf.

Pemilu/pemilukada. Anak-anak difabel masih ditolak di sekolah umum dan lebih dianjurkan belajar di Sekolah Luar Biasa. Pihak maskapai masih mengharuskan Difabel menandatangani surat keterangan sedang sakit saat bepergian dengan pesawat. Juga soal kontroversi pasal 104 RUU Penghapusan Kekerasan Seksual di mana parlemen mengajukan bunyi “Dalam hal pemasangan kontrasepsi terhadap ‘penyandang disabilitas mental’ yang dilakukan atas permintaan keluarga berdasarkan pertimbangan ahli untuk melindungi keberlangsungan kehidupan orang tersebut bukan merupakan tindak pidana”. Pasal itu jelas bertentangan dengan Hak-hak difabel sebagai mana diatur dalam UU Penyandang Disabilitas No. 8 tahun 2016. Pelanggaran-pelanggaran ini menunjukkan bahwa ‘pengakuan’ terhadap disabilitas belumlah mencukupi, dan untuk itu tetap dibutuhkan pengorganisasian difabel dan advokasi kebijakan ini, khususnya di level struktur hukum (lembaga-lembaga yang diberi kewajiban memenuhi hak difabel).

Berdasarkan pengalaman kerja ‘pendampingan difabel berhadapan dengan hukum’ yang dilakukan oleh Sigab, faktor-faktor yang menyebabkan difabel masih terpojok dan terlanggar hak-hak asasi manusianya adalah masih adanya hambatan-hambatan sosial dan sarana-prasarana publik belum akses bagi difabel. Difabel memiliki sejumlah kategori kemampuan yang mesti dipertimbangkan ‘jenis kemampuannya’ oleh sejumlah multi-pihak—pemerintah maupun non-pemerintah—dalam mendesain berbagai jenis layanan publik maupun layanan sosial. Di dalam sistem peradilan, hambatan-hambatan yang dialami difabel, berupa kadar aksesibilitas fisik dan non-fisik yang rendah serta prosedur beracara difabel berhadapan dengan hukum belum terfasilitasi dan terpenuhi sama sekali. Akibatnya, difabel berhadapan dengan hukum baik itu sebagai korban, tersangka, terdakwa dan atau sebagai saksi, sudah biasa berujung pada diskriminasi dan pelanggaran atas hak peradilan yang fair. Sigab lalu menawarkan pemikiran agar ‘sistem hukum semestinya fleksibel, adaptif dan memfasilitasi hambatan dan kebutuhan warga difabel (Syafi’ie, M. Sistem Hukum masih diskriminatif terhadap difabel, 2006).

Selain itu, kritik juga muncul dalam kaitannya dengan belum maksimalnya pengaruh pendekatan berbasis hak terhadap dampak positif pembangunan bagi difabel. Salah satu sasaran kritik adalah rendahnya pelibatan difabel dalam perencanaan pembangunan dan pengukuran dampak pembangunan bagi peningkatan kualitas manusia. Selama ini, pengukuran dampak pembangunan bagi difabel masih belum mempertimbangkan partisipasi penuh difabel dalam menentukan bagaimana mereka diukur, khususnya di negara-negara berkembang. Kesimpulannya, perlu sebuah instrumen penelitian yang mampu mengakomodasi suara difabel secara langsung (lihat juga *Ginsburg F, Rapp R. Making disability count: demography, futurity, and the making of disability publics. 2015, Moore M. Disability: who counts? What counts? 2015*). Pandangan ini pulalah yang membuat PerDIK melakukan kritik tajam kepada lembaga RIDeP yang mengabaikan suara difabel dalam penelitian dan dokumen naskah akademik mereka.

BAB III

FAKTA-FAKTA DISABILITAS DI KABUPATEN ENREKANG

A. Suara Difabel Enrekang

Menurut Ketua PPDI Kabupaten Enrekang, Faluphy Mahmud (disapa Lutfi), kapasitas pemerintah kabupaten Enrekang dalam upaya memenuhi hak difabel masih sangat terbatas dan hanya bergantung kepada peran Dinas Sosial. Selama ini, dinas sosial misalnya memberikan pelatihan bagi difabel seperti keterampilan teknis kepada difabel setiap tahun sebanyak satu kali, termasuk mendata difabel untuk kemudian diikuti dalam pelatihan di Panti Sosial Bina Daksa Wirajaya (PSBDW) Sulsel di Makassar. Sayangnya, tidak ada tindak lanjut bagaimana agar difabel bisa memulai sebuah upaya atau usaha menerapkan keterampilan itu. Semua kegiatan pemerintah untuk difabel tidak ada tindak lanjutnya, bahkan pemerintah daerah terkesan “menggugurkan kewajiban” saja. pelatihan-pelatihan itu selama ini sebatas pada pelatihan sablon, pembuatan anyaman bambu, dan pembuatan bantal dari bahan gel. Bagaimana agar keterampilan itu diterapkan dalam unit usaha difabel dan dirawat agar bisa tumbuh dan berkembang tidak menjadi perhatian pemerintah.

Bagi Lutfi, pemerintah perlu melihat difabel sebagai aset dan bukan beban. Jika hanya menganggap difabel sebagai beban, maka orientasi programnya adalah memberi bantuan. Padahal, tidak sedikit difabel yang juga sudah berdaya dengan kemampuan diri dan dukungan sosial di sekitarnya dapat berkontribusi dalam program-program pemerintah. Pemerintah perlu mengubah cara pandangnya menjadi difabel sebagai aset daerah. Untuk itu, pemerintah harus melibatkan difabel dalam pembangunan. Misalnya, pelibatan difabel dalam musyawarah-musyawarah perencanaan pembangunan baik di desa dan khususnya di kabupaten. Cara pandang bahwa difabel adalah beban akhirnya selalu ditumpukan ke peran dinas sosial yang memang menganggap difabel itu sebagai Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS).

Lutfi tidak menapikan bahwa masih banyak difabel membutuhkan bantuan. Tetapi seyogyanya bantuan dipandang sebagai stimulan saja dan kemudian pemerintah lebih lanjut menyiapkan aksesibilitas yang memungkinkan bantuan stimulan itu berkelanjutan sampai pada satu titik difabel mandiri dengan kekuatannya sendiri.

Hingga saat ini, selain bantuan teknis di atas, difabel di Enrekang juga diberi bantuan melalui program pemerintah pusat seperti Program Keluarga Harapan. Penerima PKH bukan hanya untuk difabel tetapi lebih kepada warga yang masuk kategori miskin (Bantuan tunai kepada rumah tangga sangat miskin) dengan jumlah uang yang diterima sebesar 2 juta rupiah pertahun jika ia difabel dan lansia, sementara jika tidak memiliki disabilitas, hanya lansia maka menerima Rp. 1.980.000 (lihat di

[https://matarakyatmu.com/2018/02/26/dinsos-enrekang-salurkan-dana-pkh/diunduh 28/7/2018](https://matarakyatmu.com/2018/02/26/dinsos-enrekang-salurkan-dana-pkh/diunduh%2028/7/2018)).

Bupati Enrekang, Muslimin Bando, tahun lalu (7/6/2017) pernah menyerahkan bantuan berupa hewan ternak kambing kepada Kono (67), warga kurang mampu di Kelurahan Bangkala, Kecamatan Maiwa, Rabu (7/6/2017). Kono adalah seorang difabel yang tergolong masyarakat kurang mampu. Bantuan ini berasal dari Badan Amil Zakat Nasional Enrekang. Menurut Ilham Kadir, salah satu pengurus Baznas, khusus untuk Kecamatan Maiwa mendapat

bantuan 220 ekor kambing betina dan 22 ekor kambing jantan kepada 22 desa dan kelurahan. Dengan penyerahan itu, Muslimin Bando berharap apa yang menjadi program Baznas itu bisa bermanfaat dan merubah hidup seseorang agar lebih baik lagi.



Beberapa contoh bantuan pemerintah di atas, selain menganggap difabel hanya bisa mengisi ruang ekonomi di sektor informal, bantuan kepada difabel juga tak lepas dari perspektif kemiskinan. Padahal, banyak difabel di Enrekang yang tidak miskin secara ekonomi tapi mengalami beragam hambatan akibat tidak aksesnya kantor-kantor layanan publik, pandangan miring mengenai kemampuan difabel, yang pada akhirnya merentankan kehidupan mereka. Mereka banyak tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan penting yang bisa berdampak pada diri dan penghidupan mereka.

Di bidang ketenagakerjaan, banyak difabel yang harus mengandalkan kemampuan mereka mengatasi segala hambatan yang diciptakan oleh desain sosial yang tidak akses. Misalnya, memang sulit bagi difabel bekerja khususnya di sektor-sektor formal baik kantor milik pemerintah maupun swasta dikarenakan desain infrastruktur yang tidak akses. Ketidakaksesan ini

membentang mulai dari rumah difabel menuju kantor (transportasi publik tak ramah bagi difabel), lalu dari jalan menuju kantor layanan publik (misalnya tidak memiliki ram atau titian bagi kursi roda) yang berundak-undak atau bertangga-tangga. Di dalam tidak ada toilet akses, sistem layanan tidak akses, pintu kecil, meja tinggi, tidak ada unit layanan disabilitas dan lain-lain. Akibatnya, banyak difabel hanya bisa mengisi sektor-sektor informal perekonomian di kabupaten Enrekang seperti pasar-pasar lokal, pertanian, dan sektor jasa yang mereka kembangkan secara mandiri. Keberagaman kemampuan dalam mengembangkan diri dan menghadapi kehidupan difabel maupun keluarganya seperti ini yang perlu dipahami oleh pemerintah, sehingga ketika hendak membantu difabel, bantuan tidak keliru dan salah sasaran.

Sayangnya persoalan aksesibilitas di bidang ketenagakerjaan ini tidak dipandang sebagai hal penting, sehingga pemerintah daerah Enrekang seringkali hanya fokus kepada aspek keterampilan teknis belaka tanpa mempertimbangkan keseluruhan aspek yang membentuk hubungan antara pekerja dan perusahaan, pembeli dan penjual, produsen dan pembeli dan seterusnya. Padahal, pemerintah perlu menghilangkan seluruh hambatan ini jika ingin warga Enrekang yang difabel ingin memberi kontribusi bagi daerah. Sekali lagi, pandangan difabel sebagai aset harus menggantikan pandangan difabel sebagai beban.

Sebenarnya, sedikit banyak hal ini dipahami oleh Bupati Enrekang, H. Muslimin Bando di mana ia pernah menyatakan bahwa "masalah disabilitas dalam dunia kerja tentunya disebabkan beberapa faktor, selain belum memiliki kompetensi yang belum memadai untuk memperoleh pekerjaan, tetapi juga pandangan dunia usaha atau pasar yang masih meragukan akan kemampuan penyandang distabilitas. Bupati menambahkan "usaha dan upaya dari semua pihak khususnya Dinas Sosial dalam memberikan ruang yang lebih tinggi bagi penyandang distabilitas tidak hanya menguntungkan karyawan penyandang distabilitas, tetapi juga bagi tempat usaha yang mempekerjakan penyandang distabilitas dan masyarakat luas.

Menurut Bupati, mempekerjakan penyandang distabilitas, memungkinkan pemilik usaha mendapatkan manfaat, seperti kontribusi bagi kemajuan dunia usahanya. Hal ini karena difabel memiliki mentalitas pekerja keras dan terampil secara teknis, pemilik usaha sangat menghargai kehandalan mereka yang luar biasa, loyalitas yang tinggi serta kemampuan sosialisasi yang baik." (lihat di <http://www.harianmaspul.com/bupati-enrekang-penyandang-distabilitas-harus-mendapatkan-pendidikan-yang-layak/>, diunduh pada 28/7/2018). Jika Bupati konsisten dengan pernyataannya ini, maka sudah seharusnya seluruh instansi yang berada di jajarannya perlu membuka diri untuk mengurus difabel dengan cara pandang bahwa difabel adalah warga yang mampu dan bermanfaat bagi daerah.

Di bidang pendidikan, perhatian pemerintah daerah untuk memenuhi hak difabel atas pendidikan belum beranjak membaik. Pada tahun 2009, Kompas mengangkat berita mengenai rendahnya perhatian pemerintah Enrekang kepada difabel atau anak berkebutuhan khususn (ABK). Menurut

berita Kompas, Keterbatasan layanan pendidikan sekolah luar biasa yang umumnya berlokasi di pusat kota/kabupaten menyebabkan banyak anak berkebutuhan khusus tak bisa mengakses pendidikan sesuai kebutuhannya. Di sekolah-sekolah reguler yang keberadaannya hingga ke pedalaman seharusnya perlu dioptimalkan agar pemerintah melalui sekolah dapat melayani anak-anak berkebutuhan khusus di desa-desa yang tak sanggup ke kota. Kompas juga menemukan fakta bahwa masih tinggi keterbatasan pemahaman guru mengenai hak-hak anak berkebutuhan khusus serta rendahnya kemampuan guru menangani kekhususan itu menyebabkan pihak sekolah enggan melayani. Akibatnya, anak-anak berkebutuhan khusus tertinggal dalam layanan pendidikan yang seharusnya juga menjadi hak mereka sebagai warga negara.

Dalam laporan Kompas tersebut, Akbar Dahali, saat itu Ketua Persatuan Penyandang Cacat Indonesia (PPCI, kini PPDII) Kabupaten Enrekang, Sulawesi Selatan, mengatakan, para pendidik di sekolah-sekolah reguler perlu terus disadarkan untuk tidak membedakan siswa dalam layanan pendidikan. Akbar menambahkan bahwa sekolah reguler tidak bisa menutup mata melihat ada sejumlah anak berkebutuhan khusus yang tidak bisa mengakses layanan pendidikan karena kecacatan mereka.

"Di Kabupaten Enrekang hanya ada satu SLB di pusat kota. Tidak semua anak berkebutuhan khusus bisa mengakses layanan pendidikan di sana karena jarak yang sangat jauh. Apa kondisi itu harus menghalangi anak-anak untuk bisa bersekolah, padahal banyak yang punya semangat belajar," kata Akbar. Menurut Akbar, selama ada kepedulian pemerintah dan pihak sekolah, sekolah reguler sebenarnya bisa saja melayani anak-anak berkebutuhan khusus. Sejumlah sekolah di Kabupaten Enrekang nyatanya sudah mulai sadar perlunya menerapkan pendidikan inklusi yang membaurkan anak-anak reguler dengan anak berkebutuhan khusus. Sekolah yang tidak ditunjuk sebagai sekolah inklusi oleh pemerintah setempat tetap bersedia menerima anak-anak berkebutuhan khusus.

Kompas juga mengutip pernyataan pelaku pendidikan terkait pentingnya guru memiliki kapasitas mendidik ABK, yakni Najmiani, Kepala SDN 74 Bolang, Kecamatan Alla, yang mengatakan, sekolahnya mulai menerima siswa berkebutuhan khusus sejak tahun 2008/2009. Layanan itu diberikan karena kebutuhan orangtua siswa yang memiliki anak-anak berkebutuhan khusus yang kesulitan mengakses sekolah. Kesadaran para guru untuk juga membuka diri pada anak-anak berkebutuhan khusus kini semakin terbuka karena adanya pelatihan tentang pendidikan inklusi, yang antara lain dilakukan oleh Helen Keller International.

"Kami jadi tahu bagaimana menangani anak-anak berkebutuhan khusus. Memang penanganannya terbatas, tapi dengan kepedulian bersama, guru di sini belajar untuk bisa memahami keunikan siswa itu. Di sini juga sudah ada guru pembimbing khusus yang sudah dapat pelatihan teknis meskipun masih perlu terus ditingkatkan kemampuannya," kata Najmiani. Di sekolah tersebut ada empat anak berkebutuhan khusus, mulai dari gangguan penglihatan, autisme, dan

tunarungu. Para siswa berasal dari keluarga miskin dengan mata pencaharian orangtua sebagai petani.

Sitti Mariani, Pelaksana Tugas Kepala TK Pertiwi 1 Cakke, Kecamatan Anggeraja, mengatakan, jika guru-guru diberi pemahaman dan pelatihan untuk menangani anak-anak berkebutuhan khusus, pola pikir dan sikap mereka akan terbuka dan bersedia melayani anak-anak tersebut. Kesadaran itu sudah mulai ditumbuhkan di kalangan guru TK di daerah ini. "Awalnya hanya dari beberapa guru yang dapat kesempatan pelatihan soal pendidikan inklusi, lalu semangat itu ditularkan dalam kelompok kerja guru TK. Guru di sini sudah mulai berubah untuk memperlakukan anak berkebutuhan khusus dengan baik dan tidak langsung menolak mereka jika mendaftar di sekolah," ujar Sitti. Para guru TK diajak untuk mulai mendata anak-anak berkebutuhan khusus di wilayahnya. Sekolah pun mulai mengumumkan secara terbuka untuk menerima anak-anak berkebutuhan khusus. "Anak-anak berkebutuhan khusus seperti autis dan *down syndrome* yang ada di TK ini justru kemajuannya lumayan. Karena mereka berbaur dengan anak-anak reguler, jadi mereka tertantang untuk bisa tidak ketinggalan dalam belajar," kata Sitti.

"Sekolah reguler tidak perlu menutup diri pada anak-anak berkebutuhan khusus yang mau belajar di sekolah itu. Yang penting guru punya kepedulian dan kesabaran untuk bisa mengajar anak-anak berkebutuhan khusus sesuai kebutuhan dan kemampuan mereka," tambahnya.

(dikutip dari [Kompas.com](https://nasional.kompas.com/read/2009/10/15/18333494/pendidikan.anak.berkebutuhan.khusus.jangan.dilupakan!) dengan judul "Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus Jangan Dilupakan!" <https://nasional.kompas.com/read/2009/10/15/18333494/pendidikan.anak.berkebutuhan.khusus.jangan.dilupakan!>).

Kegiatan Difabel Di Enrekang

Pengurus Perkumpulan Penyandang Disabilitas Indonesia (PPDI) Kabupaten Enrekang dan Pergerakan Difabel Indonesia untuk Kesetaraan (PerDIK) Enrekang menggelar Safari Ramadan di desa Malalin, Kecamatan Cendana, Senin, 11 Juni 2018.

Kegiatan yang dipusatkan di Masjid Al Qadar, dusun Malalin ini juga dirangkaikan aneka lomba yang diramaikan oleh puluhan anak-anak Taman Pendidikan Alquran (TPA) setempat. Seperti lomba Adzan, Tadarruz, hapal surat pendek.

Ketua PPDI Enrekang Faluphy Mahmud mengatakan kegiatan ini sebenarnya bertujuan untuk memperlihatkan kepada masyarakat bahwa keterbatasan fisik tidak



menghalangi untuk melakukan kebaikan dan berbagi kebahagiaan.

“Kami ingin memperlihatkan bahwa kami, difabel, juga bisa. Harapan kami dapat motivasi masyarakat bahwa kami saja yang dianggap punya keterbatasan bisa melakukan ini,” kata Faluphy.

Selain itu, PPDI juga mengumumkan program “Desa Ramah Difabel” di Enrekang. Program ini dimaksudkan untuk mengajak warga untuk menggandeng tangan penyandang disabilitas, memberi mereka akses-akses untuk membantunya dalam kehidupan sehari-hari.

Faluphy mengatakan, pihaknya akan membuat sejumlah desa peduli kepada orang yang berkebutuhan khusus ini. Untuk periode awal menyisir wilayah Selatan Enrekang.

“Di Enrekang jumlah penyandang disabilitas ada sekitar 2000an orang lebih menurut data Sensus 2010. Itu akan bertambah lagi bila dilakukan pendataan ulang,” sambungnya. Kegiatan yang didukung oleh para penggiat Pencinta Alam dan komunitas photography di Enrekang ini berakhir dengan agenda sahur bersama di rumah salah satu warga Malalin,(Pi/**) (lihat <https://www.phinisice.com/2018/06/17/enrekang-canangkan-difabel/>, diunduh pada 28/7/2018).



Sebagai Ketua PPDI Enrekang yang baru menjabat beberapa bulan, Lutfi menyuarakan sejumlah pandangan mengenai hal-hal yang mendesak yang perlu dilakukan pemerintah, yakni:

1. Pelibatan difabel di sektor pertanian. Menurut Lutfi, hal ini sesuai dengan visi dan misi kab. Enrekang yg merupakan daerah pertanian. Minimal, dari setiap kelompok tani yang dibentuk atau yang telah ada terdapat pelibatan petani difabel. Pada awalnya mungkin ada kesulitan membuat difabel terlibat namun dengan pendekatan yang intens, Lutfi percaya difabel akan turut serta dalam kelompok tani bahkan mendirikan sendiri kelompok tani yang inklusi.
2. Pelibatan pada proses penyusunan kebijakan publik dan monitoring pelaksanaan kebijakan publik serta mengawal regulasi terkait perlindungan dan pemenuhan hak-hak difabel.
3. Pemerintah daerah memenuhi ketentuan nasional untuk menerima difabel sekurang-kurangnya 2% dari seluruh tenaga kerja baik di instansi pemerintah dan BUMD.
4. Pemerintah daerah mengalokasikan anggaran pembangunan untuk memenuhi kebutuhan alat-alat bantu aktivitas bagi difabel baik berupa kursi

roda adaptif, prothesa, brice, kruk, alat bantu pendengaran, magnifier, keterampilan berbahasa isyarat dan kebutuhan lainnya sesuai jenis hambatan yang dihadapi.

5. Pemerintah daerah melakukan pendataan secara berkala terkait disabilitas melalui koordinasi antara BPS dengan dinas terkait lainnya dan pemerintah desa maupun kelurahan di kabupaten Enrekang.
6. Pelibatan difabel dalam forum-forum penting pemerintah daerah dan desa seperti Musyawarah Perencanaan Pembangunan di desa dan kabupaten agar ada perspektif disabilitas dalam program pemerintah setempat.

B. Data Disabilitas Enrekang

Sebenarnya, kita tidak bisa lagi mengandalkan data disabilitas saat ini, baik yang disusun oleh pemerintah melalui BPS dan Dinas Sosial (maupun oleh KPU Enrekang) maupun oleh masyarakat difabel, baik oleh PPDI Enrekang maupun PerDIK enrekang. Data tersebut kurang memadai. Ke depan, pemerintah dan masyarakat difabel Enrekang harus mulai memikirkan metode pendataan yang komprehensif dan melakukan pendataan yang partisipatif. Namun, untuk saat ini, data yang tersedia dapat digunakan paling tidak memberi gambaran sedikit mengenai jumlah dan persebarannya (jika benar-benar tersedia dan reliabel). Kami di Bab ini akan memaparkan gambaran umum terkait data disabilitas.

Menurut data SUPAS 2015 terdapat **8,56 persen penduduk** yang memiliki disabilitas, di mana Menurut provinsi, tiga provinsi dengan penyandang disabilitas terbanyak adalah Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Sulawesi Tengah. Sementara tiga provinsi dengan penyandang disabilitas paling sedikit adalah Banten, Kalimantan Timur, dan Kepulauan Riau.

Jika jumlah penduduk Indonesia berdasarkan BPS pada 2016 sebesar 258,7 juta jiwa (dibulatkan menjadi 258.700.000), maka jumlah difabel di seluruh Indonesia adalah $8,56\% \times 258.700.000 = \mathbf{22.144.720 \text{ jiwa}}$. Masih berdasarkan data SUPAS 2015 ini, jumlah prosentase difabel di Provinsi Sulawesi Selatan adalah 10,22% dengan jumlah penduduk pada 2016/7 (data 2018) sebesar 8.771.970, maka jumlah difabel di provinsi ini adalah $10,22\% \times 8.771.970 = \mathbf{896.495 \text{ jiwa}}$. Jika diasumsikan jumlah difabel di salah satu kabupaten di Sulawesi Selatan, misalnya Kabupaten Enrekang, maka dengan besaran penduduk Enrekang pada tahun 2016 sebesar 196.401 jiwa, maka jika terdapat 10,22% difabel (mengikuti prosentasi provinsi Sulsel) diperoleh jumlah difabel sebesar $10,22\% \times 196.401 \text{ jiwa} = \mathbf{20.072 \text{ jiwa}}$ (data lain dari dinas dukcapil kabupaten Enrekang 2016 sebesar 238.537 jiwa, jika data dukcapil dipakai maka besaran difabel bisa lebih tinggi lagi).

Persentase Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas menurut Provinsi dan Tingkat Kesulitan

Provinsi	Persentase	
	Tidak Disabilitas	Disabilitas
(1)	(2)	(3)
Aceh	90,02	9,98
Sumatera Utara	91,96	8,04
Sumatera Barat	90,58	9,42
Riau	91,86	8,14
Jambi	90,56	9,44
Sumatera Selatan	91,00	9,00
Bengkulu	91,01	8,99
Lampung	92,34	7,66
Kepulauan Bangka Belitung	92,47	7,53
Kepulauan Riau	93,53	6,47
DKI Jakarta	92,71	7,29
Jawa Barat	91,83	8,17
Jawa Tengah	91,38	8,62
DI Yogyakarta	91,85	8,15
Jawa Timur	90,60	9,40
Banten	93,82	6,18
Bali	90,43	9,57
Nusa Tenggara Barat	90,60	9,40
Nusa Tenggara Timur	90,40	9,60
Kalimantan Barat	91,75	8,25
Kalimantan Tengah	91,96	8,04
Kalimantan Selatan	91,97	8,03
Kalimantan Timur	93,69	6,31
Kalimantan Utara	92,39	7,61
Sulawesi Utara	88,10	11,90
Sulawesi Tengah	88,56	11,44
Sulawesi Selatan	89,78	10,22
Sulawesi Tenggara	91,33	8,67
Gorontalo	88,29	11,71
Sulawesi Barat	92,24	7,76
Maluku	92,24	7,76
Maluku Utara	92,92	7,08
Papua Barat	92,70	7,30
Papua	91,40	8,60
Total	91,44	8,56

Sumber data: SUPAS 2015

Data SUPAS 2015 memakai formula Washington Group, sebuah formula resmi PBB dalam pendataan disabilitas bagi negara-negara pihak yang menandatangani dan meratifikasi konvensi hak-hak difabel. Artinya, setiap negara ini melalui BPS harus mengukur sisi difabel (individu) maupun disabilitas (lingkungan yang menghambat). Sayangnya, jika mencermati data Supas 2015 terkait tema disabilitas, aspek kategorisasi tingkat kesulitan difabel masih lebih ditonjolkan daripada profile hambatan yang dihadapi difabel di berbagai bentuk pelayanan publik yang pernah dihadapinya. Namun demikian, data ini masih lebih baik dari sebelumnya di mana data BPS hanya memaparkan jenis disfungsi tubuh atau rohani orang, yakni tunanetra, tunarungu, tunadaksa, tunagrahita dan seterusnya. Selain itu, data disabilitas nasional juga tersedia secara sektoral dan telah berlangsung lama. Pola data disabilitas di tingkat pusat akan sama dengan di daerah. Prevalensi data disabilitas seperti ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel
Prevalensi Penyandang Disabilitas Di Indonesia
(2007 - 2015)

RISKESDAS (2007)	SENSUS PENDUDUK (2010)	SUSENAS (2012)	RISKESDAS (2013)	SUPAS 2015
Kriteria Disabilitas “sangat bermasalah” sebesar 1,8 %. Disabilitas “bermasalah” 19,5%.	Mengalami kesulitan sebesar 4,74%.	Penyandang disabilitas sebesar 2,45%.	Disabilitas sedang sampai sangat berat sebesar 11%.	Menurut data SUPAS 2015 terdapat 8,56 % penduduk yang memiliki disabilitas.
Persentase tertinggi adalah bermasalah dalam melihat jarak jauh, kesulitan berjalan jauh dan melihat jarak dekat.	Jenis kesulitan tertinggi adalah kesulitan melihat, yaitu 3,05% sedangkan yang lain di kisaran 1-2%. Kesulitan yang parah banyak terjadi pada kemampuan berjalan atau naik tangga dan diikuti mengingat atau konsentrasi.	Sebesar 39,97% penyandang disabilitas mengalami lebih dari satu jenis keterbatasan, diikuti keterbatasan melihat, dan berjalan/naik tangga.	Persentase tertinggi adalah bermasalah dalam berjalan jauh dan berdiri lama. Kemampuan melihat yang merupakan masalah yang tertinggi dalam Riskesdas tahun 2007 tidak dinilai khusus sehingga tidak bisa dibandingkan.	Menurut data ini, Penyandang Disabilitas meliputi orang dengan berbagai kesulitan seperti kesulitan melihat, kesulitan mendengar, kesulitan menggunakan tangan atau jari, kesulitan mengingat atau berkonsentrasi, kesulitan atau gangguan perilaku/emosional, kesulitan berbicara, serta kesulitan mengurus diri sendiri.
		Provinsi tertinggi adalah Bengkulu sebesar 3,96% dan terendah Papua sebesar 1,05%.	Provinsi tertinggi adalah di Sulawesi Tengah sebesar 23,8% dan terendah Papua Barat sebesar 4,6%.	Tiga provinsi dengan penyandang disabilitas terbanyak adalah Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Sulawesi Tengah. Tiga terendah: Banten, Kalimantan Timur, dan Kepulauan Riau
Prevalensi dan rerata skor disabilitas cenderung lebih tinggi pada penduduk yang bertempat tinggal di perdesaan, pada kelompok usia yang lebih tinggi, perempuan, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, atau bekerja sebagai petani/buruh nelayan, dan indeks kepemilikan terbawah. Hanya 37,85% penyandang disabilitas yang bekerja, dan di antara penyandang disabilitas yang bekerja tersebut, sebesar 51% bekerja di bidang pertanian.				

Sumberdata: Diolah dari Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI, Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, semester II, 2014. Untuk Supas 2015 adalah penambahan dari penulis yang dikutip dari Supas 2015, BPS (Ishak salim, 2018).

Membaca ‘data disabilitas dalam SUPAS 2015’ oleh BPS seperti menggiring pembaca kepada kesimpulan bahwa yang dimaksud disabilitas di Indonesia adalah sekumpulan orang-orang yang memiliki kesulitan (lihat boks berikut). Sebenarnya bisa dikatakan hal ini—cara BPS menekankan aspek kesulitan—masih menunjukkan bahwa sisi negatif difabel masih lebih dominan ditonjolkan. Padahal BPS semetinya bisa juga menyiapkan data tambahan untuk mengetahui hambatan apa saja yang membuat difabel mengalami kesulitan, saat melakukan apa, di mana, dan bagaimana ia mengatasinya. Sepertinya BPS juga perlu memulai sebuah reformasi pendataan supaya pendataan bukan hanya pada soal kategorisasi orang tapi juga pada aspek-aspek riil dari aktivitas orang tersebut. BPS, khususnya kabupaten Enrekang, bisa mulai dengan mendiskusikannya dengan lembaga-lembaga difabilitas yang ada.

Boks

Indikator Kesulitan sebagai alat ukur Disabilitas ala BPS

Berikut adalah cuplikan ringkasan data disabilitas Indonesia versi BPS. Konsep definisi tingkat kesulitan/gangguan fungsional/disabilitas yang ada dalam SUPAS 2015:

Pertama, konsep yang digunakan adalah Konsep [tingkat] Kesulitan atau gangguan fungsional atau disabilitas, yang meliputi: [a] Kesulitan Fungsional adalah ketidakmampuan seseorang melakukan aktivitas normal sehari-hari; [b] Penyandang disabilitas penglihatan adalah seseorang dengan gangguan penglihatan yang tidak awas/jelas sehingga objek/benda yang dilihat hanya terlihat samar/berbayang atau bahkan tidak terlihat sama sekali; [c] Kesulitan Mendengar, meskipun memakai alat bantu pendengaran jika tidak dapat mendengar suara dengan jelas, membedakan sumber, volume, dan kualitas suara sehingga tidak dapat merespon suara tersebut secara wajar; [d] Kesulitan berjalan atau naik tangga bila tidak dapat berjalan dengan normal misalnya maju, mundur, ke samping, tidak stabil dan kesulitan untuk menaiki tangga; [e] Kesulitan mengingat atau berkonsentrasi atau berkomunikasi dengan orang lain karena kondisi fisik atau mental jika mengalami kesulitan dalam mengingat atau tidak dapat berkonsentrasi; [f] Kesulitan mengurus diri sendiri jika mengalami kesulitan dalam kegiatan sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, ke toilet, dan lain-lain; [g] Survei Penduduk Antar Sensus hanya mengumpulkan data secara normatif dengan pengamatan, pengetahuan, dan pengakuan anggota rumah tangga (ART).

Kedua, yang terkait dengan Kesulitan Fungsional atau *functional difficulty* adalah ketidakmampuan seseorang melakukan aktivitas normal sehari-hari meliputi delapan kesulitan fungsional yang dicakup dalam SUPAS 2015, yaitu: [1] kesulitan melihat, [2] kesulitan mendengar, [3] kesulitan berjalan/naik tangga, [4] kesulitan menggunakan/menggerakkan tangan/jari, [5] kesulitan dalam hal mengingat atau berkonsentrasi, [6] gangguan perilaku dan atau emosional, [7] kesulitan/gangguan berbicara dan atau memahami/berkomunikasi dengan orang lain, dan [8] kesulitan mengurus diri sendiri.

Ketiga, kedelapan jenis kesulitan tersebut diukur menjadi empat menurut tingkat kesulitannya, yaitu: [1] Selalu mengalami kesulitan, [2] Seringkali mengalami kesulitan, [3] sedikit mengalami kesulitan, atau [4] Tidak mengalami kesulitan.

Keempat, Khusus untuk kesulitan/gangguan berjalan/naik tangga dibagi menjadi lima tingkat kesulitan, yaitu: [1] sepenuhnya membutuhkan bantuan orang lain, [2] sudah memakai alat bantu tapi perlu bantuan orang lain, [3] dengan memakai alat bantu, [4] tidak memakai alat bantu, dan [5] tidak mengalami kesulitan.

Kelima, Penyandang disabilitas penglihatan adalah seseorang dengan gangguan penglihatan yang tidak awas/jelas sehingga objek/benda yang dilihat hanya terlihat samar/berbayang atau bahkan tidak terlihat sama sekali. Anggota Rumah Tangga (ART) dikategorikan mengalami disabilitas penglihatan jika masih mengalami kesulitan penglihatan walaupun memakai kacamata/lensa kontak.

Yang termasuk kesulitan/gangguan penglihatan adalah: [1] Buta total: kondisi dimana dua mata tidak dapat melihat sama sekali, [2] Kurang penglihatan (*low vision*) adalah kondisi dimana dua mata tidak dapat menghitung jari-jari yang digerakkan pada jarak 1 meter di depannya walaupun memakai kacamata atau cukup cahaya, [3] Buta warna adalah kondisi dua mata responden tidak dapat membedakan warna.

Keenam, Kesulitan Mendengar, meskipun memakai alat bantu pendengaran jika tidak dapat mendengar suara dengan jelas, membedakan sumber, volume, dan kualitas suara sehingga tidak dapat merespon suara tersebut secara wajar. Seseorang yang menggunakan alat bantu sehingga dapat mendengar dengan normal, maka orang tersebut dikategorikan tidak mengalami kesulitan. Termasuk kategori ini adalah para penyandang cacat rungu/wicara (*entah mengapa istilah ini masih dipakai juga oleh BPS, penulis*).

Ketujuh, kesulitan berjalan atau naik tangga bila tidak dapat berjalan dengan normal misalnya maju, mundur, ke samping, tidak stabil dan kesulitan untuk menaiki tangga. Seseorang yang harus menggunakan alat bantu untuk berjalan atau naik tangga dikategorikan mengalami kesulitan.

Kedelapan, kesulitan mengingat atau berkonsentrasi atau berkomunikasi dengan orang lain karena kondisi fisik atau mental jika mengalami kesulitan dalam mengingat atau tidak dapat berkonsentrasi.

Seseorang dikatakan mengalami kesulitan/gangguan berkomunikasi bila dalam berbicara berhadapan tanpa dihalangi sesuatu, seperti tembok, musik keras, sesuatu yang menutupi telinga, pembicaraannya tidak dapat dimengerti atau tidak dapat berbicara sama sekali karena gangguan fisik dan mental. Termasuk kategori ini adalah para penyandang cacat rungu/wicara dan autisme.

Kesembilan, kesulitan mengurus diri sendiri jika mengalami kesulitan dalam kegiatan sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, ke toilet, dan lain-lain. Kesulitan makan maksudnya dalam hal makan sendiri (disuapi orang lain, menggunakan sendok, garpu untuk mengambil makanan atau minuman). Kesulitan membersihkan seluruh tubuh, kesulitan berpakaian maksudnya dalam hal mengambil pakaian dari tempat penyimpanan, mengancingkan baju, mengikat simpul, dan lain-lain. Kesulitan tangan maksudnya dalam hal mengambil/memegang barang (tangan lemah, jari kurang lengkap).

Kesepuluh, survei Penduduk Antar Sensus hanya mengumpulkan data secara normatif dengan pengamatan, pengetahuan, dan pengakuan ART.

Sumber: Diolah dari SUPAS 2015

Berdasarkan kategori di atas maka Gambaran Penyandang Disabilitas ala BPS meliputi:

1. Data Disabilitas yang diolah dari hasil SUPAS 2015 meliputi kesulitan melihat, mendengar, menggunakan tangan/jari, mengingat/berkonsentrasi, gangguan perilaku/emosional, berbicara, serta mengurus diri sendiri.
2. Menurut data SUPAS 2015 terdapat **8,56 persen penduduk** yang memiliki disabilitas, di mana Menurut provinsi, tiga provinsi dengan penyandang disabilitas terbanyak adalah Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Sulawesi Tengah. Sementara tiga provinsi dengan penyandang disabilitas paling sedikit adalah Banten, Kalimantan Timur, dan Kepulauan Riau.
3. Jika dilihat pada kesulitan melihat, terdapat **0,13 persen penduduk** yang sama sekali tidak bisa melihat, **0,72 persen** yang memiliki tingkat kesulitan melihat yang berat, serta **5,51 persen** yang sedikit mengalami kesulitan melihat.
4. Persentase penduduk yang mengalami kesulitan mendengar adalah **0,09 persen** yang sama sekali tidak mendengar, **0,57 persen** yang mengalami banyak kesulitan mendengar serta **2,69 persen** yang mengalami sedikit kesulitan mendengar.
5. Persentase penduduk yang mengalami kesulitan berjalan/naik tangga adalah **3,76 persen**, sedangkan penduduk yang mengalami kesulitan menggerakkan tangan/jari adalah sebesar **1,31 persen**.
6. Penduduk yang mengalami kesulitan mengingat/berkonsentrasi sebesar **2,82 persen**, sedangkan yang mengalami gangguan perilaku/emosional sebanyak juga **2,82 persen**, serta yang mengalami kesulitan berbicara adalah sebesar **1,52 persen**.
7. Gangguan Perilaku dan atau Emosional Penduduk yang mengalami gangguan perilaku dan atau emosional secara nasional sebesar **1,32 persen**. Penduduk yang selalu mengalami gangguan sebesar **0,13 persen**, **0,23 persen** seringkali mengalami kesulitan, dan **1,04 persen** sedikit mengalami kesulitan. Semakin tua umur, semakin tinggi persentase penduduk yang mengalami kesulitan mengingat/berkonsentrasi.
8. Kesulitan Berbicara dan atau Memahami/Berkomunikasi dengan Orang Lain Penduduk yang mengalami kesulitan berbicara dan atau memahami/berkomunikasi dengan orang lain secara nasional sebesar **1,52 persen**.
9. Penduduk yang sama sekali tidak bisa memahami/dipahami/berkomunikasi sebesar 0,13 persen; 0,34 persen banyak mengalami kesulitan; dan 1,05 persen sedikit mengalami kesulitan. Semakin tua umur, semakin tinggi persentase penduduk yang mengalami kesulitan berbicara dan atau memahami/berkomunikasi dengan orang lain. Peningkatan persentase penduduk yang mengalami kesulitan berbicara dan atau memahami/berkomunikasi dengan orang lain mulai terlihat besar pada penduduk lanjut usia.
10. Kesulitan Mengurus Diri Sendiri. Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang mengalami kesulitan mengurus diri sendiri sebesar **1,02 persen**, dengan **0,23 persen** sama sekali tidak bisa mengurus diri sendiri; 0,22

persen mengalami banyak kesulitan, dan 0,57 persen yang mengalami sedikit kesulitan.

11. Secara nasional, penduduk laki-laki usia 10 tahun ke atas yang mengalami kesulitan mengurus diri sendiri sebesar 0,84 persen, sementara itu penduduk perempuan lebih tinggi persentasenya yaitu sebesar 1,20 persen.

BAB IV

KEWAJIBAN PEMERINTAH DAERAH BERDASARKAN UU PENYANDANG DISABILITAS

A. Pengantar

Pengesahan UU Penyandang Disabilitas merupakan konsekuensi atas sejumlah ratifikasi konvensi hak-hak asasi yang dikeluarkan oleh Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), di mana salah satunya adalah Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas (2011). Selain itu, UU yang mengakomodasi kepentingan Penyandang disabilitas melalui UU No. 4 tahun 1997 tentang Penyandang cacat oleh banyak pihak, khususnya difabel sudah usang.

Keusangannya pertama-tama nampak pada cara pandang yang menjadi semangat UU tersebut yang terlalu individualistik di mana menganggap persoalan difabel bersumber dari kondisi dirinya (*individual model of disability*). Keusangan kedua terlihat dari pendekatannya yang terlalu medik (*medical model of disability*) sehingga difabel seringkali dianggap sebagai orang sakit atau abnormal. Kemudian, keusangan ketiga terlihat dari cara penyelesaian permasalahan yang dihadapi difabel yang berbasis kepada bantuan dan amal (*charity*).

Untuk itu, nafas dari UU baru ini lebih berpedoman kepada cara pandang sosial (*social model of disability*) di mana aspek-aspek yang justru banyak membuat difabel tidak mampu adalah hal-hal di luar dirinya, yakni desain-desain sosial yang sudah terlanjur berbasis kenormalan atau apa yang dianggap normal oleh orang kebanyakan.

Ada banyak contoh yang bisa diurai untuk membuktikan bahwa pendekatan lama itu tidak lagi relevan untuk dipertahankan. Misalnya, dikarenakan desain gedung kantor DPRD mengasumsikan semua orang berjalan dengan kakinya, maka tangga-tangga didesain untuk kaki. Padahal, ada anggota masyarakat yang nantinya datang atau hadir dengan berkursi roda. Sehingga, dikarenakan desain tersebut membuat banyak difabel, khususnya yang berkursi roda tidak dapat mengakses gedung rakyat ini. Konsekuensi lain dari cara pandang kenormalan ini (berbasis medik) adalah desain-desain lainnya seperti toilet, jenis dan lebar pintu, masjid atau mushalla, ruang-ruang pertemuan dan lain-lain.

Contoh lain bisa ditemukan pada desain kertas suara dalam pemilihan umum yang tidak mempertimbangkan kemampuan seseorang, semisal difabel penglihatan atau orang yang berbeda kemampuan dalam melihat atau mengenali sesuatu—dalam hal ini orang atau pemilih buta. Pihak penyelenggara pemilu yang tidak memiliki kepekaan disabilitas akan mendesain kertas suara hanya bagi mereka saja yang melihat. Padahal orang buta bisa meraba dan membaca suatu kalimat dengan cara atau metodenya sendiri, yakni dengan menggunakan huruf timbul atau braille. Jadi, tanpa menyediakan alat bantu mencemblos—yang disebut *template braille*—maka pemilih buta tidak dapat mengikuti pemilihan

umum yang langsung dan rahasia. Hal itu dikarenakan ia menjadi tidak mampu sehingga membutuhkan pendamping. Jika alat bantu itu tersedia maka ia bisa mandiri dan bebas. Termasuk tentu saja pada desain TPS dan bilik suara.

Gambaran singkat tersebut kiranya dapat memberi pemahaman bahwa cara pandang individu di mana difabel dianggap sebagai orang sakit sudah harus ditanggalkan. Kini saatnya, pemerintah pusat dan pemerintah daerah serta masyarakat pada umumnya bahu membahu mengubah cara pandang dan mengubah seluruh desain sosial agar lebih akses dan inklusif, khususnya bagi penyandang disabilitas di wilayah Enrekang ini.

UU baru No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas sudah menyiapkan pedoman yang sangat detail untuk menjadi pegangan setiap orang dan lembaga untuk bersama-sama mengubah keadaan ini. Untuk itu, kita perlu sedikit menguraikan hal-hal apa saja yang diatur dalam UU ini yang akan menjadi dasar dari Perda yang nantinya akan kita rumuskan.

B. Asas dan Tujuan

Asas perumusan dan pelaksanaan Peraturan Daerah Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas, meliputi:

1. Penghormatan terhadap martabat Penyandang Disabilitas;
2. Otonomi individu;
3. Tanpa Diskriminasi;
4. Partisipasi penuh;
5. Keragaman manusia dan kemanusiaan;
6. Kesamaan Kesempatan;
7. Kesetaraan;
8. Aksesibilitas;
9. Kapasitas yang terus berkembang dan identitas anak;
10. Inklusif; dan
11. Perlakuan khusus dan Pelindungan lebih.

Peraturan daerah yang [nantinya] mengatur soal Pelaksanaan dan Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas bertujuan:

1. Mewujudkan Penghormatan, pemajuan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak asasi manusia serta kebebasan dasar Penyandang Disabilitas secara penuh dan setara;
2. menjamin upaya Penghormatan, pemajuan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak sebagai martabat yang melekat pada diri Penyandang Disabilitas;

3. mewujudkan taraf kehidupan Penyandang Disabilitas yang lebih berkualitas, adil, sejahtera lahir dan batin, mandiri, serta bermartabat;
4. melindungi Penyandang Disabilitas dari penelantaran dan eksploitasi, pelecehan dan segala tindakan diskriminatif, serta pelanggaran hak asasi manusia;
5. memastikan pelaksanaan upaya Penghormatan, pemajuan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas untuk mengembangkan diri serta mendayagunakan seluruh kemampuan sesuai bakat dan minat yang dimilikinya untuk menikmati, berperan serta berkontribusi secara optimal, aman, leluasa, dan bermartabat dalam segala aspek kehidupan berbangsa, bernegara, dan bermasyarakat

C. Ragam Penyandang Disabilitas

Penyandang Disabilitas atau difabel tidak tunggal, melainkan memiliki keragaman yang mencakup:

1. Penyandang Disabilitas fisik;

[Terganggunya fungsi gerak, antara lain amputasi, lumpuh layuh atau kaku, paraplegi, cerebral palsy (CP), akibat stroke, akibat kusta, dan orang kecil]

2. Penyandang Disabilitas intelektual;

[Terganggunya fungsi pikir karena tingkat kecerdasan di bawah rata-rata, antara lain lambat belajar, disabilitas grahita dan down syndrome]

3. Penyandang Disabilitas mental;

[Terganggunya fungsi pikir, emosi, dan perilaku, antara lain: psikososial [skizofrenia, bipolar, depresi, anxietas, dan gangguan kepribadian] dan disabilitas perkembangan yang berpengaruh pada kemampuan interaksi sosial [autis dan hiperaktif]

4. Penyandang Disabilitas sensorik.

[Terganggunya salah satu fungsi dari panca indera: disabilitas netra, disabilitas rungu, dan/atau disabilitas wicara]

5. Penyandang Disabilitas dapat dialami secara tunggal, ganda, atau multi dalam jangka waktu lama.

[Penyandang Disabilitas yang mempunyai dua atau lebih ragam disabilitas: disabilitas rungu-wicara dan disabilitas netra-tuli]

D. Hak-hak Penyandang Disabilitas

Penyandang Disabilitas, sebagaimana halnya yang telah diatur dalam konvensi Hak-Hak Asasi Manusia, juga memiliki hak:

1. Hidup;

2. Bebas dari stigma;
3. Privasi;
4. Keadilan dan perlindungan hukum;
5. Pendidikan;
6. Pekerjaan, kewirausahaan, dan koperasi;
7. Kesehatan;
8. Politik;
9. Keagamaan;
10. Keolahragaan;
11. Kebudayaan dan pariwisata;
12. Kesejahteraan sosial;
13. Aksesibilitas;
14. Pelayanan Publik;
15. Pelindungan dari bencana;
16. Rehabilitasi dan rehabilitasi;
17. Konsesi;
18. Pendataan;
19. Hidup secara mandiri dan dilibatkan dalam masyarakat;
20. Berekspresi, berkomunikasi, dan memperoleh informasi;
21. Berpindah tempat dan kewarganegaraan;
22. Bebas dari tindakan Diskriminasi, penelantaran, penyiksaan, dan eksploitasi.
23. Atas kesehatan reproduksi;
24. Menerima atau menolak penggunaan alat kontrasepsi;
25. Mendapatkan Pelindungan lebih dari perlakuan Diskriminasi berlapis;
26. Untuk mendapatkan Pelindungan lebih dari tindak kekerasan, termasuk kekerasan dan eksploitasi seksual.
27. Mendapatkan Pelindungan khusus dari Diskriminasi, penelantaran, pelecehan, eksploitasi, serta kekerasan dan kejahatan seksual;
28. Mendapatkan perawatan dan pengasuhan keluarga atau keluarga pengganti untuk tumbuh kembang secara optimal;
29. Dilindungi kepentingannya dalam pengambilan keputusan;
30. Perlakuan anak secara manusiawi sesuai dengan martabat dan hak anak;
31. Pemenuhan kebutuhan khusus;

32. Perlakuan yang sama dengan anak lain untuk mencapai integrasi sosial dan pengembangan individu; dan
33. Mendapatkan pendampingan sosial.

E. Kewajiban Pemerintah Daerah

Berdasarkan himpunan hak-hak tersebut, maka Pemerintah daerah memiliki kewajiban sebagai berikut:

1. Menyusun perencanaan, penyelenggaraan, dan evaluasi tentang pelaksanaan Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas dalam bentuk Rumusan Rencana I
2. Menjamin dan melindungi hak Penyandang Disabilitas sebagai subjek hukum untuk melakukan tindakan hukum yang sama dengan lainnya; menyediakan bantuan hukum kepada Penyandang Disabilitas dalam setiap pemeriksaan pada setiap lembaga penegak hukum dalam hal keperdataan dan/atau pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
3. Melakukan sosialisasi perlindungan hukum kepada masyarakat dan aparatur negara tentang Pelindungan Penyandang Disabilitas.
4. Menyelenggarakan dan/atau memfasilitasi pendidikan untuk Penyandang Disabilitas di setiap jalur, jenis, dan jenjang pendidikan sesuai dengan kewenangannya berdasarkan Sistem Pendidikan Nasional melalui Pendidikan Inklusif dan Pendidikan Khusus. Termasuk dalam hal ini wajib mengikutsertakan anak difabel dalam program wajib belajar 12 (dua belas) tahun, menyediakan biaya pendidikan untuk anak yang tidak mampu membiayai pendidikannya, memfasilitasi mempelajari keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk kemandirian dan partisipasi penuh dalam menempuh pendidikan dan pengembangan sosial, memfasilitasi pembentukan Unit Layanan Disabilitas untuk mendukung penyelenggaraan pendidikan inklusif tingkat dasar dan menengah, dan memfasilitasi lembaga penyelenggara pendidikan dalam menyediakan Akomodasi yang Layak.
5. Memberikan kesempatan kepada Penyandang Disabilitas mengikuti pelatihan keterampilan kerja di lembaga pelatihan kerja Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau swasta, wajib menyosialisasikan penyediaan Akomodasi yang Layak dan fasilitas yang mudah diakses oleh tenaga kerja Penyandang Disabilitas. Menjamin akses yang setara bagi Penyandang Disabilitas terhadap manfaat dan program dalam sistem jaminan sosial nasional di bidang ketenagakerjaan.
6. Pemerintah Daerah, Badan Usaha Milik Daerah wajib mempekerjakan paling sedikit 2% (dua persen) Penyandang Disabilitas dari jumlah pegawai atau pekerja, memberikan insentif kepada perusahaan swasta yang mempekerjakan Penyandang Disabilitas, memiliki Unit Layanan Disabilitas pada dinas yang menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah di bidang ketenagakerjaan; wajib memberikan jaminan, Pelindungan, dan

pendampingan kepada Penyandang Disabilitas untuk berwirausaha dan mendirikan badan usaha sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; memberikan bantuan dan akses permodalan untuk usaha mandiri, badan usaha, dan/atau koperasi yang diselenggarakan oleh Penyandang Disabilitas; wajib memperluas peluang dalam pengadaan barang dan jasa kepada unit usaha mandiri yang diselenggarakan oleh Penyandang Disabilitas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; wajib memfasilitasi pemasaran produk yang dihasilkan oleh unit usaha mandiri yang diselenggarakan oleh Penyandang Disabilitas; wajib memberikan pelatihan kewirausahaan kepada Penyandang Disabilitas yang menjalankan unit usaha mandiri.

7. Memastikan fasilitas pelayanan kesehatan menerima pasien Penyandang Disabilitas; menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan kepada Penyandang Disabilitas; memberikan pelayanan kesehatan untuk Penyandang Disabilitas tanpa Diskriminasi sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan; menjamin pelayanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas dalam program jaminan kesehatan nasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; wajib menyediakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam pelayanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas dari fasilitas kesehatan tingkat pertama sampai ke tingkat lanjut; wajib menjamin ketersediaan perbekalan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas; wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh Penyandang Disabilitas sesuai dengan kebutuhan dan ragam disabilitasnya; wajib menjamin ketersediaan pelayanan rehabilitasi medis sesuai dengan kebutuhan dan ragam disabilitasnya; menjamin ketersediaan alat nonkesehatan yang dibutuhkan oleh Penyandang Disabilitas di fasilitas pelayanan kesehatan; wajib menyelenggarakan pelatihan tenaga kesehatan di wilayahnya agar mampu memberikan pelayanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas; wajib menjamin akses bagi Penyandang Disabilitas terhadap pelayanan air bersih; menjamin akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak.
8. Menjamin agar Penyandang Disabilitas dapat berpartisipasi secara efektif dan penuh dalam kehidupan politik dan publik secara langsung atau melalui perwakilan; menjamin hak dan kesempatan bagi Penyandang Disabilitas untuk memilih dan dipilih.

Penyandang Disabilitas berhak untuk menduduki jabatan publi Dalam pemilihan umum, pemilihan gubernur, bupati/walikota, dan pemilihan kepala desa atau nama lain pemerintah daerah wajib menjamin hak politik Penyandang Disabilitas dengan memperhatikan keragaman disabilitas, termasuk: berpartisipasi langsung; mendapatkan hak untuk didata; memastikan bahwa prosedur, fasilitas, dan Alat Bantu pemilihan bersifat layak, dapat diakses, serta mudah dipahami dan digunakan; melindungi hak Penyandang Disabilitas untuk memilih secara rahasia tanpa intimidasi; melindungi hak Penyandang Disabilitas untuk mencalonkan diri dalam pemilihan, untuk memegang jabatan, dan melaksanakan seluruh fungsi

publik dalam semua tingkat pemerintahan; menjamin Penyandang Disabilitas agar dapat memanfaatkan penggunaan teknologi baru untuk membantu pelaksanaan tugas; menjamin kebebasan Penyandang Disabilitas untuk memilih pendamping sesuai dengan pilihannya sendiri; mendapatkan informasi, sosialisasi, dan simulasi dalam setiap tahapan semua jenis pemilu; dan menjamin terpenuhinya hak untuk terlibat sebagai penyelenggara dalam semua jenis pemilihan umum.

9. Melindungi Penyandang Disabilitas dari tekanan dan Diskriminasi oleh pihak mana pun untuk memeluk agama dan kepercayaan masing-masing dan beribadat menurut agama dan kepercayaannya; melakukan bimbingan dan penyuluhan agama; mendorong dan/atau membantu pengelola rumah ibadah untuk menyediakan sarana dan prasarana yang mudah diakses; menyediakan kitab suci dan lektur keagamaan lain yang mudah diakses berdasarkan kebutuhan Penyandang Disabilitas; mengupayakan ketersediaan penerjemah bahasa isyarat dalam kegiatan peribadatan.
10. Mengembangkan sistem keolahragaan untuk Penyandang Disabilitas yang meliputi: keolahragaan pendidikan; keolahragaan rekreasi; dan keolahragaan prestasi. Pengembangan sistem keolahragaan untuk Penyandang Disabilitas dilakukan berdasarkan jenis olahraga khusus yang sesuai dengan kondisi dan ragam disabilitasnya; membina dan mengembangkan olahraga yang dilaksanakan dan diarahkan untuk meningkatkan kesehatan, rasa percaya diri, dan prestasi olahraga Penyandang disabilitas.
11. Menjamin Aksesibilitas bagi Penyandang Disabilitas untuk mendapatkan layanan kebudayaan dan pariwisata, meliputi: tersedianya informasi pariwisata dalam bentuk audio, visual, dan taktil; dan tersedianya pemandu wisata yang memiliki kemampuan untuk mendeskripsikan objek wisata bagi wisatawan Penyandang Disabilitas netra, memandu wisatawan Penyandang Disabilitas rungu dengan bahasa isyarat, dan memiliki keterampilan memberikan bantuan mobilitas; memberikan insentif kepada perusahaan pariwisata yang menyelenggarakan jasa perjalanan wisata yang mudah diakses oleh Penyandang Disabilitas.

Mengembangkan potensi dan kemampuan seni budaya Penyandang Disabilitas, meliputi: memfasilitasi dan menyertakan Penyandang Disabilitas dalam kegiatan seni budaya; mengembangkan kegiatan seni budaya khusus Penyandang Disabilitas; dan memberikan penghargaan kepada seniman Penyandang Disabilitas atas karya seni terbaik. Penyandang Disabilitas berhak untuk mendapatkan pengakuan dan dukungan atas identitas budaya dan linguistik. Melindungi hak kekayaan intelektual Penyandang Disabilitas; melindungi dan memajukan budaya masyarakat yang menjunjung tinggi nilai kesetaraan hak Penyandang Disabilitas.

12. Melakukan penyelenggaraan kesejahteraan sosial untuk Penyandang Disabilitas, meliputi: rehabilitasi sosial; jaminan sosial; pemberdayaan sosial; dan perlindungan sosial. Termasuk menjamin akses bagi Penyandang

Disabilitas untuk mendapatkan rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial. Rehabilitasi sosial yang diberikan dalam bentuk: [1] motivasi dan diagnosis psikososial; [2] perawatan dan pengasuhan; [3] pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan; [4] bimbingan mental spiritual; [5] bimbingan fisik; [6] bimbingan sosial dan konseling psikososial; [7] pelayanan Aksesibilitas; [8] bantuan dan asistensi sosial; [9] bimbingan resosialisasi; [10] bimbingan lanjut; dan/atau rujukan.

Rehabilitasi sosial dilaksanakan secara persuasif, motivatif, dan koersif oleh keluarga, masyarakat, dan institusi sosial. Jaminan sosial diberikan oleh Pemerintah Daerah untuk Penyandang Disabilitas miskin atau yang tidak memiliki penghasilan, dalam bentuk asuransi kesejahteraan sosial, bantuan langsung berkelanjutan, dan bantuan khusus (seperti: pelatihan, konseling, perawatan sementara, atau bantuan lain yang berkaitan).

Pemberdayaan sosial dilakukan oleh Pemerintah Daerah melalui: [1] peningkatan kemauan dan kemampuan; [2] penggalan potensi dan sumber daya; [3] penggalan nilai dasar; [4] pemberian akses; dan/atau [5] pemberian bantuan usaha. Pemberdayaan sosial diberikan dalam bentuk: [1] diagnosis dan pemberian motivasi; [2] pelatihan dan pendampingan; pemberian stimulan; peningkatan akses pemasaran hasil usaha; penguatan kelembagaan dan kemitraan. Perlindungan sosial dilakukan oleh Pemerintah Daerah melalui: [1] bantuan sosial; [2] advokasi sosial; dan/atau [3] bantuan hukum.

13. Menjamin infrastruktur yang mudah diakses oleh Penyandang Disabilitas, meliputi: [1] bangunan gedung; [2] jalan; [3] permukiman; dan pertamanan dan permakaman. Bangunan Gedung yang mudah diakses memiliki fungsi: hunian; keagamaan; usaha; sosial dan budaya; olahraga; dan khusus. Bangunan gedung yang mudah diakses oleh Penyandang Disabilitas harus dilengkapi dengan fasilitas dan Aksesibilitas dengan mempertimbangkan kebutuhan, fungsi, luas, dan ketinggian bangunan gedung sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemilik dan/atau pengelola bangunan gedung yang tidak menyediakan fasilitas yang mudah diakses oleh Penyandang Disabilitas dikenai sanksi administratif berupa: peringatan tertulis; pembatasan kegiatan pembangunan; penghentian sementara atau tetap pada pekerjaan pelaksanaan pembangunan; penghentian sementara atau tetap pada pemanfaatan bangunan gedung; pembekuan izin mendirikan bangunan gedung; pencabutan izin mendirikan bangunan gedung; pembekuan sertifikat laik fungsi bangunan gedung; pencabutan sertifikat laik fungsi bangunan gedung; atau perintah pembongkaran bangunan gedung.

Pemberian sanksi administratif dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah Daerah wajib mencantumkan ketersediaan fasilitas yang mudah diakses oleh Penyandang Disabilitas sebagai salah satu syarat dalam permohonan izin mendirikan bangunan.

Pemerintah Daerah wajib melakukan audit terhadap ketersediaan fasilitas Aksesibilitas bagi Penyandang Disabilitas pada setiap bangunan gedung.

Pemeriksaan kelaikan fungsi terhadap ketersediaan fasilitas dan Aksesibilitas untuk Penyandang Disabilitas merupakan syarat dalam penerbitan dan perpanjangan sertifikat laik fungsi bangunan gedung. Pemerintah Daerah dapat (atau wajib) memfasilitasi penyediaan fasilitas yang mudah diakses pada bangunan rumah tinggal tunggal yang dihuni oleh Penyandang Disabilitas. Jalan: Pemerintah Daerah wajib menyediakan fasilitas untuk pejalan kaki yang mudah diakses; menyediakan tempat penyeberangan pejalan kaki yang mudah diakses oleh Penyandang Disabilitas.

Pemerintah Daerah menyediakan fasilitas umum lingkungan pertamanan dan permakaman umum yang mudah diakses oleh Penyandang Disabilitas yang dilengkapi dengan fasilitas dan Aksesibilitas. Permukiman: Pemerintah Daerah memfasilitasi permukiman yang mudah diakses oleh Penyandang Disabilitas; wajib mengawasi dan memastikan seluruh permukiman yang dibangun oleh pengembang memiliki Aksesibilitas;

14. Menyediakan Pelayanan Publik yang mudah diakses oleh Penyandang Disabilitas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan Publik termasuk pelayanan jasa transportasi publik. Pendanaan Pelayanan Publik bagi Penyandang Disabilitas bersumber dari: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara; anggaran dan pendapatan belanja daerah; dan/atau anggaran korporasi atau badan hukum yang menyelenggarakan Pelayanan Publik. Pemerintah Daerah wajib menyebarluaskan dan menyosialisasikan Pelayanan Publik yang mudah diakses.
15. Mengambil langkah yang diperlukan untuk menjamin penanganan Penyandang Disabilitas pada tahap prabencana, saat tanggap darurat, dan pascabencana. Penanganan meliputi: memperhatikan Akomodasi yang Layak dan Aksesibilitas untuk Penyandang Disabilitas.
16. Menyediakan atau memfasilitasi layanan habilitasi dan rehabilitasi untuk Penyandang Disabilitas yang bertujuan: [1] mencapai, mempertahankan, dan mengembangkan kemandirian, kemampuan fisik, mental, sosial, dan keterampilan Penyandang Disabilitas secara maksimal; dan [2] memberi kesempatan untuk berpartisipasi dan berinklusi di seluruh aspek kehidupan. Fungsi Habilitasi dan rehabilitasi, sebagai: sarana pendidikan dan pelatihan keterampilan hidup; sarana antara dalam mengatasi kondisi disabilitasnya; dan sarana untuk mempersiapkan Penyandang Disabilitas agar dapat hidup mandiri dalam masyarakat. Penanganan habilitasi dan rehabilitasi Penyandang Disabilitas dilakukan dalam bentuk: a. layanan habilitasi dan rehabilitasi dalam keluarga dan masyarakat; dan layanan habilitasi dan rehabilitasi dalam lembaga. Ketentuan lebih lanjut mengenai layanan habilitasi dan rehabilitasi diatur dengan Peraturan Pemerintah.
17. Memberikan Konsesi untuk Penyandang Disabilitas dan mengupayakan pihak swasta memberikan Konsesi untuk Penyandang Disabilitas.

Pemerintah Daerah memberikan insentif bagi perusahaan swasta yang memberikan Konsesi.

18. Penyelenggaraan pendataan terhadap Penyandang Disabilitas dilakukan oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial secara mandiri atau bersama dengan lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Data akurat tentang Penyandang Disabilitas digunakan untuk: [1] mengidentifikasi dan mengatasi hambatan yang dihadapi oleh Penyandang Disabilitas dalam mendapatkan hak Penyandang Disabilitas; dan [2] membantu perumusan dan implementasi kebijakan Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas. Data nasional Penyandang Disabilitas dipergunakan oleh Pemerintah Daerah dalam Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas dan dapat diakses oleh masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

19. Mengakui, menerima, dan memfasilitasi komunikasi Penyandang Disabilitas dengan menggunakan cara tertentu. Pemerintah daerah wajib menjamin akses atas informasi untuk Penyandang Disabilitas baik dalam bentuk audio maupun visual. Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan unit layanan informasi dan tindak cepat untuk perempuan dan anak penyandang disabilitas yang menjadi korban kekerasan; wajib memberikan Pelindungan khusus terhadap perempuan dan anak penyandang disabilitas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; wajib menyediakan rumah aman yang mudah diakses untuk perempuan dan anak penyandang disabilitas yang menjadi korban kekerasan.

20. Memfasilitasi Penyandang Disabilitas untuk bersosialisasi dan berinteraksi dalam kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, dan bernegara tanpa rasa takut; menjamin Penyandang Disabilitas bebas dari segala bentuk kekerasan fisik, psikis, ekonomi, dan seksual. Menyediakan anggaran bagi pelaksanaan Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas.

Pendanaan pelaksanaan Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas bersumber dari: APBD; sumber dana lain yang sah dan tidak mengikat dan dikelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

21. Memberikan penghargaan kepada orang perseorangan yang berjasa dalam Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas; memberikan penghargaan kepada badan hukum dan lembaga daerah yang mempekerjakan Penyandang Disabilitas; memberikan penghargaan kepada penyedia fasilitas publik yang memenuhi hak Penyandang Disabilitas.

BAB V

PENUTUP

Difabel atau penyandang disabilitas merupakan warga negara yang memiliki kemampuan yang jika kemampuan itu ditopang oleh kebijakan, program, maupun bantuan yang maka kemampuan itu bisa berfungsi positif bagi diri difabel, kelompok atau komunitasnya, maupun masyarakat yang lebih luas. Sebagaimana manusia pada umumnya yang memiliki ‘talenta’ atau ‘kapasitas’ dalam dirinya bahkan sejak ia dilahirkan. Maka ketika talenta atau kapasitas itu terus menerus berproses dengan dukungan perhatian, dukungan dan bimbingan dalam keluarganya di mana seluruh anggota keluarga saling mendukung dan melengkapi dalam beraktivitas, entah dengan pengetahuan maupun segala macam keterampilan teknis dalam segala macam aktivitas—mulai dari aktivitas kognitif (pengetahuan), attitudde (sikap dan perilaku), maupun motorik (bergerak dan berpindah), maka kapasitas akan menjadi ‘terampil’ atau kemampuan yang mengarah kepada keterampilan/keahlian. Lebih jauh dari itu, secara lebih luas, keterampilan ini masih bisa bertumbuh menjadi kapabilitas, di mana dukungan dari beragam aspek dan berpengaruh luas bisa diraih siapapun.



Difabel adalah subjek, yang dalam kurun waktu tertentu bisa saja sakit, sebagaimana siapapun bisa sakit dan untuk itu setiap yang sakit perlu dibantu. Namun, sakit bagaimanapun dapat sembuh dengan beragam konsekuensi, seperti sulit mendengar atau melihat, sulit berjalan atau lumpuh, sulit berpikir keras dan seterusnya. Tetapi, dengan alat-alat bantu adaptif, yang disesuaikan dengan kebutuhan motorik maupun kognitifnya, kesulitan itu bisa diatasi. Dan mengatasi kesulitan demi kesulitan itu sangat dipengaruhi oleh aspek-aspek di luar kondisi tubuh atau diri seseorang. Kesulitan terjadi lebih banyak disebabkan oleh faktor-faktor di luar diri seseorang. Untuk itu, mengatasi faktor-faktor di

luar diri seseorang inilah yang menjadi tanggungjawab bersama baik komunitas atau masyarakat, pemerintah maupun sektor-sektor swasta lainnya.



Pemerintah daerah, sebagai sebuah institusi memiliki kapabilitas untuk mengurangi semaksimal mungkin hambatan-hambatan eksternal difabel. di dalamnya ada birokrat yang memiliki keterampilan-keterampilan teknis untuk memikirkan bagaimana agar kualitas layanan publik yang mereka sajikan bagi warga negara menyenangkan bagi semua orang. Itulah mengapa, sebagaimana

kami yakini, bahwa sebuah kebijakan yang baik, barulah merupakan sebuah himpunan teks dan pemikiran yang baik. Teks kebijakan yang baik belum tentu dilaksanakan oleh pemerintah jika tidak ada kesadaran, pemikiran maupun kemampuan teknis untuk menjalankannya. Tapi kebijakan juga punya dua sisi, yakni yang melaksanakan dan yang menerima layanan. Tanpa didukung oleh si penerima layanan maka kemampuan pemerintah daerah dalam menyiapkan layanan yang baik akan sia-sia jika warga pada umumnya atau difabel pada khususnya tidak beriringan mengubah cara pandangnya atas dirinya dan hambatan-hambatan yang dihadapinya. Difabel juga harus bisa mandiri, berorganisasi, berjejaring dan bersama-sama pemerintah daerah menciptakan iklim yang kondusif bagi siapapun untuk bekerja atau memaksimalkan kapasitas dan keterampilan dirinya untuk kemaslahatan bersama.

Dengan begitu, proses penyusunan kebijakan daerah ini akan menjadi kerja-bersama antara berbagai pihak dan bukan merupakan kerja sepihak yang mengabaikan yang lain. Demikian pula, implementasi kebijakan ini selanjutnya juga tetap menjadi pekerjaan bersama antara pemerintah dan warganya. Tanpa kerja kolektif, kita tak mungkin bisa mengangkat harkat dan martabat masyarakat dan pemerintah Enrekang. Kita semua, haruslah menjadi sebagaimana *Salu Dewata, makkeguna lako tau!*[].