



**GAMBARAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI
PENYANDANG DISABILITAS INTELEKTUAL DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS JAMBON
KABUPATEN PONOROGO**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh
Lilis Nurhidayati
NIM. 6411411088

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2016**

ABSTRAK

Lilis Nurhidayati

Gambaran Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo

xiii + 128 halaman + 2 tabel + 2 gambar + 11 lampiran

Upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis, dan bermartabat. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan teknik pengambilan informan secara *purposive sampling*. Informan penelitian yaitu Nutrision Puskesmas Jambon, Petugas Puskesmas Pembantu, Pengurus Rumah Kasih Sayang, Kader Sosial, Kepala Geksi Gizi Dinas Kesehatan Ponorogo, dan Keluarga penyandang disabilitas intelektual dari desa Kreet dan desa Sidoharjo. Teknik pengambilan data menggunakan teknik wawancara mendalam, dilanjutkan analisis data secara deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon, diketahui bahwa selama ini masih belum maksimal. Masih terdapat perbedaan pelayanan kesehatan yang diterima antara penyandang disabilitas intelektual di desa Sidoharjo dengan desa Kreet.

Saran yang diberikan yaitu Puskesmas Jambon dan Rumah Kasih Sayang agar melakukan kerjasama dengan pihak lain serta meningkatkan etos kerja SDM.

Kata kunci : Gambaran, Pelayanan Kesehatan, Disabilitas Intelektual

Kepustakaan : 40 (2001 - 2015)

Public Health Science Departement
Faculty of Sport Science
Semarang State University
March 2016

ABSTRACT

Lilis Nurhidayati

**The Description of Health Service for Intellectual Disability in Working Area
Puskesmas (Public Health Center) Ponorogo Regency.**

xiii + 128 page + 2 table + 2 image + 11 attachments

The maintenance of the health of people with disabilities should be addressed to maintain in order to stay healthy and productive life socially, economically, and dignified. The Government shall ensure the availability of health care facilities and to facilitate persons with disabilities to live independently and productively socially and economically.

This studied used qualitative methods with purposive sampling's technique. The informer are nutrition of Puskesmas Jambon, Officers Health Sub Center, Official of Rumah Kasih Sayang, social kader, head nutrition of official health, and the family of people with intellectual disabilities from Krebet and Sidoharjo village. So data retrieval tehique use an interview and continued by a descriptive analysis.

Than of this research is showing health services for people with intellectual disabilities in Puskesmas Jambon, it is known that during this time is not yet maximal. There is a difference between the health care received by people with intellectual disabilities in Sidoharjo village and Krebet village.

At least, the suggestion for Puskesmas Jambon and Rumah Kasih Sayang to doing a cooperation with other party, and increasing a human resource's work ethic.

Keywords : Description, Health Service, Intellectual Disability

Bibliography : 40 (2001-2015)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Lilis Nurhidayati, NIM 6411411088, dengan judul "Gambaran Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo".

Pada hari : Rabu



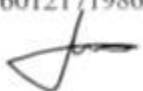
Tanggal : 13 April 2016

Panitia Ujian


Ketua Panitia
Prof. Dr. Fandiyo Rahayu, M.Pd
NIP. 196103201984032001

Sekretaris,


Irwan Budiono, S.KM, M.Kes
NIP. 197512172005011003

	Dewan Penguji	Tanggal Persetujuan
Ketua Penguji	 1. <u>dr. Intan Zainafree, MH.Kes</u> NIP. 197901052006042002	<u>3/5/2016</u>
Anggota Penguji	 2. <u>Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si</u> NIP. 196012171986011001	<u>3/5</u>
Anggota Penguji (Pembimbing Utama)	 3. <u>Drs. Bambang Wahyono, M.Kes</u> NIP. 196006101987031002	<u>29/04/2016</u>

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan dari hasil karya orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat di dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Maret 2016

Penulis,



Lilis Nurhidayati

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

- ❖ *Bila masa muda kau tak tahan lelahnya belajar, maka kau akan menanggung perihnya kebodohan (Imam syafi'i)*
- ❖ *Menjalani kehidupan, “Barang siapa yang menghendaki kehidupan dunia maka wajib baginya memiliki ilmu, dan barang siapa yang menghendaki kehidupan Akherat, maka wajib baginya memiliki ilmu, dan barang siapa menghendaki keduanya maka wajib baginya memiliki ilmu”. (HR. Turmudzi)*
- ❖ *Belajarlah hidup dan berada di lingkungan pekerja kasar dan penikmat makanan pinggir jalan, dari situ kamu akan belajar bagaimanan menikmati tanpa menghamburkan hasil peluhmu.*

PERSEMBAHAN

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT, skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Orangtua tercinta (Bapak Sudarno dan Ibu Sri Mulyani)
2. Adik-adikku tersayang (Arief, Toufik, dan Luqman), dan sahabat-sahabatku.
3. Almamaterku, UNNES

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT, atas segala nikmat, ridho dan petunjuk sehingga skripsi yang berjudul “Gambaran Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual Di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon, Kabupaten Ponorogo” dapat diselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan agar memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Keberhasilan penelitian hingga tersusunnya skripsi ini tidak terlepas dari bantuan, dorongan dan songkongan serta kerjasama dari beberapa pihak, pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati disampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas ijin penelitian yang diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes(Epid), atas persetujuan penelitian.
3. Pembimbing skripsi Bapak Drs. Bambang Wahyono, M.Kes atas bimbingan, dukungan, arahan dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dosen Penguji Ibu dr. Intan Zainafree, M.H.Kes dan Bapak Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si atas bimbingan, arahan, saran dalam penyelesaian skripsi.
5. Bapak dan Ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama dibangku kuliah.

6. Staf Tata Usaha (TU) Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri dan staf TU jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat ijin penelitian.
7. Kepala Puskesmas Jambon Bapak Andi atas ijin penelitian yang diberikan.
8. Seluruh informan penelitian atas kesediaan waktunya membantu pengambilan data penelitian ini.
9. Keluarga tersayang Ayahanda (Sudarno), Ibunda (Sri Mulyani) tercinta atas motivasi yang tak terbatas, harapan yang tak berujung dan doa yang tak berhenti mengalir. Adik-adik (Arief, Toufik, dan Luqman) atas segala pacuan semangat baik secara eksplisit maupun implisit.
10. Sahabat-sahabatku (Hevi, Rohma, Dina, Rizky Narinta, Nindi) dan teman-teman peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan 2011 yang telah memberikan semangat bantuan dan dukungan selama menyelesaikan skripsi.
11. Teman-teman kos Mama atas motivasi dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
12. Semua pihak yang terlibat dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin.

Semarang, Maret 2016



Penulis

DAFTAR ISI

JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
2.1 Rumusan Masalah	4
3.1 Tujuan Penelitian	5
4.1 Manfaat Penelitian	5
5.1 Keaslian Penelitian	7
6.1 Ruang Lingkup Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	9
2.1.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	9
2.1.2 Pelayanan Kesehatan	15
2.1.3 Penyandang Cacat/Disabilitas	21
2.1.4 Disabilitas Intelektual	21
2.1.5 Faktor Penyebab Disabilitas Intelektual	25
2.1.6 Pencegahan Disabilitas Intelektual	32

2.1.7	Penanganan Disabilitas Intelektual	33
2.2	Kerangka Teori.....	35
BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Alur Pikir.....	36
3.2	Fokus Penelitian	36
3.3	Jenis dan Rancangan Penelitian	37
3.4	Sumber Informasi.....	37
3.5	Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	38
3.6	Prosedur Penelitian.....	41
3.7	Teknis Analisis Data	45
BAB IV HASIL PENELITIAN		
4.1	Gambaran Umum	47
4.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	47
4.1.2	Gambaran Umum Karakteristik Informan	48
4.2	Hasil Penelitian	51
4.2.1	Sumber Daya Manusia Kesehatan	51
4.2.2	Program Pelayanan Kesehatan.....	52
4.2.3	Sumber Dana.....	64
4.2.4	Sarana dan Prasarana.....	65
4.2.5	Kendala Dan Faktor Keberhasilan Pelayanan Kesehatan	66
BAB V PEMBAHASAN		
5.1	Pembahasan Hasil Penelitian	72
5.1.1	Sumber Daya Manusia Kesehatan	73
5.1.2	Program Pelayanan Kesehatan.....	75
5.1.3	Sumber Dana.....	82
5.1.4	Sarana dan Prasarana.....	82
5.1.5	Kendala Dan Faktor Keberhasilan Pelayanan Kesehatan	83
5.2	Hambatan Dan Kelemahan Penelitian	84
5.2.1	Hambatan Penelitian	84
5.2.2	Kelemahan Penelitian	85

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

6.1	Simpulan	86
6.2	Saran.....	87
	DAFTAR PUSTAKA	89
	LAMPIRAN.....	90

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 2.1 klasifikasi anak disabilitas intelektual berdasarkan skor IQ	22

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	35
Gambar 3.1 Alur Pikir.....	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SK Pembimbing.....	93
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian ke Kesbangpol.....	94
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian ke Puskesmas	95
Lampiran 4 Surat Izin Penelitian ke Dinas Kesehatan.....	96
Lampiran 5 Izin Penelitian dari Kesbangpol.....	97
Lampiran 6 Surat Keterangan Melakukan Penelitian	98
Lampiran 7 Surat <i>Ethical Clearance</i>	99
Lampiran 8 Pedoman Wawancara	100
Lampiran 9 Identitas Informan Penelitian.....	110
Lampiran 10 Transkrip Wawancara.....	111
Lampiran 11 Dokumentasi.....	126

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Penyandang disabilitas atau penyandang cacat adalah kelompok masyarakat yang memiliki keterbatasan yang dapat menghambat partisipasi dan peran serta mereka dalam kehidupan bermasyarakat. Konvensi tentang hak-hak penyandang disabilitas yang telah ikut ditandatangani oleh Indonesia mengamanahkan negara untuk mengambil kebijakan yang menjamin akses bagi penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan yang sensitif gender, termasuk rehabilitasi kesehatan. Timbulnya disabilitas dapat dilatarbelakangi oleh masalah kesehatan yang timbul sejak lahir, penyakit kronis maupun akut, dan cedera yang diakibatkan oleh kecelakaan, perang, kerusakan, bencana, dan sebagainya. Seiring meningkatnya populasi lanjut usia, ditengarai akan meningkatkan jumlah penyandang disabilitas akibat meningkatnya gangguan kesehatan akibat penyakit kronis degeneratif kesehatan (Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, 2014).

Menurut WHO (2014) disabilitas dianggap sebagai kondisi yang menyebabkan gangguan pada hubungan seseorang dengan lingkungan, penyandang disabilitas merupakan kelompok minoritas terbesar di dunia, dimana 80% dari penyandang disabilitas berada dikalangan negara-negara berkembang.

Perlu diketahui juga bahwa anak-anak mengambil sepertiga dari total penyandang disabilitas dunia (Infodatin, 2014).

Menurut Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis, dan bermartabat. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Menurut hasil Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang dilaksanakan Biro Pusat Statistik (BPS) tahun 2012, jumlah penyandang disabilitas di Indonesia sebanyak 6.008.661 orang. Dari jumlah tersebut sekitar 1.780.200 orang adalah penyandang disabilitas netra, 472.855 orang penyandang disabilitas rungu wicara, 402.817 orang penyandang disabilitas grahita/intelektual, 616.387 orang penyandang disabilitas tubuh, 170.120 orang penyandang disabilitas yang sulit mengurus diri sendiri, dan sekitar 2.401.592 orang mengalami disabilitas ganda.

Kabupaten Ponorogo dalam menjalankan tata pemerintahan tidak terlepas dari berbagai masalah yang harus ditangani secara serius, salah satu masalah yang tengah dihadapi adalah adanya fenomena Kampung Idiot, yaitu kampung yang memiliki banyak masyarakat disabilitas. Beberapa daerah di wilayah Kabupaten Ponorogo yang dikenal dengan julukan kampung idiot yaitu Desa Karangpatihan, Desa Pandak yang berada di Kecamatan Balong. Desa Kreet dan Desa Sidoharjo yang berada di Kecamatan Jambon, dan Desa

Dayakan yang berada di Kecamatan Badegan, dimana banyak warganya yang menderita disabilitas intelektual. Dari ketiga kecamatan tersebut, kecamatan Jambon yang memiliki banyak masyarakat dengan disabilitas intelektual.

Desa di Kecamatan Jambon yang memiliki penduduk dengan disabilitas intelektual yaitu desa Kreet dan desa Sidoharjo. Jumlah penduduk desa Kreet tahun 2014 sebanyak 7.789 jiwa, dan yang mengalami disabilitas sebanyak 132 jiwa. Jumlah penduduk des Sidoharjo sebanyak 6.333 jiwa dan yang mengalami disabilitas sebanyak 103 jiwa.

Seiring pembangunan daerah untuk kesejahteraan masyarakat dan menurunkan angka kejadian disabilitas, berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah daerah Kabupaten Ponorogo diantaranya yaitu pemetaan gizi, pengawasan dan pemberian garam beryodium, kapsul beryodium pada wanita usia subur, pemberian beras bagi warga miskin, pemberian modal usaha serta bantuan perbaikan rumah, pendampingan dan pemberian bibit bagi warga desa (Dinkes Ponorogo, 2011).

Puskesmas Jambon memiliki andil dan peran yang besar terhadap pelayanan kesehatan bagi penderita disabilitas intelektual di wilayah kerjanya. Puskesmas Jambon menjadi fasilitator bagi masyarakat di wilayah kerjanya dalam mengusulkan, menerima, dan mengupayakan apa yang menjadi keinginan dan kebutuhan mereka. Selain itu, pada tahun 2011 Dinas Sosial juga mendirikan Rumah Kasih Sayang di Desa Kreet untuk menunjang pemberian pelayanan kesehatan maupun pelayanan bantuan soaisl bagi penyandang disabilitas.

Pada kenyataannya selama ini pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual kegiatan kesehatannya dilaksanakan di Rumah Kasih Sayang dan Puskesmas Jambon selama ini hanya sekedar memantau kegiatan yang berlangsung. Namun, dalam pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini masih belum maksimal. Belum semua penyandang disabilitas intelektual mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal. Masih terdapat beberapa perbedaan penerimaan pelayanan kesehatan, dikarenakan alasan klasifikasi berat atau ringannya disabilitas yang dimiliki oleh penyandang disabilitas intelektual, ketersediaan fasilitas, sarana dan prasarana.

Berdasarkan uraian informasi tersebut, menunjukkan perlu adanya penelitian dengan judul **“Gambaran Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual Di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo.”**

2.1 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dari latar belakang di atas, maka rumusan permasalahan yang akan diteliti adalah bagaimanakah Gambaran Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual Di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo?

3.1 TUJUAN PENELITIAN

3.1.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja puskesmas jambon.

3.1.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Menggambarkan Sumber Daya Manusia dalam pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja puskesmas jambon.
2. Menggambarkan program-program kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja puskesmas jambon.
3. Menggambarkan sumber dana dalam pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja puskesmas jambon.
4. Menggambarkan sarana dan prasarana dalam pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja puskesmas jambon.
5. Menggambarkan kendala-kendala dan faktor keberhasilan dalam pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja puskesmas jambon.

4.1 MANFAAT PENELITIAN

4.1.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo

Penelitian ini dapat memberikan informasi dan rekomendasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo karena menggambarkan pelayanan yang telah

diberikah kepada penyandang disabilitas intelektual dan diharapkan dapat menjadi pertimbangan untuk melaksanakan kebijakan selanjutnya.

4.1.2 Bagi Puskesmas

Penelitian ini dapat memberikan informasi dan masukan pada Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap penyandang disabilitas intelektual dan dapat memutuskan langkah tepat kedepannya yang akan dilaksanakan.

4.1.3 Bagi Masyarakat

Penelitian yang dilakukan ini memiliki manfaat praktis yaitu memperoleh informasi mengenai pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual.

4.1.4 Bagi Rumah Kasih Sayang

Penelitian yang dilakukan ini diharapkan bisa memberikan masukan dan bisa membuat Rumah Kasih Sayang lebih meningkatkan lagi dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual dan membah program-program pelayanan kesehatan.

4.1.5 Bagi Peneliti

Penelitian ini akan memberikan manfaat yaitu menambah pengetahuan dan pengalaman dalam melaksanakan penelitian serta menerapkan ilmu yang telah dipelajari.

5.1 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1: Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

No.	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan tempat penelitian	Rancangan penelitian	Hasil penelitian
1.	Pemberian Jaminan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Di Kabupaten Bantul Sebagai Implementasi Dari Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 4 Tahun 2012	Maria Angela Aniendita Permata Sari	2014, Kabupaten Bantul	Deskriptif Kuantitatif	Pemerintah Kabupaten Bantul sudah berupaya memenuhi hak penyandang disabilitas salah satunya hak mendapat bantuan sosial berupa jaminan kesehatan
2.	Peran Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo Dalam Pelayanan Kesehatan Prima Bagi Penderita <i>Intellectual Disability</i> Di Kampung Idiot	Megayani Putri	2014, Dinas Kesehatan	Deskriptif Kualitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari enam indikator yang digunakan yaitu transparansi, akuntabilitas, kondisional, partisipatif, kesamaan hak, keseimbangan hak dan kewajiban yang berhasil dipenuhi hanya indikator akuntabilitas dan kondisional.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah:

1. Tempat penelitian ini di wilayah kerja Puskesmas Jambon.
2. Desain penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif.
3. Subjek penelitian ini adalah Nutrisi Puskesmas Jambon, Petugas Puskesmas Pembantu, Pengurus Rumah Kasih Sayang, Kader sosial, Dinas Kesehatan serta keluarga dari penyandang disabilitas intelektual.

6.1 RUANG LINGKUP PENELITIAN

6.1.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Jambon, yaitu di Desa Krebet dan Sidoharjo.

6.2.1 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari 2016

6.3.1 Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup keilmuan penelitian yang digunakan adalah Manajemen Sumber Daya Manusia dan Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

2.1.1.1. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat kesehatan Masyarakat didefinisikan sebagai salah satu Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

Dodi Alamsyah dan Ratna Muliawati (2013: 43) mendefinisikan Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan yang menjadi andalan atau tolak ukur dari pembangunan kesehatan, sarana peran masyarakat dan sebagai pusat pelayanan pertama yang menyeluruh dari suatu wilayah kerjanya.

2.1.1.2. Wilayah Kerja Puskesmas

Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian kecamatan, terdapat juga faktor-faktor lain yang menentukan luas wilayah kerja Puskesmas yaitu, faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografi dan infrastruktur lainnya (Ferry Efendi dan Makhfudli, 2009: 275).

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, menjelaskan aturan pendirian Puskesmas yang dilihat dari segi karakteristik wilayah kerjanya dapat dikategorikan menjadi;

2.1.1.2.1 Puskesmas kawasan perkotaan

Wilayah kerja Puskesmas yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan perkotaan yaitu;

- 1) lebih dari 50% aktivitas penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan dan jasa,
- 2) memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius kurang dari 5 km, bioskop atau hotel,
- 3) lebih dari 90% (sembilan puluh persen) rumah tangga memiliki listrik,
- 4) terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan perkotaan memiliki karakteristik yaitu memprioritaskan pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat. Pelayanan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dilaksanakan oleh Puskesmas dan Fasyankes yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat, optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan pendekatan pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan permasalahan yang sesuai dengan pola kehidupan masyarakat perkotaan.

2.1.1.2.2 Puskesmas kawasan pedesaan

Puskesmas kawasan pedesaan merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan pedesaan yaitu:

- 1) lebih dari 50% aktivitas penduduk pada sektor agraris
- 2) memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan radius lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki fasilitas berupa bioskop atau hotel
- 3) rumah tangga dengan listrik kurang dari 90% dan
- 4) terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan pedesaan memiliki karakteristik yang sama dengan kawasan perkotaan namun tetap disesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat setempat.

2.1.1.2.3 Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil

Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil yang wilayah kerjanya meliputi kawasan dengan karakteristik berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau, atau pesisir, akses transportasi umum rutin 1 kali dalam 1 minggu, jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam, dan transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca dan kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) memberikan pelayanan UKM dan UKP dengan penambahan kompetensi tenaga kesehatan
- 2) dalam pelayanan UKP dapat dilakukan penambahan kompetensi dan kewenangan tertentu bagi dokter, perawat, dan bidan
- 3) pelayanan UKM diselenggarakan dengan memperhatikan kearifan lokal
- 4) pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat di kawasan terpencil dan sangat terpencil
- 5) optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
- 6) pelayanan UKM dan UKP dapat dilaksanakan dengan pola gugus pulau dan atau pelayanan kesehatan bergerak untuk meningkatkan aksesibilitas.

2.1.1.3. Wewenang Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, Puskesmas berwenang untuk:

- a) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu
- b) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
- c) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
- d) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung

- e) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi
- f) melaksanakan rekam medis
- g) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan
- h) melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan
- i) mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya
- j) melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

2.1.1.5. Organisasi Puskesmas

Organisasi merupakan bentuk kerjasama sekelompok orang untuk mencapai suatu tujuan tertentu secara efektif dan efisien (Moeheriono, 2014: 10). Mewujudkan tujuan organisasi, diperlukan struktur organisasi sebagai sarana mendistribusikan kekuasaan yang diperlukan dalam memanfaatkan berbagai sumber daya organisasi (Mulyadi, 2007: 9). Peraturan Menteri kesehatan nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas menerangkan bahwa dinas kesehatan sebagai SKPD Puskesmas menyusun struktur organisasi yang paling sedikit terdiri atas

- a) kepala Puskesmas;
- b) kepala sub bagian tata usaha;
- c) penanggung jawab UKM dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat;
- d) penanggung jawab UKP, kefarmasian dan Laboratorium; dan

- e) penanggungjawab jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.

2.1.1.6 Fungsi Puskesmas

Ada 3 fungsi pokok utama yang diemban puskesmas dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dasar (PKD) kepada seluruh target/sasaran masyarakat di wilayah kerjanya, yakni sebagai berikut:

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

- a. Berupaya menggerakkan lintas sektor dalam dunia usaha di wilayah kerjanya agar menyelenggarakan pembangunan yang berwawasan kesehatan.
- b. Aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari pelayanan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.

2. Pusat pemberdayaan masyarakat

Berupaya agar perorangan, terutama pemuka masyarakat, keluarga, dan masyarakat memiliki perilaku berikut:

- a. Sadar, mau dan mampu melayani diri sendiri serta masyarakat untuk hidup sehat.
- b. Berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan, termasuk pembiayaan.
- c. Ikut menetapkan, menyelenggarakan, dan memantau pelaksanaan program kesehatan.
- d. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.

- e. Merangsang masyarakat, termasuk swasta, untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
 - f. Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien.
3. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer) secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan mencakup pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.
 4. Pelayanan kesehatan perorangan.
 5. Pelayanan kesehatan masyarakat (Mubarak, 2012:184)

2.1.2 Pelayanan Kesehatan

2.1.2.1 Pengertian pelayanan

Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan, pelayanan juga dapat diartikan sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain (Hasyim, 2006).

2.1.2.2. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan bentuk pelayanan yang diberikan kepada klien oleh tim multi disiplin. Pelayanan kesehatan pada masa kini sudah merupakan industri jasa kesehatan utama dimana setiap Puskesmas bertanggung jawab terhadap penerima jasa pelayanan kesehatan. Keberadaan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan ditentukan oleh nilai-nilai dan harapan dari penerima jasa pelayanan tersebut. Disamping itu, penekanan pelayanan kesehatan

kepada kualitas yang tinggi harus dapat dicapai dengan biaya yang dapat di pertanggungjawabkan (Ely Nurachma, 2007).

Tujuan pelayanan kesehatan adalah tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang memuaskan harapan dan kebutuhan derajat masyarakat (*consumer satisfaction*), melalui pelayanan yang efektif oleh pemberi pelayanan (*provider satisfaction*), pada institusi pelayanan yang diselenggarakan secara efisien (*institutional satisfaction*). Interaksi ketiga pilar utama pelayanan kesehatan yang serasi, selaras, dan seimbang, merupakan panduan dari kepuasan tiga pihak, dan ini merupakan pelayanan kesehatan yang memuaskan (*satisfaction healty care*) (Ahmad Djojogitjo, 2001).

2.1.2.3 Jenis pelayanan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007:104), jenis pelayanan kesehatan dapat dibedakan menjadi:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*)

Pelayanan kesehatan ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Oleh karena itu jumlah kelompok ini di dalam satu populasi sangat besar (lebih kurang 85%), pelayanan yang diperlukan oleh kelompok ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (*basic health service*), atau juga merupakan pelayanan primer atau utama (*primary health care*). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan balkes.

b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health care*)

Pelayanan kesehatan jenis ini diperuntukkan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah sakit tipe c, dan memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health care*)

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan kompleks, dan membutuhkan tenaga-tenaga super spesialis.

2.1.2.4 Faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan

Menurut Ahmad Djojosingitjo 2001 ada 4 aspek yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan antara lain:

a. Jumlah petugas

Jumlah petugas merupakan salah satu aspek yang menunjang pelayanan kepada pasien. Keadaan petugas yang kurang menyebabkan penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan tidak maksimal dan kurang memenuhi kepuasan pasien. Selain itu, petugas sendiri akan mengalami kewalahan dalam menjalankan tugasnya yang pada nantinya akan menurunkan tingkat kemampuan kerja yang diberikan petugas kepada pasien.

b. Ketanggapan Petugas

Ketanggapan petugas berhubungan dengan aspek kesiapan dari petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien akan pelayanan yang diinginkan. Tingkat kesiapan dari petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan merupakan

salah satu aspek yang mempengaruhi penilaian pasien atas mutu pelayanan yang diselenggarakan.

c. Kehandalan petugas

Kehandalan berhubungan dengan tingkat kemampuan dan ketrampilan yang dimiliki petugas dalam menyelenggarakan dan memberikan pelayanan kepada pasien. Tingkat kemampuan dan keterampilan yang kurang dari tenaga kesehatan tentunya akan memberikan pelayanan yang kurang memenuhi kepuasan pasien sebagai standar penilaian terhadap mutu pelayanan.

d. Ketersediaan dan kelengkapan fasilitas

Fasilitas merupakan sarana bantu bagi instansi dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Keadaan fasilitas yang memadai akan membantu terhadap penyelenggaraan pelayanan kepada pasien.

Menurut *Donabedian*, dalam (Etri Ana Y, dkk, 2008:69) pengukuran pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 3 variabel, yaitu :

1. Input, ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Hubungan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam perencanaan dan pergerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.
2. Proses, ialah interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien /masyarakat). Proses ini merupakan variabel penilaian mutu yang penting.

3. Output, ialah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien /masyarakat), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut.

2.1.2.5 Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Etri Ana Y, dkk (2008:71) Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar (PKD) atau menyelesaikan masalah-masalah mutu, dilakukan dengan pendekatan sistem, artinya memperhatikan proses manajemen mutu sejak input, proses, dan output melalui penilaian mutu pelayanan.

1. Input atau Struktur

Meliputi jumlah, distribusi, dan kualifikasi dari tenaga profesional, peralatan dan geografi dari rumah sakit dan fasilitas lain, termasuk asuransi kesehatan. Struktur mempengaruhi secara tidak langsung baik tidaknya pelayanan atau kinerjanya, karena struktur sebagai alat penilai mutu pelayanan kesehatan adalah tidak tajam dan bersifat umum. Karena tidak dapat memberikan gambaran yang jelas atau spesifik pengaruhnya terhadap kinerja. Beberapa kegiatan yang berhubungan dengan Input atau struktur adalah berkaitan dengan mutu:

- a. Tenaga medis dan paramedis yang bermutu sesuai dengan dasar pendidikan profesi masing-masing dan senantiasa ditingkatkan dengan pendidikan dan pelatihan teknis medis yang berkelanjutan
- b. Standar dan prosedur (*standard operating procedure*) pelayanan medis. Supaya diketahui apakah pelayanan medis yang dilaksanakan sesungguhnya adalah bermutu, tentu diukur berdasarkan standar dan prosedur pelayanan medis profesional (bukan menurut ukuran sendiri). Oleh karenanya setiap

jenis pelayanan medis sesuai dengan jenis penyakit yang bersangkutan berdasarkan standar dan prosedur pelayanan medis yang sesuai, berdasarkan kesepakatan profesi yang bersangkutan.

c. Perizinan (*Licencure*)

Suatu pernyataan boleh melakukan kegiatan tertentu dan dimaksudkan untuk melindungi masyarakat dari praktek-praktek yang tidak bertanggung jawab atau merugikan.

d. Sertifikasi (*Certification*)

Bahwa tenaga medis atau paramedis tersebut telah memenuhi syarat atau mampu dan diizinkan untuk melakukan tindakan medis/pelayanan medis sebagaimana dimaksudkan dalam pemberiansertifikat atau ijazah tersebut.

2. Proses

Mutu proses diketahui dari hasil pengamatan langsung atau review dari catatan dan informasi yang merupakan rekonstruksi yang cermat tentang yang lebih kurang terjadi. Proses adalah obyek utama penilaian, maka dasar penetapan mutu adalah hubungan antara karakter-karakter dari proses pelayanan medis dan konsekuensinya terhadap kesehatan. Menjaga mutu pelayanan kesehatan pada sisi proses pelayanan kesehatan, berhubungan secara langsung dengan praktek medis dokter atau para medis dengan pasien. Kepatuhan para tenaga medis atau para medis dalam memberikan pelayanan mengacu kepada standar dan prosedur tersebut sangat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien.

3. Output

Output dalam hal ini adalah hasil pelaksanaan pelayanan medis oleh petugas kesehatan telah sesuai dengan standar. Hasil pelayanan dikatakan tidak bermutu apabila berbeda atau tidak seperti yang diharapkan atau tidak sesuai dengan standar hasil yang ditetapkan. Pada dasarnya penilaian hasil ini untuk menjawab pertanyaan apakah hasil dari pelayanan medis yang dikerjakan telah sesuai dengan standar hasil sebagaimana seharusnya.

2.1.3 Penyandang Cacat/Disabilitas

2.1.3.1 Pengertian Penyandang Cacat/Disabilitas

Dalam konvensi internasional hak-hak penyandang cacat tahun 2011 penyandang cacat berarti setiap orang yang tidak mampu menjamin oleh dirinya sendiri, seluruh atau sebagian, kebutuhan individual l normal dan/atau kehidupan sosial, sebagai hasil dari kecacatan mereka, baik yang bersifat bawaan maupun tidak, dalam hal kemampuan fisik atau mentalnya.

ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*) memberikan definisi, bahwa dalam konteks dunia kesehatan, disabilitas adalah setiap pembatasan atau kekurangan (akibat gangguan) kemampuan untuk melakukan suatu kegiatan dengan cara atau dalam rentang yang dianggap normal untuk manusia.

2.1.4 Disabilitas Intelektual

2.1.4.1 Pengertian Disabilitas Intelektual

Disabilitas intelektual merupakan kata lain dari retardasi mental atau

tuna grahita. Suatu batasan yang dikemukakan oleh *American Association on Intellectual & Developmental Disabilities* (AAIDD) pada tahun 2010 mendefinisikan disabilitas intelektual sebagai salah satu disabilitas yang dicirikan dengan adanya keterbatasan signifikan baik dalam fungsi intelektual (kapasitas mental umum, seperti belajar, menalar, *problem solving*, dll) maupun tingkah laku adaptif yang meliputi banyak keterampilan sosial dan praktis sehari-hari, dan terjadi pada usia sebelum 18 tahun.

Anak tidak mampu belajar dan beradaptasi karena intelegensi yang rendah, biasanya IQ dibawah 70. Anak dengan disabilitas intelektual akan mengalami gangguan perilaku sosial, yaitu anak mengalami kesulitan menyesuaikan diri dengan masyarakat disekitarnya, tingkah laku kekanak-kanakan tidak sesuai dengan umurnya.

2.1.4.2 Klasifikasi Disabilitas Intelektual

The American Psychological Association (APA) membuat klasifikasi anak disabilitas intelektual ada 4 yaitu *mild, moderate, severe, dan profound*. Klasifikasi ini dibuat berdasarkan tingkat kecerdasan atau skor IQ, yaitu:

Tabel 2.1. klasifikasi anak disabilitas intelektual berdasarkan skor IQ

Klasifikasi	Rentan IQ
Mild	50-70
Moderate	35-49
Severe	20-34
Profound	Dibawah 20

2.1.4.2.1 Klasifikasi anak disabilitas intelektual Mild (ringan)

Karakteristik anak disabilitas intelektual *mild* (ringan) adalah, mereka yang termasuk mampu di didik, bila dilihat dari segi pendidikan. Mereka pun tidak memperlihatkan kelainan fisik yang mencolok walaupun perkembangan fisiknya sedikit agak lambat daripada anak rata-rata. Tinggi dan berat badan mereka tidak berbeda dengan anak-anak lain. Biasanya rentang perhatian mereka juga pendek sehingga sulit berkonsentrasi dalam jangka waktu lama. Mereka kadang-kadang memperlihatkan rasa malu atau pendiam. Namun hal ini dapat berubah bila mereka banyak diikuti untuk berinteraksi dengan anak lainnya. Diluar pendidikan, beberapa keterampilan dapat mereka lakukan tanpa harus mendapatkan pengawasan, seperti keterampilan mengurus diri sendiri, makan, mandi, dan berpakaian (Nevid, Jeffry S dkk, 2005:150)

2.1.4.2.2 Klasifikasi anak disabilitas intelektual Moderate (sedang)

Karakteristik anak disabilitas intelektual *moderate* (sedang) adalah mereka yang digolongkan sebagai anak yang mampu latih, dimana mereka dapat dilatih untuk beberapa keterampilan tertentu. Meski sering berespon lama terhadap pendidikan dan pelatihan, jika diberi kesempatan pendidikan yang sesuai, mereka dapat dididik untuk melakukan pekerjaan yang membutuhkan kemampuan-kemampuan tertentu. Mereka dapat dilatih untuk mengurus dirinya serta dilatih beberapa kemampuan membaca dan menukis sederhana. Mereka menampakkan kelainan fisik yang merupakan gejala bawaan, namun kelainan fisik tersebut tidak seberat yang dialami pada kategori *severe* dan *profound*. Mereka juga menampakkan adanya gangguan pada fungsi bicaranya (Nevid,

Jeffrey S dkk, 2005:150)

2.1.4.2.3 Klasifikasi anak disabilitas intelektual *Severe* (berat)

Karakteristik anak disabilitas intelektual *severe* (berat) adalah mereka tidak mampu mengurus dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain meskipun pada tugas-tugas sederhana. Mereka membutuhkan perlindungan hidup dan pengawasan yang teliti. Mereka juga mengalami gangguan bicara. Tanda-tanda kelainan fisiknya antara lain lidah seringkali menjulur keluar, bersamaan dengan keluarnya air liur. Kepalanya sedikit lebih besar dari biasanya, kondisi fisik mereka lemah. Mereka hanya bisa dilatih keterampilan khusus selama kondisi fisiknya memungkinkan (Nevid, Jeffrey S dkk, 2005:150)

2.1.4.2.4 Klasifikasi anak disabilitas intelektual *Profound* (parah)

Karakteristik anak disabilitas intelektual *profound* (parah) adalah memiliki masalah yang serius, baik menyangkut kondisi fisik, intelegensi, serta program pendidikan yang tepat bagi mereka. Umumnya mereka memperlihatkan kerusakan pada otak serta kelainan fisik nyata seperti hydrocephalus, monolism, dan sebagainya. Mereka dapat berjalan dan makan sendiri. Namun, kemampuan berbicara dan berbahasa mereka sangat rendah. Kelainan fisik lainnya dapat dilihat pada kepala yang lebih besar dan sering bergoyang-goyang. Penyesuaian dirinya sangat kurang dan bahkan sering kali tanpa bantuan orang lain mereka tidak dapat berdiri. Mereka membutuhkan pelayanan medis yang baik dan intensif (Nevid, Jeffrey S dkk, 2005:150)

2.1.5 Faktor Penyebab Disabilitas Intelektual

2.1.5.1 Faktor genetik

Faktor genetik merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Melalui instruksi genetik yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Ditandai dengan intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang (I Dewa Nyoman Supriasa, 2002:28).

Termasuk faktor genetik antara lain adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Potensi genetik yang bermutu hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan secara positif sehingga diperoleh hasil akhir yang optimal. Gangguan pertumbuhan di negara maju lebih sering diakibatkan oleh faktor genetik ini. Sedangkan di negara yang sedang berkembang, gangguan pertumbuhan sekain diakibatkan oleh faktor genetik, juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang kurang memadai untuk tumbuh kembang anak yang optimal, bahkan kedua faktor ini dapat menyebabkan kematian anak-anak sebelum mencapai usia balita. Disamping itu, banyak penyakit keturunan yang disebabkan oleh kelainan kromosom, seperti sindrom down, sindrom turner, dll.

1.1.5.2 Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan. Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya.

Lingkungan ini merupakan lingkungan yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya. Faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi:

1) Faktor lingkungan prenatal

Periode pranatal merupakan masa yang mengandung banyak bahaya, baik fisik maupun psikologis. Meskipun tidak dapat di klaim bahwa periode ini merupakan periode paling berbahaya dalam seluruh rentan kehidupan, banyak yang percaya bahwa masa anak-anak lebih berbahaya, tetapi jelas bahwa periode ini merupakan masa dimana bahaya-bahaya psikologis dapat sangat mempengaruhi pola perkembangan selanjutnya atau bahkan dapat mengakhiri suatu perkembangan (Elizabeth, 2014:28).

Faktor lingkungan prenatal yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin mulai dari konsepsi sampai lahir, antara lain adalah :

a. Gizi ibu pada waktu hamil

Gizi ibu yang jelek sebelum terjadinya kehamilan maupun pada waktu sedang hamil, lebih sering menghasilkan bayi BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) atau lahir mati dan jarang menyebabkan cacat bawaan. Disamping itu dapat pula menyebabkan hambatan pertumbuhan otak janin, anemia pada bayi baru lahir, bayi baru lahir mudah terkena infeksi, abortus, menghambat pertumbuhan plasenta, dan transpor zat-zat gizi ke janin.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi status gizi ibu hamil diantaranya sebagai berikut:

a. Faktor Langsung

Gizi secara langsung dipengaruhi oleh asupan makanan dan penyakit, khususnya penyakit infeksi. Faktor-faktor tersebut meliputi :

- 1) Keterbatasan ekonomi, yang berarti tidak mampu membeli bahan makanan yang berkualitas baik, sehingga mengganggu pemenuhan gizi.
- 2) Produk pangan, dimana jenis dan jumlah makanan di negara tertentu atau daerah tertentu biasanya berkembang dari pangan setempat untuk jangka waktu yang panjang sehingga menjadi sebuah kebiasaan turun-temurun.
- 3) Sanitasi makanan (penyiapan, penyajian, penyimpanan) hendaknya jangan sampai membuat kadar gizi yang terkandung dalam bahan makanan menjadi tercemar atau tidak higienis dan mengandung kuman penyakit.
- 4) Pembagian makanan dan pangan masyarakat Indonesia umumnya masih dipengaruhi oleh adat atau tradisi. Misalnya, masih ada kepercayaan bahwa ayah adalah orang yang harus diutamakan dalam segala hal termasuk pembagian makanan keluarga.
- 5) Pengetahuan gizi yang kurang, prasangka buruk pada bahan makanan tertentu, salah persepsi tentang kebutuhan dan nilai gizi suatu makanan dapat mempengaruhi status gizi seseorang.
- 6) Pemenuhan makanan berdasarkan pada makanan kesukaan saja akan berakibat pemenuhan gizi menurun atau berlebih.

7) Pantangan pada makanan tertentu, sehubungan dengan makanan yang dipandang pantas atau tidak untuk dimakan. Tahayul dan larangan yang beragam didasarkan pada kebudayaan daerah yang berlainan. Misalnya, ada sebagian masyarakat yang masih percaya ibu hamil tidak boleh makan ikan.

8) Selera makan juga akan mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan gizi. Selera makan dipicu oleh sistem tubuh (misal dalam keadaan lapar) atau pun dipicu oleh pengolahan serta penyajian makanan.

9) Suplemen Makanan

Ada beberapa suplemen makanan yang biasanya diberikan untuk ibu hamil, antara lain:

a. Tablet Tambah Darah (TTD) yang mengandung zat besi (Fe) yang dapat membantu pembentukan sel darah merah yang berfungsi sebagai pengangkut oksigen dan zat nutrisi makanan bagi ibu dan janin.

b. Kalsium merupakan zat yang dibutuhkan untuk perkembangan tulang dan gigi bayi, jika asupan kalsium kurang maka kebutuhan kalsium diambil dari tulang ibu.

c. Vitamin juga diperlukan untuk menjaga kesehatan ibu yang hamil. Beberapa vitamin ibu hamil yang dibutuhkan adalah vitamin C (80 mg) yang berfungsi untuk membantu penyerapan zat besi, vitamin A (6000 IU), vitamin D (4 mcg). Vitamin ini dapat diperoleh dari cabe merah, mangga, pepaya, wortel, ubi, aprikot, dan tomat.

b. Faktor Tidak Langsung

1) Pendidikan keluarga

Faktor pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan menyerap pengetahuan tentang gizi yang diperolehnya melalui berbagai informasi.

2) Faktor budaya

Masih ada kepercayaan untuk melarang memakan makanan tertentu yang jika dipandang dari segi gizi, sebenarnya sangat baik bagi ibu hamil.

3) Faktor fasilitas kesehatan

Fasilitas kesehatan sangat penting untuk menyokong status kesehatan dan gizi ibu hamil, dimana sebagai tempat masyarakat memperoleh informasi tentang gizi dan informasi kesehatan lainnya, bukan hanya dari segi kuratif, tetapi juga preventif dan rehabilitatif

b. Mekanis

Trauma dan cairan ketuban yang kurang dapat menyebabkan kelainan bawaan pada bayi yang dilahirkan. Demikian pula dengan posisi janin pada uterus dapat mengakibatkan talipes, dislokasi panggul, tortikolis kongenital, palsy fasialis, atau kranio tabes.

c. Toksin/zat kimia

Masa organogenesis adalah masa yang sangat peka terhadap zat-zat teratogen. Misalnya obat-obatan seperti *thalidomide*, *phenition*, *methadion*, obat-obat anti kanker, dan lain sebagainya dapat menyebabkan kelainan bawaan. Demikian pula dengan ibu hamil yang perokok berat/peminum

alkohol kronis sering melahirkan bayi berat badan lahir rendah, lahir mati, cacat, atau retardasi mental.

Keracunan logam berat pada ibu hamil, misalnya karena makan ikan yang terkontaminasi merkuri dapat menyebabkan mikrosefali dan palsi serebralis, seperti di Jepang yang dikenal dengan penyakit Minamata.

d. Endokrin

Hormon-hormon yang mungkin berperan pada pertumbuhan janin selama dalam kandungan.

e. Radiasi

Pada janin usia sebelum kehamilan 18 minggu dapat menyebabkan kerusakan otak dan cacat bawaan.

f. Infeksi

Infeksi yang sering menyebabkan cacat bawaan adalah TORCH (toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex).

g. Stres

Stres yang dialami ibu pada waktu hamil dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin, antara lain cacat bawaan, kelainan kejiwaan.

h. Imunitas

Rhesus timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya akan mengakibatkan

hiperbilirubinemia dan Kern icterus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

i. Anoksia embrio

Anoksia embrio merupakan menurunnya oksigenasi janin melalui gangguan pada plasenta/ talpus.

2) Faktor Lingkungan Pascanatal

Menurut Elizabeth (2014: 55-56) faktor lingkungan pascanatal adalah sebagai berikut:

- a. Proses Kelahiran, jenis persalinan sangat menentukan kelahiran bayi, persalinan alamiah atau spontan merupakan persalinan yang baik. Biasanya bayi lebih cepat dan lebih berhasil menyesuaikan diri pada lingkungan pascanatal daripada bayi yang kelahirannya cukup sulit sehingga harus menggunakan alat atau pembedahan caesar.
- b. Posisi janin abnormal, ketika posisi janin abnormal dengan keadaan sungsang ataupun melintang akan kesulitan dalam persalinan, sehingga harus dilakukan pembedahan caesar. Bayi yang lahir dengan pembedahan caesar menjadi bayi yang pendiam, tidak banyak menangis dibandingkan dengan lahir secara normal.
- c. Kecelakaan pada waktu lahir, ketika persalihan susah dan melakukan pembedahan caesar ataupun menggunakan alat bantu akan membuat risiko kecelakaan persalinan tinggi dan menyebabkan ketika bayi mengalami kesulitan pernapasan akan membuat kerusakan otak sementara atau selamanya.

- d. Partus atau proses pengeluaran janin dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Partus dibagi menjadi 4 kala.

Kala I: Kala pembukaan. Lama dari kala pembukaan antara 7-13 jam

Kala II: Kala pengeluaran. Lama dari kala pengeluaran yaitu antara 0,5-1,5 jam.

Kala III: Kala plasenta terlepas dari dinding uterus. Berlangsung antara 6-15 menit.

Kala IV: Kala lahirnya plasenta, biasanya kurang lebih 1 jam (Sarwono, 2006:180)

- e. Gizi anak, pengaruh makanan terhadap perkembangan otak, apabila makanan tidak cukup mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan, dan keadaan ini berlangsung lama, akan menyebabkan perubahan metabolisme dalam otak, berakibat terjadi ketidakmampuan berfungsi normal. Pada keadaan yang lebih berat dan kronis, kekurangan gizi menyebabkan pertumbuhan badan terganggu, badan lebih kecil diikuti dengan ukuran otak yang juga kecil. Jumlah sel dalam otak berkurang dan terjadi ketidakmatangan dan ketidaksempurnaan organisasi biokimia (neurotransmitter) dalam otak. Keadaan ini berpengaruh terhadap perkembangan kecerdasan anak (Pamularsih, 2009).

2.1.6 Pencegahan Disabilitas Intelektual

Menurut Kuntjojo (2009:38) terjadinya disabilitas intelektual atau retardasi mental dapat dicegah. Pencegahan retardasi mental dapat dibedakan menjadi dua yaitu, pencegahan primer dan pencegahan sekunder.

1. Pencegahan Primer

Usaha pencegahan primer terhadap terjadinya disabilitas intelektual dapat dilakukan dengan:

- a. Pendidikan kesehatan pada masyarakat.
- b. Perbaikan keadaan sosial-ekonomi.
- c. Konseling genetik.
- d. Tindakan kedokteran, antara lain:
 - 1) Perawatan prenatal dengan baik;
 - 2) Pertolongan persalinan yang baik;
 - 3) Pencegahan kehamilan usia sangat muda (usia ibu kurang dari 20 tahun) dan terlalu tua (usia ibu lebih dari 46 tahun).

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder terhadap terjadinya disabilitas intelektual dapat dilakukan dengan diagnosis dan pengobatan dini peradangan otak dan gangguan lainnya.

2.1.7 Penanganan Disabilitas Intelektual

Penanganan terhadap penderita disabilitas intelektual bukan hanya tertuju pada penderita saja, melainkan juga pada orang tuanya. Siapapun orangnya pasti memiliki beban psiko-sosial yang tidak ringan jika anaknya menderita retardasi mental, apalagi jika masuk kategori yang berat dan sangat berat. Oleh karena itu agar orang tua dapat berperan secara baik dan benar maka mereka perlu memiliki kesiapan psikologis dan teknis. Untuk itulah maka mereka perlu mendapatkan layanan konseling. Konseling dilakukan secara fleksibel dan pragmatis dengan

tujuan agar orang tua penderita mampu mengatasi beban psiko-sosial pada dirinya terlebih dahulu (Muttaqin, 2008: 436).

Untuk mendiagnosis disabilitas intelektual dengan tepat, perlu diambil anamnesis dari orang tua dengan teliti mengenai: kehamilan, persalinan, dan pertumbuhan serta perkembangan anak. Dan bila perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium.

2.1.7.1 Pentingnya Pendidikan dan Latihan untuk Penderita Dissabilitas Intelektual

- a. Latihan untuk mempergunakan dan mengembangkan kapasitas yang dimiliki dengan sebaik-baiknya.
- b. Pendidikan dan latihan diperlukan untuk memperbaiki sifat-sifat yang salah.
- c. Dengan latihan maka diharapkan dapat membuat keterampilan berkembang, sehingga ketergantungan pada pihak lain menjadi berkurang atau bahkan hilang. Melatih penderita retardasi mental pasti lebih sulit dari pada melatih anak normal antara lain karena perhatian penderita retardasi mental mudah terinterupsi. Untuk mengikat perhatian merencanakan yang dapat dilakukan adalah dengan merangsang indera (Kuntjojo, 2009: 39)

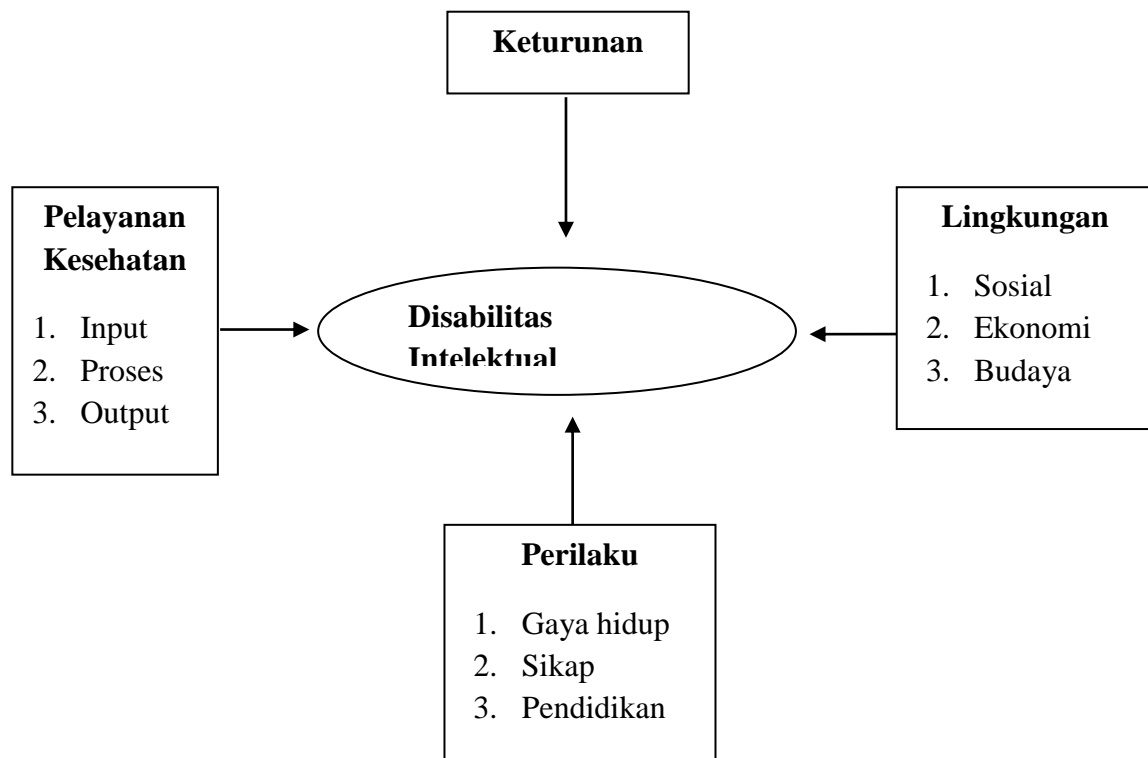
2.1.7.2 Jenis-jenis Latihan untuk Penderita Dissabilitas Intelektual

Menurut Maramis (2005: 386) ada beberapa jenis latihan yang dapat diberikan kepada penderita disabilitas intelektual, yaitu:

- a. Latihan di rumah: belajar makan sendiri, membersihkan badan dan berpakaian sendiri.
- b. Latihan di sekolah: belajar keterampilan untuk sikap sosial.

- c. Latihan teknis: latihan diberikan sesuai dengan minat dan jenis kelamin penderita.
- d. Latihan moral: latihan berupa pengenalan dan tindakan mengenai hal-hal yang baik dan buruk secara moral.

2.2 KERANGKA TEORI

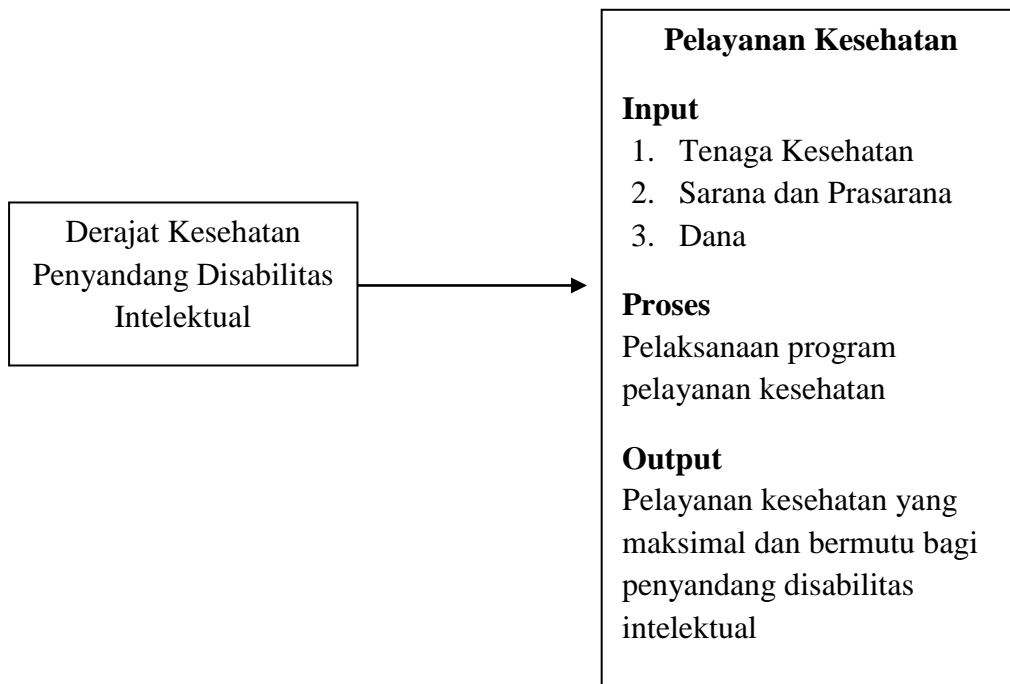


Gambar 2.1 Kerangka Teori

(Sumber: Modifikasi Teori Hendrik L Blum dalam Notoadmodjo, 2007)

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 ALUR PIKIR



Gambar 3.1 Alur Pikir

3.2 Fokus Penelitian

Fokus penelitian dalam penelitian ini berisi tentang kajian yang menjadi pusat kejadian, yaitu gambaran pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo.

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif. Menurut Lexy J. Moloeng (2007:6) penelitian kualitatif merupakan penelitian untuk memahami fenomena yang dialami subjek, misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan secara holistik, dan dengan deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah.

Pengertian diatas sesuai dengan yang akan dilakukan peneliti, dimana peneliti ingin memahami gambaran pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo. Selain itu, fokus permasalahan yang lebih kompleks dan sensitif menyebabkan penelitian ini lebih tepat apabila menggunakan metode kualitatif yang dilakukan dengan pendekatan personal sehingga diperoleh informasi yang lebih mendalam.

3.4 Sumber Informasi

3.4.1 Data Primer

Data primer merupakan informasi yang diperoleh secara langsung dari informan, yang bersumber dari kata-kata dan tindakan melalui wawancara. Informan pada penelitian ini adalah Nutrision Puskesmas Jambon, Petugas Puskesmas Pembantu, Pengurus Rumah Kasih Sayang, dan Kader sosial.

Penentuan informan dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* merupakan teknik yang berdasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri dalam menentukan sampel

(Soekidjo Notoatmojo, 2005: 88). Apabila dalam penelitian ternyata masih dibutuhkan informan tambahan karena hasil wawancara di lapangan kurang lengkap, peneliti menggunakan teknik *Snowball Sampling* sebagai teknik penentuan informan tambahan. Dalam penelitian ini informan dipilih sesuai dengan kriteria yang ditentukan peneliti, kriteria tersebut yaitu:

1. Bersedia menjadi informan
2. Terlibat dalam pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual.

Selanjutnya, berdasarkan data atau informasi yang diberikan oleh informan utama, kemudian dikonfirmasi dan untuk memberikan data yang lebih lengkap dengan pernyataan dari informan kunci. Kelompok informan kunci dalam penelitian ini adalah Orang tua keluarga yang memiliki penyandang disabilitas intelektual dan dinas kesehatan.

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang tidak diperoleh secara langsung oleh peneliti dari informan, misalnya buku, penelitian-penelitian terdahulu, data dari internet dan sebagainya. Data sekunder merupakan data yang menguatkan dan melengkapi penelitian.

3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.5.1 Teknik Pengambilan Data

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif-deskriptif, sehingga instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri yang dibantu dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam (*indept interview*) yang dilengkapi

dengan daftar pertanyaan yang berhubungan dengan fokus penelitian, serta alat rekam suara (*recorder*) untuk membantu penulisan hasil penelitian.

3.5.1.1 Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu yang dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang menjawab pertanyaan (Lexy J. Moleong, 2007:186). Pada penelitian ini, wawancara dilakukan dengan maksud memperoleh informasi mengenai gambaran pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo, dimana *interviewer* adalah peneliti sendiri, sedangkan *interviewee* adalah petugas Puskesmas, petugas Puskesmas Pembantu, pengurus Rumah Kasih Sayang, dan kader sosial.

Jenis wawancara yang dilakukan yaitu pendekatan dengan menggunakan pedoman umum wawancara. Jenis ini mengharuskan peneliti membuat kerangka dan garis besar pokok-pokok pertanyaan yang diperlukan, dan tidak perlu ditanyakan secara berurutan. Kerangka pertanyaan yang dibuat disusun untuk mendapatkan informasi mengenai gambaran pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja puskesmas Jambon, Kabupaten Ponorogo.

3.5.2 Instrumen Penelitian

Pada penelitian kualitatif yang menjadi instrumen adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2012:222). Peneliti memiliki banyak peran, yaitu sebagai perencana, pelaksana pengumpulan data, analisis, penafsir data, dan pada akhirnya

menjadi pelapor hasil penelitian. Keaktifan peneliti di lapangan sangat penting dalam penelitian ini karena instrumen utama dalam pengumpulan data. Disini peneliti yang akan melaksanakan metode wawancara dengan menggunakan alat bantu. Alat bantu yang digunakan dalam pengumpulan data adalah pedoman wawancara dan alat perekam (*tape recorder*).

3.5.2.1 Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara merupakan pedoman yang berisi hal-hal atau pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan fokus penelitian. Ini berfungsi agar wawancara yang dilakukan tidak menyimpang dari tujuan penelitian, dimana tujuan dalam penelitian ini ingin mengetahui gambaran pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual. Pedoman ini berfungsi pula untuk mengingatkan sekaligus sebagai pengecek bahwa semua aspek yang ingin diteliti telah ditanyakan dan dibahas.

3.5.2.2 Alat Perekam

Alat perekam (*tape recorder*) berfungsi untuk merekam semua percakapan atau pembicaraan (Sugiyono, 2012:239). Instrumen ini memiliki keuntungan dapat diamati dan didengar secara berulang sehingga memungkinkan untuk mengadakan analisis secara teliti. Keuntungan yang lain yaitu memberikan dasar yang kuat dan dapat dicek kembali dengan mudah. Namun, terdapat kelemahan pada alat ini yaitu memakan waktu, biaya dan situasi latar pengamatan terganggu.

3.6 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian merupakan tahap-tahap yang dilakukan peneliti yang nantinya akan memberikan gambaran tentang penelitian yang dilakukan dari mulai persiapan hingga proses analisis. Pada penelitian ini tahap yang digunakan adalah tahap penelitian secara umum yang terdiri dari tahap pralapangan, tahap pekerjaan lapangan, dan tahap analisis data.

3.6.1 Tahap Pra-Penelitian

3.6.1.1 Menyusun Rancangan Penelitian

Kegiatan menyusun rancangan awal penelitian antara lain mencari informasi awal melalui *review* dokumen-dokumen yang relevan seperti jurnal, berita, buku-buku, dan juga data-data dari instansi terkait yang dapat dipertanggungjawabkan.

3.6.1.2 Memilih Lapangan Penelitian

Di dalam memilih lapangan penelitian, peneliti tidak secara langsung terjun ke lapangan untuk observasi. Pemilihan tetap berdasarkan keterbatasan geografis dan pertimbangan hal-hal seperti waktu, biaya, tenaga yang dibutuhkan nantinya pada saat melakukan penelitian di lokasi. Atas pertimbangan hal-hal tersebut penelitian kali ini akan dilakukan di Puskesmas Jambon dan wilayah kerjanya yaitu desa Kreet dan Sidoharjo. Pertimbangan lain yaitu karena sampai saat ini warga di desa Kreet dan desa Sidoharjo penduduknya masih banyak yang mengalami disabilitas.

3.6.1.3 Mengurus Perizinan

Perizinan pada penelitian ini ditujukan kepada Kesbangpolinmas Kabupaten Ponorogo, Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, Puskesmas Jambon. Selain itu ada pula perijinan informal, yaitu perijinan kepada pejabat di lokasi penelitian.

Persyaratan yang disiapkan oleh peneliti untuk mendapatkan perijinan antara lain surat pengantar dari instansi pendidikan, identitas diri, dan proposal penelitian.

3.6.1.4 Menjajaki dan Menilai Lapangan

Tahap ini peneliti belum memulai melakukan penelitian, baru menilai keadaan lapangan dan mencari informasi umum tentang lokasi penelitian dan informan. Disini peneliti melakukan kontak dan pendekatan dengan anggota masyarakat, dan juga tokoh-tokoh yang berpengaruh untuk mempermudah dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan.

3.6.1.5 Memilih Informan

Informan adalah orang yang memberikan laporan tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Informan dalam penelitian ini nutrition Puskesmas Jambon, Bidan, Pengurus Rumah Kasih Sayang, Kader sosial, dan orang tua atau keluarga penyandang disabilitas intelektual dari desa Kreet dan desa Sidoharjo.

3.6.1.6 Menyiapkan Perlengkapan Penelitian

Perlengkapan penelitian yang disiapkan yaitu kamera, *tape recorder*, surat ijin, tanda pengenal, catatan lapangan, dan juga panduan wawancara.

3.6.1.7 Persoalan Etika Penelitian

Pada penelitian kualitatif, peneliti merupakan alat penelitian. Sehingga peneliti terjun dan berhadapan secara langsung dengan subjek yang diteliti. Oleh karena itu, yang perlu diperhatikan adalah perilaku pada saat terjun ke lapangan dan bagaimana berkomunikasi dan bersikap serta menempatkan diri dengan masyarakat. Dalam penelitian ini peneliti perlu mempersiapkan mental terhadap kendala-kendala yang tidak diinginkan.

3.6.2 Tahap Penelitian

3.6.2.1 Memahami Latar Penelitian dan Persiapan Diri

Pembatasan mengenai latar atau tempat penelitian, waktu penelitian, dan peneliti itu sendiri adalah hal-hal yang perlu diperhatikan. Pada penelitian ini, latar atau tempat penelitian adalah latar terbuka, yaitu penelitian dilakukan di Puskesmas Jambon, desa Sidoharjo dan desa Kreet. Waktu pengambilan data di lapangan kurang lebih selama satu bulan. Peneliti berpenampilan formal dan sopan sesuai dengan latar penelitian. Sehingga antara objek yang diteliti dengan peneliti tidak terlihat perbedaan yang mencolok yang membuat objek yang diteliti merasa tidak nyaman dengan keberadaan peneliti. Selain itu peneliti juga harus sopan dan menjalin hubungan yang baik dengan informan dan sekitarnya sehingga keberadaan peneliti diterima dengan baik oleh mereka dan mempermudah peneliti memperoleh data.

3.6.2.2 Memasuki Lapangan

Tahap ini disebut sebagai tahap pengumpulan data lapangan dimana peneliti melakukan wawancara dan observasi terhadap informan yang memenuhi

kriteria yang ditentukan oleh peneliti. Wawancara yang dilakukan bersifat mendalam dengan menggunakan pertanyaan bebas dan semi terstruktur. Observasi dilakukan untuk mengamati tingkah laku, ekspresi, dan aktivitas yang dilakukan informan pada saat diwawancarai dan dalam kegiatan sehari-harinya. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat memasuki lapangan yaitu komunikasi yang baik antara peneliti dan informan, dan peneliti mencoba memahami jalan pikiran subjek yang diteliti. Disini peneliti dituntut untuk tidak menonjolkan ataupun menyalahkan apa yang diungkapkan oleh informan.

3.6.2.3 Berperan Serta pada saat Mengumpulkan Data

Peneliti bertugas mengarahkan informan untuk mengungkapkan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian, selain itu peneliti juga bertugas mengumpulkan data baik dalam bentuk rekaman maupun catatan. Ingatan peneliti disini juga penting untuk membuat catatan yang baik, dan hasil rekaman akan sangat membantu untuk menyempurnakan catatan yang akhirnya akan dijadikan hasil dari penelitian ini.

Pada penelitian kualitatif mengenal adanya analisis data di lapangan. Analisis disini dapat dilakukan peneliti saat terjadi interaksi dengan informan. Pada saat itulah peneliti mulai mencocokkan keterkaitan data yang diperoleh dengan hipotesis atau hasil yang diharapkan oleh peneliti.

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Semua data atau informasi yang diperoleh melalui wawancara maupun observasi selanjutnya dilakukan pemeriksaan keabsahan data yang kemudian dilanjutkan analisis data.

3.6.7 Pemeriksaan Keabsahan Data

Dalam menetapkan keabsahan data pada penelitian digunakan teknik pemeriksaan data dengan triangulasi. Tujuan triangulasi ini adalah mengecek kebenaran data tertentu dengan membandingkan data yang diperoleh dengan sumber lain, pada berbagai fase penelitian lapangan, dan pada waktu yang berlainan.

Dalam penelitian ini, triangulasi yang dilakukan adalah triangulasi sumber data, yaitu membandingkan data wawancara dari nutrisi Puskesmas Jambon, Bidan, pengurus Rumah Kasih Sayang, dan kader sosial dengan informan lainnya untuk mengecek kebenaran jawaban informan utama. Informan lainnya disini yaitu 6 orang tua atau keluarga penyandang disabilitas intelektual yang berasal dari desa Sidoharjo dan desa Kreet. Selain itu hasil wawancara juga dibandingkan dengan penelitian-penelitian sebelumnya serta teori-teori para ahli yang ada.

3.7 Teknis Analisis Data

Analisis data merupakan bagian dalam melakukan penelitian. Dalam penelitian kualitatif, analisis data telah ditemui sejak pertama peneliti datang ke lokasi penelitian hingga akhir data terkumpul semua. Analisis data, dipakai untuk memberikan arti dari data-data yang telah dikumpulkan kemudian diatur, dikelompokkan, diberi kode, dan dikategorikan.

Berdasarkan uraian di atas, maka prosedur analisis data yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

3.7.1. Reduksi Data

Reduksi data adalah suatu proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data “kasar” yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan dan reduksi data berlangsung terus menerus selama penulisan berlangsung. Reduksi data termasuk dalam kategori pekerjaan analisis data. Data yang berupa catatan lapangan (*field notes*) sebagai bahan mentah, dirangkum, diikhtisarkan atau diseleksi. Masing-masing bisa dimasukkan tema yang sama atau permasalahan yang sama.

3.7.2. Displai Data

Hasil reduksi perlu didisplai secara tertentu untuk masing-masing pola, kategori, fokus, tema yang hendak difahami dan dimengerti duduk persoalannya. Displai data dapat membantu peneliti untuk dapat melihat gambaran keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari hasil penelitian.

3.7.3. Pengambilan Kesimpulan

Kesimpulan kegiatan analisis data kualitatif terletak pada pelukisan atau penuturan tentang apa yang dihasilkan, dapat dimengerti berkenaan dengan suatu masalah yang diteliti. Dalam hal ini akan sangat bergantung pada kemampuan peneliti dalam merinci fokus masalah yang benar-benar menjadi pusat perhatian untuk ditelaah secara mendalam, melacak, mencatat, mengorganisasikan setiap data yang relevan untuk masing-masing fokus masalah yang telah ditelaah.

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 GAMBARAN UMUM

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Jambon merupakan puskesmas yang terletak di Jln. Merdeka No. 1, Kecamatan Jambon, Kabupaten Ponorogo, dengan batas wilayah:

Utara : Kecamatan Sampung

Timur : Kecamatan Kauman

Selatan: Kecamatan Balong

Barat : Kecamatan Badegan

Wilayah kerja Puskesmas Jambon terdiri dari 13 desa, yaitu desa Desa Blembem, Desa Bringinan, Desa Bulu Lor, Desa Jambon, Desa Jonggol, Desa Karanglo Kidul, Desa Menang, Desa Pulosari, Desa Poko, Desa Sendang, Desa Srandil, Desa Kreet, dan Desa Sidoharjo. Dari 13 desa tersebut ada 2 desa yang memiliki banyak penduduk dengan disabilitas Intelektual, yaitu desa Kreet dan Desa Sidoharjo.

Desa Kreet dan Desa Sidoharjo merupakan desa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Jambon. Jumlah penduduk desa Kreet tahun 2014 sebanyak 7.789 jiwa dan jumlah penduduk desa Sidoharjo sebanyak 6.333. Desa Kreet dan desa Sidoharjo adalah desa yang memiliki banyak penduduk dengan disabilitas khususnya disabilitas intelektual. Penduduk yang mengalami disabilitas di desa

Krebet sebanyak 132 orang dan desa Sidoharjo sebanyak 104. Karena banyaknya penyandang disabilitas akhirnya warga mengusulkan untuk di buat Organisasi Sosial untuk menangani penyandang disabilitas.

Akhirnya penanganan dilakukan dengan didirikannya sebuah organisasi sosial Rumah Kasih Sayang (RKS) di Desa Krebet Kecamatan Jambon oleh kementerian sosial RI pada tanggal 26 Oktober 2011. Namun, RKS itu bukan hanya untuk penyandang disabilitas di Krebet saja. Tapi untuk 5 desa yang ada di Kabupaten Ponorogo yaitu desa Pandak, Karangpatihan, Dayakan, Sidoharjo, dan Krebet. Alasan di dirikan di desa Krebet karena dari 5 desa itu desa Krebet yang memiliki banyak penyandang disabilitas.

4.1.2 Gambaran Umum Karakteristik Informan

4.1.2.1 Karakteristik Informan Utama

Informan utama dalam penelitian ini berjumlah 4 orang, yaitu Petugas Gizi di Puskesmas Jambon, Pengurus Rumah Kasih Sayang, Kader Sosial Rumah Kasih Sayang dan Petugas Puskesmas Pembantu.

Tabel 4.1 Identitas Informan Utama

Informan ke-	Jenis Kelamin	Usia (th)	Jabatan
Informan 1	Perempuan	38	Nutrisionis
Informan 2	Laki-laki	50	Pengurus RKS
Informan 3	Perempuan	26	Kader
Informan 4	Perempuan	40	Petugas Puskesmas Pembantu

Informan utama dalam penelitian ini berjumlah 4 orang yang terdiri dari 1 petugas Puskesmas yang berusia 38 tahun. Informan 1 berjenis kelamin

perempuan, dan menjabat sebagai nutrision di Puskesmas Jambon. Informan 2 merupakan salah satu pengurus Rumah Kasih Sayang (RKS), berjenis kelamin laki-laki dan menjabat sebagai Pengurus di RKS. Informan 2 merupakan pengurus yang cukup lama di RKS. Meskipun jabatannya sebagai Pengurus, namun informan 2 mengetahui semua tentang pelayanan di RKS dan perannya sangat penting di RKS. Ketika wawancara dengan informan 2 beliau di dampingi oleh istrinya yang bernama Ibu Aning. Kebetulan ibu Aning merupakan adalah bidan di desa Krebet sekaligus pengurus Rumah Kasih Sayang. Sehingga pertanyaan tentang pelayanan kesehatan juga di jawab oleh Bu Aning. Informan 3 berjenis kelamin perempuan yang berusia 26 tahun dan menjabat sebagai kader sosial di Rumah kasih Sayang. Informan 4 berjenis kelamin perempuan yang berusia 40 tahun, menjabat sebagai petugas Puskesmas Pembantu yang terletak di desa Sidoharjo.

4.1.2.2 Karakteristik Informan Triangulasi

Informan triangulasi adalah informan yang digunakan sebagai *cross check* atas fakta-fakta yang diperoleh di lapangan. Informan triangulasi dalam penelitian ini adalah Orang Tua atau Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami disabilitas intelektual sebanyak 6 orang, yaitu 3 orang dari desa Krebet dan 3 orang dari desa Sidoharjo serta 1 orang petugas dari dinas kesehatan.

Tabel 4.2 Identitas Informan Triangulasi

Informan ke-	Jenis Kelamin	Alamat	Usia (th)	Pekerjaan
Informan Triangulasi 1	Perempuan	Dusun Kayen, Krebet	60	Petani

Informan Triangulasi 2	Perempuan	Dusun Kayen, Kerebet	60	Petani
Triangulasi 3	Laki-laki	Dusun Krajan, Kerebet	50	Petani
Triangulasi 4	Laki-laki	Desa Sidoharjo	50	Petani
Triangulasi 5	Perempuan	Desa Sidoharjo	50	Petani
Triangulasi 6	Perempuan	Desa Sidoharjo	33	Pedagang
Triangulasi 7	Laki-laki	Dinkes Ponorogo	45	Sie Gizi

Pada penelitian ini informan triangulasi terdiri dari orang tua atau keluarga penyandang disabilitas, serta petugas gizi dari Dinas Kesehatan Ponorogo. Penentuan informan triangulasi ini berdasarkan keterlibatan dalam pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual, dan ketersediaan menjadi informan. Enam informan merupakan orang tua atau keluarga penyandang disabilitas intelektual. Karakteristik informan triangulasi terdiri dari jenis kelamin, alamat, usia, dan pekerjaan. Informan Triangulasi yang tinggal di desa Kerebet, informan triangulasi 1 dan 2 berjenis kelamin perempuan, usia 60 tahun, pekerjaan sebagai petani. Informan 3 berjenis kelamin laki-laki, usia 50 tahun, pekerjaan sebagai petani. Informan triangulasi dari desa Sidoharjo yaitu informan 4 berjenis kelamin Laki-laki, usia 50 tahun, pekerjaan petani. Informan 5 dan 6 berjenis kelamin perempuan, berusia 50 dan 33 tahun, pekerjaan petani dan pedagang. Informan 7 berjenis kelamin laki-laki, bekerja di Dinas Kesehatan sebagai kepala seksi gizi.

4.2 HASIL PENELITIAN

4.2.1 Sumber Daya Manusia Dalam Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama dapat diketahui bahwa petugas yang biasanya melakukan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon adalah Petugas dari Puskesmas seperti dokter, seksi gizi, kepala Puskesmas, Petugas Puskesmas Pembantu, dan Perawat. Sebagaimana yang dijelaskan dalam pernyataan berikut:

“.....Biasanya yang datang kesana dari pihak dokter, kepala Puskesmas, sie gizi, perawat, atau petugas Puskesmas Pembantu desa...”

Informan 1, (38 th, Nutrision Puskesmas Jambon)

“Petugasnya ya Petugas Puskesmas Pembantu desa, dan perawat desa. kadang dari Puskesmas juga datang, kan kita ngasih jadwal ke Puskesmas. Biasanya yang datang kepala Puskesmas Pak Andi dan Ibu dr. Peni.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

Peran kader sosial juga sangat penting disini, karena kader sosial inilah yang biasanya mendampingi penyandang disabilitas, setiap kader membawahi 10 orang penyandang disabilitas intelektual. Sebagaimana dalam pernyataan berikut:

“Di RKS kan setiap desa ada kader-kader sosialnya. Setiap satu kader membawahi 10 orang penyandang disabilitas.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

“Puskesmas, petugas Puskesmas Pembantu desa, kalau kader tugasnya cuma melaporkan keluhan dari penyandang disabilitas.”

Informan 3, (26th, Kader Sosial)

Pernyataan tersebut juga di dukung oleh informan triangulasi, yang mengatakan bahwa kader sosial juga ikut dalam berperan dalam pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual. Sebagaimana dalam pernyataan berikut:

“Puskesmas, petugas Puskesmas Pembantu desa, sama kader sosial.”

Informan triangulasi 2 (60th)

Selain dari pihak kesehatan ternyata banyak yang terlibat dalam pemberian pelayanan bagi penyandang disabilitas intelektual. Dengan kerja sama lintas sektor maka pelayanan kesehatan bisa berjalan dengan baik, sebagaimana dalam pernyataan berikut:

“Keterlibatan lintas sektor ya dari Dinas Sosial, Kementerian Sosial, Birokrestra Jatim, RS dr.Sudono Madiun memberikan bantuan pemeriksaan dan bantuan sembako. Kalau dari swasta dari perusahaan-perusahaan, kelompok swadaya masyarakat. Oiya, dari bank BRI juga pernah memberikan bantuan fisioterapi selama 2 tahun (2012-2013), dilakukan penyinaran ultraviolet khusus anak-anak yang lumpuh.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

4.2.2 Program Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas

Intelektual

4.2.2.1 Jadwal Pelayanan Kesehatan

Pelaksanaan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual sangatlah penting, karena memang penyandang disabilitas memiliki hak yang sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan, selain itu juga bisa

memutus mata rantai penyanggah disabilitas. Seperti pernyataan informan dibawah ini:

“Penting sekali, soalnya itu kan di luar orang normal, jadi harus diutamakan, dan mereka sudah mendapatkan hak menikmati fasilitas kesehatan seperti orang yang normal karena memang sudah dilakukan pemeriksaan, penyuluhan.”

Informan 1, (38 th, Nutrisi Puskesmas Jambon)

“Penting sekali, karena untuk memangkas mata rantai penyanggah disabilitas, karena memang diadakan penyuluhan kesehatan kepada keluarganya yang kebetulan mengantar ke RKS. “

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

Selain itu, menurut informan 3 yakni kader sosial RKS juga menyatakan bahwa pelayanan kesehatan bagi penyanggah disabilitas sangat penting, apalagi bagi penyanggah disabilitas berat. Karena mereka hanya mendapatkan pelayanan kesehatan ketika kader datang mengunjungi rumah mereka. Sedangkan yang disabilitas ringan masih bisa datang langsung ke Rumah Kasih Sayang. Berikut pernyataan dari informan 3:

“Penting sekali, apalagi yang disabilitas intelektual yang berat, mereka tidak bisa apa-apa jadi harus ada yang datang kerumah.”

“Kalau yang disabilitasnya ringan kan mereka masih bisa datang ke RKS.”

Informan 3, (26th, Kader Sosial)

Pernyataan dari informan utama juga dibenarkan oleh informan triangulasi. Mereka menyatakan bahwa pelayanan kesehatan bagi penyanggah

disabilitas intelektual sangatlah penting karena meringankan beban apabila ingin berobat namun tidak memiliki uang dan agar mendapat hak yang sama untuk menikmati fasilitas kesehatan. Seperti pernyataan dibawah ini:

“Penting mbak, kan kalau seperti anak saya ini memang perlu. Biar sama kayak yang lainnya.”

Informan triangulasi 1 (60th)

“Penting sanget mbak. sakumpami kulo mboten gadah yotro trus di paringi obat kan seneng mbak, pun ngringanke kulo.”

Informan triangulasi 4 (50th)

“Penting, karena mereka juga memiliki hak yang sama dengan orang yang normal.”

Informan Triangulasi 7, (45th, Dinkes)

Pelaksanaan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual biasanya dilaksanakan satu bulan sekali. Sebagaimana dalam pernyataan berikut ini:

“...Biasanya jadwalnya 1 bulan sekali.”

Informan 1, (38 th, Nutrisi Puskesmas Jambon)

“Kegiatan ini biasanya dilaksanakan selama 1 bulan sekali.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

Pernyataan tersebut juga di dukung oleh informan triangulasi 1 yang menyatakan bahwa mendapatkan undangan kegiatan pelayanan kesehatan di RKS yang dilaksanakan setiap satu bulan sekali. Seperti pernyataan dibawah ini:

“...Kan setiap satu bulan sekali keluarga di undang ke Rumah Kasih Sayang...”

Informan triangulasi 1, (60th)

Hasil wawancara dengan informan triangulasi 2 menyatakan bahwa memang jadwalnya sebulan sekali, tapi terkadang juga dalam kondisi tertentu pelayanan kesehatan tidak bisa diberikan. Sebagaimana pernyataan berikut:

“Biasanya satu bulan sekali, tapi tergantung kondisi juga, kadang dalam satu bulan tidak ada kegiatan kesehatan”

Informan triangulasi 2, (60th)

Berbeda dengan hasil wawancara dengan informan triangulasi dari desa Sidoharjo. Informan triangulasi mengatakan bahwa kurang lebih setahun anaknya tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang diadakan di Rumah Kasih Sayang. Alasannya dulu ketika ada kegiatan di jemput menggunakan mobil, dan sebelumnya ada pemberitahuan. Namun sekarang tidak ada pemberitahuan, jadi tidak pernah berkunjung lagi ke Rumah Kasih Sayang. Seperti pernyataan dibawah ini :

“Tapi sakniki kurang luweh setaun mboten nate mriko, la wong mboten di sanjangi. Nek riyen kan di sanjangi nek pas enten acara teng Rumah Kasih Sayang, trus di jemput mobil.”

Informan triangulasi 4 (50th)

Berdasarkan pernyataan dari informan dan informan triangulasi dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan selama ini sebulan sekali di Rumah Kasih Sayang. Namun, kebanyakan yang hadir didominasi oleh desa Kreet, untuk desa Sidoharjo di karenakan ada beberapa kendala seperti transportasi, dan tidak ada pemberitahuan sehingga banyak penyandang disabilitas yang tidak bisa datang ke Rumah Kasih Sayang.

4.2.2.2 Pelayanan secara Promotif

Pelayanan kesehatan secara promotif bagi penyandang disabilitas intelektual yaitu dengan melakukan penyuluhan kesehatan dengan mengundang keluarga dari penyandang disabilitas intelektual. Penyuluhan yang diberikan biasanya tentang gizi, penyuluhan penggunaan garam beryodium, kebersihan lingkungan, kebersihan diri, penyuluhan deteksi dini tumbuh kembang anak. Seperti hasil wawancara dengan informan utama dibawah ini:

“Untuk promotif ya melakukan penyuluhan, jadwalnya ada sendiri, kan dari Rumah Kasih Sayang meberikan jadwal ke pihak Puskesmas nanti pihak Puskesmas menyesuaikan untuk datang kesana...”

Informan 1, (38 th, Nutrision Puskesmas Jambon)

“...Kemudian ada penyuluhan gizi, penyuluhan penggunaan garam beryodium kepada keluarganya, kebersihan lingkungan, kebersihan diri karena kadang mereka datang itu dalam keadaan kotor, belum mandi. Kemudian mereka juga diberikan pelatihan *Activity Daily Living* dan diberi perlengkapan seperti sabun mandi, detergen, odol, sikat gigi...”

“...memberikan penyuluhan tentang deteksi dini tumbuh kembang anak, mendatangkan ibu-ibu yang memiliki anak disabilitas.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

Pernyataan dari dari kedua informan utama diatas juga diperkuat oleh jawaban dari informan triangulasi dari pihak Dinkes dan pihak keluarga. Pernyataan tersebut sebagai berikut:

“Untuk promotif dulu pernah melakukan penyuluhan tumbuh kembang anak.”

Informan Triangulasi 4, (45th, kepala seksi gizi Dinkes)

“Disana dikasih penyuluhan tentang gizi.”

Informan Triangulasi 1, (60th)

4.2.2.3 Pelayanan Secara Preventif

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama dapat disimpulkan bahwa pelayanan secara preventif yang selama ini diterima oleh penyandang disabilitas intelektual yaitu mereka telah mendapatkan pelayanan kesehatan berupa posyandu, Pemberian Makanan Tambahan (PMT), penimbangan, pemberian garam beryodium, pemeriksaan kesehatan dasar, diberi vitamin, dan dari Dinkes melakukan survey deteksi dini disabilitas intelektual, pengambilan sampel *urine* ibu hamil. Seperti yang ada pada kutipan dibawah ini:

Untuk preventif kita memberikan PMT, kegiatan penimbangan bagi penyandang disabilitas.

Informan 1, (38 th, Nutrisi Puskesmas Jambon)

“Selama ini program-programnya ya pemberian garam beryodium, penimbangan, pemeriksaan kesehatan dasar, ditanya keluhannya apa, kalau tidak punya keluhan ya kita kasih vitamin saja.”

“...Selain itu dulu juga pernah diberikan makanan secara gratis sehari 2 kali, namun kegiatan ini cuma berlangsung selama 3 tahun, sekarang lebih ke bahan mentah berupa bahan pokok...”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

“...suvey deteksi dini, untuk mengetahui ada atau tidak penderita baru disana. Dari Dinas Kesehatan Provinsi ada pemberian garam beryodium selama 5 tahun sejak tahun 2011-2015, kemudian ada pengambilan sampel *urine* bagi ibu hamil untuk deteksi dini.”

Informan Triangulasi 4, (45th, Dinkes)

Pernyataan dari informan utama juga sama dengan pernyataan dari informan triangulasi. Sebagaimana pernyataan berikut ini:

“...Posyandu, garam beryodium, bahan makanan, kebutuhan kebersihan diri untuk mandi dan mencuci.”

Informan Triangulasi 2, (60th)

Selain kegiatan yang dilaksanakan di Rumah Kasih Sayang, ada juga pelayanan kesehatan secara *home visit*, yang mana kader-kader sosial mengunjungi rumah-rumah penyandang disabilitas intelektual untuk menanyakan kondisi kesehatan dan kebersihan diri penyandang disabilitas intelektual. Sebagaimana pernyataan dibawah ini:

“kader-kader tersebut selalu melakukan *home visit/home care*. Disana para kader mengecek dan menanyakan kondisi kesehatan penyandang disabilitas”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

“Iya mbak, setiap kader kan tugasnya mendampingi penyandang disabilitas. Biasanya kita datang ke rumah-rumah khususnya yang penyandang disabilitas berat karena memang mereka tidak bisa ke RKS.”

Informan 3, (26th, Kader Sosial)

Pernyataan dari informan utama tersebut juga sama dengan pernyataan yang diungkapkan oleh informan triangulasi 2. Sebagaimana dalam pernyataan berikut:

“Biasanya kader datang ke rumah.”

Informan Triangulasi 2, (60th)

Berbeda dengan pernyataan dari informan triangulasi dari desa Sidoharjo yang mengatakan bahwa selama ini tidak pernah mendapatkan pelayanan *home visit*. Biasanya petugas kesehatan yang datang kerumah atas panggilan dari keluarga. Apabila tidak di panggil tidak ada petugas yang mengunjungi untuk memeriksa kesehatan penyandang disabilitas intelektual. Untuk kader sosial dari desa Sidoharjo biasanya datang untuk mengantarkan bantuan saja. Seperti pernyataan dibawah ini:

“Nek mboten diundang geh mboten purun mriki.”

“Pak David nggeh mriki, tapi namung ngeterne bantuan.”

Informan Triangulasi 4, (50th)

Pernyataan dari informan triangulasi 4 dibenarkan oleh informan 4, yaitu petugas Puskesmas Pembantu yang bertugas di Puskesmas Pembantu yang berada di desa Sidoharjo. Seperti pernyataan dibawah ini:

“Kalau di desa Sidoharjo tidak pernah melakukan *home care*. Kalau tidak ada keluhan sakit untuk apa datang kesana. Tapi kalau memang sakit, dan dari pihak keluarga memanggil ya saya kesana. Untuk dijadwalkan secara rutin untuk *home care* tidak ada.”

Informan 4 (40th, Petugas Puskesmas Pembantu)

Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa, untuk kegiatan secara preventif masih belum maksimal, karena belum semua penyandang disabilitas intelektual mendapatkan pelayanan yang sama. Khususnya desa Sidoharjo.

4.2.2.4 Pelayanan Kesehatan Secara Kuratif

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama, diketahui bahwa pelayanan secara kuratif yang selama ini telah diberikan yaitu berupa fisioterapi, namun hanya berjalan 2 tahun saja. Selain fisioterapi ada juga pengobatan gratis. Seperti kutipan dibawah ini:

“Untuk kuratif dulu ada program terapi tetapi sekarang sudah tidak.”

Informan 1, (38 th, Nutrision Puskesmas Jambon)

“..fisioterapi selama 2 tahun (2012-2013), dilakukan penyinaran ultraviolet khusus anak-anak yang lumpuh.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

“Kalau memang ketahuan sakit ya kita lapor ke pengurus, nanti petugas Puskesmas Pembantu desanya yang ke rumah untuk mengobati.”

Informan 3, (26th, Kader Sosial)

Hasil wawancara dengan informan 3 diatas juga diperkuat dengan hasil wawancara dengan informan triangulasi 1, 2, dan 6. Para informan triangulasi sama-sama mengatakan penyandang disabilitas intelektual mendapatkan pengobatan apabila mereka sakit dan ada yang mendapatkan fisioterapi. Berikut kutipan wawancara dengan informan triangulasi:

“Pengobatan gratis...”

Informan Triangulasi 1, (60th)

“kalau sakit ditanya keluhannya apa dan dikasih obat.”

Informan Triangulasi 2, (60th)

“Fisioterapi..”

Informan Triangulasi 6, (33th)

Berdasarkan hasil wawancara diatas, dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan secara kuratif sudah bisa dirasakan oleh penyandang disabilitas intelektual di desa Krebet maupun di desa Sidoharjo.

Berdasarkan wawancara dengan informan triangulasi 1 dan 4 diketahui bahwa pihak keluarga menginginkan pihak kesehatan lebih sering berkunjung ke rumah. Seperti kutipan berikut ini:

“Pihak kesehatan datang ke rumah.”

Informan Triangulasi 1, (60th)

“Nek karep kulo nek enten sing bantu pengobatan geh mriki mawon.”

Informan Triangulasi 4, (50th)

Namun, jawaban dari informan triangulasi 3 menunjukkan bahwa keluarga informan tidak menginginkan pelayanan kesehatan seperti apa lagi, sudah menerima dengan keadaan yang sekarang. Seperti dalam wawancara di bawah ini:

“Saya tidak punya keinginan apa-apa mbak.”

Informan Triangulasi 1, (60th)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa keluarga penyandang disabilitas menginginkan petugas kesehatan datang mengunjungi rumah untuk memeriksa keadaan anak/keluarga yang menderita disabilitas intelektual. Namun, ada juga keluarga yang pasrah dengan keadaan mereka, sehingga tidak memiliki keinginan terhadap pelayanan kesehatan.

4.2.2.6 Evaluasi Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual

Setelah melakukan suatu kegiatan kesehatan, maka perlu dilakukan evaluasi untuk mengetahui kegiatan yang telah berjalan selama ini. Berdasarkan wawancara dengan informan utama di ketahui bahwa evaluasi dilakukan dari Puskesmas dilakukan ketika melakukan kunjungan ke Rumah Kasih Sayang, dan di laporkan ke kepala puskesmas. Berikut pernyataan dari informan 1:

“Evaluasi ya tiap bulan mbak, sekalian pemeriksaan yang di Rumah Kasih Sayang itu. “

“Kalau evaluasi dari Dinsos ya ada sendiri, soalnya yang banyak berkecimpung di Rumah Kasih Sayang kan memang Dinsos. Kalau dari Puskesmas kan cuma ikut andil dalam promotif dan preventif, jadi hasil evaluasi dan pelaporan ya secara lisan ke Kepala Puskesmas.”

Informan 1, (38 th, Nutrision Puskesmas Jambon)

Untuk evaluasi dari Rumah kasih dilakukan setiap sebulan sekali ketika rapat. Pada saat rapat kader di kumpulkan dan ditanya tentang kendala, serta apakah ada usulan dari pihak keluarga. Seperti pernyataan informan 2 dan 3 dibawah ini:

“Evaluasi dilakukan setiap bulan ketika rapat, yaitu kader saya kumpulkan, saya tanya ada kendala apa selama mendampingi penyandang disabilitas, ada usulan apa dari pihak keluarga.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

“Evaluasi setiap bulan mbak, sekalian rapat. Kita menyampaikan kendala ataupun keluhan dari pihak keluarga penyandang disabilitas intelektual.”

Informan 3, (26th, Kader Sosial)

Berdasarkan wawancara dengan informan triangulasi 7, dibenarkan oleh informan yang menyatakan bahwa evaluasi didapatkan dari puskesmas. Setiap bulan dinkes minta data dari puskesmas. Sebagaimana pernyataan dibawah ini:

“Evaluasi jelas ada mbak, kita minta data ke Puskesmas setiap bulan sekali.”

Informan Triangulasi 7, (45th, Dinkes)

4.2.3 Sumber Dana Untuk Pelayanan Kesehatan Penyandang Disabilitas

Intelektual

Sumber dana yang diperoleh untuk memberikan pelayanan kesehatan berasal dari Dinas sosial, dan lintas sektor lainnya. Untuk dana kesehatan secara khusus tidak ada, hanya dulu ada fisioterapi di Rumah Sakit yang dibiayai oleh bank. Seperti kutipan wawancara dibawah ini:

“Kebanyakan dari Dinas Sosial, kalau dari Puskesmas ya cuma transport untuk petugas yang berkunjung di Rumah Kasih Sayang saja. Tidak ada alokasi dana khusus untuk penyandang disabilitas.”

Informan 1, (38 th, Nutrision Puskesmas Jambon)

“...dari kerjasama lintas sektor tadi mbak. tapi, dana itu untuk bantuan sosial, untuk kebutuhan pokok. Kalau dana bantuan kesehatan secara spesifik ya cuma dari bank BRI dulu dibiayai pengobatan fisioterapi di RS.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

“Kebanyakan dari Dinas Sosial mbak kalau bantuan-bantuan seperti itu.”

Informan 3, (26th, Kader Sosial)

Pernyataan dari informan utama juga sama dengan informan triangulasi 7 yaitu Dinas Kesehatan yang mengatakan bahwa dana selama ini berasal dari Dinas Sosial. Dinas Kesehatan sendiri hanya memberikan garam beryodium, dan survey deteksi dini penyandang disabilitas intelektual. Berikut kutipan pernyataan tersebut:

“Sejauh ini dana dari Dinas Sosial. Kalau dari dinkes sendiri ya cuma membantu saat deteksi dini dan pembagian garam beryodium.”

Informan Triangulasi 4, (45th, Dinkes)

4.2.4 Sarana dan Prasarana Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas

Intelektual

Sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di Desa Kreet yaitu ada Ponkesdes, Rumah Kasih Sayang yang mana di sana terdapat beberapa alat kesehatan, seperti timbangan, alat ukur tinggi badan, stetoskop dan lain-lain. Seperti kutipan di bawah ini:

“Di desa Kreet ada Rumah Kasih Sayang. Disana sudah ada peralatan kesehatan seperti timbangan, alat-alat pemeriksaan kesehatan.”

Informan 1, (38 th, Nutrisi Puskesmas Jambon)

“Disini ada Ponkesdes, Rumah Kasih sayang, di RKS juga ada timbangan, alat ukur tinggi badan, stetoskop dan alat-alat kesehatan yang lain.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

“Di desa Kreet ada Rumah Kasih Sayang dan ada Ponkesdes.”

Informan 3, (26th, Kader Sosial)

“Di desa Kreet ada Rumah Kasih Sayang.”

Informan Triangulasi 7, (45th, Dinkes)

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan triangulasi dapat di ketahui bahwa keluarga penyandang disabilitas intelektual mengaku bahwa sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang ada yaitu ponkesdes dan Rumah Kasih Sayang. Sebagaimana pernyataan dibawah ini:

“Ada Rumah Kasih Sayang, Ponkesdes.”

Informan Triangulasi 1 (60th)

“Ada RKS.”

Informan Triangulasi 2 (60th)

“RKS kaliyan Puskesmas.”

Informan Triangulasi 4 (50th)

4.2.5 Kendala Dan Faktor Keberhasilan Pelayanan Kesehatan Bagi

Penyandang Disabilitas Intelektual

4.2.5.1 Kendala Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual

Berdasarkan wawancara dengan informan utama yaitu Nutrision Puskesmas Jambon menyatakan bahwa selama ini tidak ada kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual. Berikut jawaban dari informan 1:

“Kita kayaknya nggak ada kendala.”

Informan 1, (38 th, Nutrision Puskesmas Jambon)

Berbeda dengan hasil wawancara dengan petugas Puskesmas Pembantu yang bertugas di Puskesmas Pembantu, menyatakan bahwa kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan selama ini yaitu apabila tidak bisa mengobati harus di rujuk ke Rumah Sakit. Seperti pernyataan dibawah ini:

“Kendalanya kalau saya tidak bisa menangani ya di rujuk ke Rumah Sakit.”

Informan 4 (40th, Petugas Puskesmas Pembantu)

Berbeda juga dengan jawaban dari informan 2 dan 3. Berdasarkan wawancara dengan informan 2 dan 3 diketahui bahwa ada beberapa kendala dalam melakukan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual, yaitu kendala pada pendanaan yang tidak rutin, ketika ada kegiatan kesehatan di Rumah Kasih Sayang justru penyandang disabilitasnya tidak hadir karena tidak ada yang mengantar, serta kader kadang sibuk dengan urusan pribadinya sehingga tidak bisa mendampingi kegiatan kesehatan. Seperti pernyataan dibawah ini:

“Kendalanya selama ini pendanaan tidak rutin, kemudian ketika ada kegiatan kesehatan di RKS, penyandang disabilitas intelektualnya tidak hadir karena jauh dan tidak ada yang mengantar, dan kader yang sibuk dengan urusan pribadinya.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

“Kendalanya ya kader kan punya kesibukan sendiri. Kadang kalau memang lagi sibuk, terpaksa tidak bisa ikut andil dalam memberikan pelayanan.”

Informan 3, (26th, Kader Sosial)

Hal tersebut dibenarkan oleh informan triangulasi dari keluarga penyandang disabilitas intelektual, pihak keluarga mengaku bahwa kendalanya adalah transportasi, sehingga mereka tidak bisa mengantar. Karena memang para penyandang disabilitas intelektual ini berasal dari keluarga yang kurang mampu. Berikut pernyataan informan triangulasi tersebut:

“Transportasi mbak kendalanya.”

Informan Triangulasi 1 (60th)

“Kendalanya di transportasi mbak..”

Informan Triangulasi 2 (60th)

“Keluhan mboten enten sing jemput. Anake kulo sakniki di pondong pun abot, kulo ki pun kesel.”

Informan Triangulasi 4 (50th)

Hal berbeda dinyatakan oleh informan triangulasi 3 selaku keluarga dari penyandang disabilitas intelektual dan informan triangulasi 7 selaku Dinas Kesehatan Ponorogo. Kedua informan menyatakan bahwa selama ini tidak memiliki kendala dalam pelayanan kesehatan. Seperti pernyataan dibawah ini:

“Tidak ada kendala.”

Informan Triangulasi 3 (55th)

“Tidak ada hambatan.”

Informan Triangulasi 7, (45th, Dinkes)

Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa selama ini kendala utama yang sering ditemukan dalam memberikan pelayanan kesehatan yaitu untuk pendanaan, dukungan kader, serta dari pihak keluarga yaitu kendala dalam transportasi.

4.2.5.2 Faktor Keberhasilan Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, saat ditanya mengenai faktor keberhasilan dalam pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual diketahui bahwa peran lintas sektor sangat penting khususnya untuk membantu dalam hal pendanaan, selain itu kepedulian kader, dukungan keluarga, dan sifat sosial dari orang lain. Berikut pernyataan dari informan:

“Kerja sama lintas sektor, dari Dinsos membantu pendanaannya, kita dari Puskesmas membantu fasilitas kesehatan, alat-alat kesehatan, dan Desa menyediakan tempat.”

Informan 1, (38 th, Nutrisi Puskesmas Jambon)

“...pendanaan, kepedulian para kader, dukungan keluarga, sifat sosial/kepedulian dari orang lain dan pengurus. Tanpa itu, ya sudah bubar lah mbak.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

“Kepedulian dari kader-kader dan keluarga mbak. kalau tidak ada yang peduli kasian mereka, mereka juga punya hak menikmati fasilitas kesehatan.”

Informan 3, (26th, Kader Sosial)

“Faktor utama ya dari keluarga.”

Informan 4, (40th, Petugas Puskesmas Pembantu)

Namun, dalam melakukan pelayanan kesehatan pengurus RKS juga tidak terlalu memaksa para kadernya untuk selalu mendampingi penyandang disabilitas intelektual, karena memang kader sosial ini kerjanya tidak dibayar dan secara suka rela. Berikut pernyataan dari informan 2 selaku pengurus Rumah Kasih Sayang:

“Tapi saya juga tidak bisa menekan para kader untuk selalu mendampingi penyandang disabilitas, contohnya ketika kader lagi *nggarap* sawah ya *nggak papa* namaya juga kerja sosial dan tidak dibayar.”

Informan 2, (50th, Pengurus Rumah Kasih Sayang)

Dalam melakukan pelayanan kesehatan, kerja sama lintas sektor juga dibenarkan oleh informan triangulasi 7 sebagai Dinas Kesehatan Ponorogo. Seperti pernyataan dibawah ini:

“Kerja sama lintas program dan sektor, koordinasi yang baik.”

Informan Triangulasi 7, (45th, Dinkes)

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa selama ini yang menjadi faktor pendukung keberhasilan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual yaitu peran lintas sektor sangat penting khususnya untuk membantu dalam hal pendanaan, dukungan keluarga, sifat sosial dari orang lain, dan peduli kader. Akan tetapi apabila para kader tidak bisa hadir atau tidak bisa ikut andil dalam memberikan pelayanan kesehatan pengurus Rumah Kasih Sayang juga tidak bisa memaksa karena memang sifatnya suka rela tanpa dibayar.

BAB V PEMBAHASAN

5.1 PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

Menurut Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis, dan bermartabat. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Puskesmas sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan sebagai UPT dinas kesehatan memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan upaya kesehatan tingkat pertama di lingkungan masyarakat. Berdasarkan penelitian, Puskesmas sampel telah menyelenggarakan upaya kesehatan wajib berupa upaya promosi kesehatan, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya pencegahan dan upaya pengobatan kepada penyandang disabilitas intelektual.

Selain Puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan juga bisa didapatkan melalui Organisasi Sosial. Di wilayah kerja Puskesmas Jambon tepatnya di desa Krebet telah didirikan sebuah Organisasi Sosial bernama Rumah Kasih Sayang.

Organisasi Sosial ini harapan kedepannya dapat digunakan sebagai bentuk layanan berbasis masyarakat. Dilihat dari aspek kegiatan yang ditangani, pemberdayaan dan rehabilitasi sosial ini ditekankan pada pengembangan dan pemberian pelayanan kemanusiaan seperti kesehatan, pendidikan, pelatihan ketrampilan, dan pendampingan secara personal bagi penyandang disabilitas.

Aspek-aspek yang perlu diperhatikan ketika memberikan pelayanan kesehatan yaitu Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana dan prasarana, program-program yang telah dilakukan selama ini, sumber dana, serta kendala dan faktor yang mempengaruhi keberhasilan kegiatan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual.

5.1.1 Sumber Daya Manusia Dalam Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual

Untuk terselenggarakannya suatu program pelayanan kesehatan diperlukan Sumber Daya Manusia (SDM). Keberhasilan suatu program ditentukan oleh kualitas SDM yang melaksanakannya. Tujuan program akan tercapai jika kualitas SDM yang dimiliki tinggi. Menurut Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang dikutip oleh Adisasmito (2007), Sumber Daya Manusia kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sumber Daya Manusia dalam pelayanan kesehatan adalah orang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melaksanakan upaya kesehatan.

Tenaga kesehatan mampu secara optimal menggunakan sumber daya fisik, finansial dan manusia dalam tim kerja. Sumber daya fisik merupakan sarana pendukung kerja sehingga tenaga kesehatan dapat menjalankan perannya sebagai pelaksana pelayanan kesehatan dengan optimal. Tenaga kesehatan harus mampu mengajak, memotivasi dan memberdayakan masyarakat, mampu melibatkan kerja sama lintas sektoral, mampu mengelola sistem pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif, mampu menjadi pemimpin, pelopor, pembinaan dan teladan hidup sehat. (Soetjipto, BW 2002).

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa Sumber Daya Manusia yang berperan penting dalam melakukan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon adalah Petugas dari Puskesmas seperti dokter, seksi gizi, kepala Puskesmas, Bidan desa, dan Perawat desa. Peran kader sosial juga sangat penting disini, karena kader sosial inilah yang biasanya mendampingi penyandang disabilitas. Selain itu keterlibatan lintas sektor dari Dinas Sosial, Kementrian Sosial, Birokrestra Jatim, RS dr.Sudono Madiun juga berperan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon.

Pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini dilakukan di Organisasi Sosial Rumah Kasih Sayang. Dalam kegiatan ini yang lebih berperan aktif dalam mengurus pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual adalah kader sosial serta bidan desa Kreet. Petugas dari puskesmas telah diberikan jadwal mengenai program pelayanan kesehatan di

Rumah Kasih Sayang. Peran pihak Puskesmas hanya sekedar memantau kegiatan yang berlangsung. Setelah itu semua kegiatan di pasrahkan kepada Rumah Kasih Sayang.

Berdasarkan uraian diatas, menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang berperan aktif dalam kegiatan pelayanan kesehatan yaitu sumber daya manusia dari Rumah Kasih Sayang. Karena memang di Rumah Kasih Sayang ada kader-kader sosial yang bertanggung jawab untuk mendampingi para penyandang disabilitas intelektual. Satu kader sosial membawahi sekitar 10 orang penyandang disabilitas intelektual. Namun, selama ini kader sosial dari desa Kreet lebih aktif mengikuti kegiatan. Kader sosial dari desa Sidoharjo masih kurang aktif bahkan tidak hadir dalam kegiatan di Rumah Kasih Sayang. Sehingga penyandang disabilitas intelektual dari desa sidoharjo kurang mendapatkan perhatian secara khusus.

5.1.2 Program Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas

Intelektual

5.1.2.1 Jadwal program pelayanan kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan selama ini dilakukan selama satu bulan sekali. Namun, tidak semua penyandang disabilitas bisa datang ke Rumah Kasih Sayang (RKS). Kebanyakan yang biasa datang kesana adalah penyandang disabilitas intelektual ringan yaitu mereka yang termasuk mampu di didik, bila dilihat dari segi pendidikan. Mereka pun tidak memperlihatkan kelainan fisik yang mencolok walaupun perkembangan fisiknya sedikit agak lambat (Nevid, Jeffry S dkk, 2005:150).

Untuk penyandang disabilitas intelektual berat hanya dirumah saja karena memang kondisi fisik mereka lemah dan membutuhkan bantuan orang lain. Kebanyakan pihak keluarga merasa kesulitan untuk membawa ke RKS.

Menurut Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas tahun 2011 menyatakan bahwa penyandang disabilitas memiliki hak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi yang tersedia tanpa diskriminasi atas dasar disabilitas mereka, maka negara wajib mengambil semua langkah untuk menjamin akses bagi penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan sensitif gender, termasuk rehabilitasi kesehatan. Maka dari itu, untuk penyandang disabilitas yang tidak bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di RKS akan tetap mendapatkan pelayanan kesehatan juga. Akan ada kader-kader sosial dari RKS yang melakukan *home visit* untuk menanyakan kesehatan mereka, dan sekaligus memberikan penyuluhan kesehatan kepada keluarga penyandang disabilitas intelektual. Kunjungan dari kader ini seharusnya setiap bulan sekali, namun karena para kader memiliki kesibukan masing-masing jadi mereka datang sesuai waktu longgar mereka. Jadi tidak pasti satu bulan sekali mereka mendapatkan kunjungan.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa jadwal untuk kegiatan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual yaitu satu bulan sekali. Akan tetapi pada kenyataannya dikarenakan ada beberapa kendala, maka kegiatan tidak bisa dilakukan satu bulan sekali. Kegiatan dilakukan sesuai situasi dan kondisi dari penyandang disabilitas intelektual maupun dari kader-kader sosial.

5.1.2.2 Pelayanan secara Promotif

Pembangunan pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dapat terwujud. Di Indonesia hal ini sejalan dengan arah Rencana Pembangunan Kesehatan Jangka Panjang/RPKJMN (2005-2024) yang menekankan arah pembangunan kesehatan lebih kearah promotif dan preventif yang seimbang dengan upaya kuratif dan rehabilitatif, dengan visi masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat.

Promotif adalah usaha mempromosikan kesehatan kepada masyarakat. Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Setiap individu berhak untuk menentukan nasib sendiri, mendapat informasi yang cukup dan untuk berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatannya. Pelayanan kesehatan promotif merupakan kegiatan atau serangkaian pelaksanaan kegiatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan (Nurrobhika dan asmawati, 2015:81).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa pelayanan kesehatan promotif bagi penyandang disabilitas intelektual diberikan penyuluhan kepada keluarga mereka, yaitu mereka diberikan penyuluhan tentang gizi tujuannya agar pihak keluarga mengerti mengenai makanan yang bergizi, penyuluhan penggunaan garam beryodium, tujuannya agar mereka mengetahui manfaat garam beryodium. Penyuluhan deteksi dini tumbuh kembang anak, tujuannya agar para orang tua mengetahui perkembangan dan pertumbuhannya anak yang baik itu seperti apa. Selain memberikan penyuluhan kepada keluarga, berdasarkan

wawancara dengan informan diketahui bahwa para penyandang disabilitas intelektual ringan juga di ajari kebersihan lingkungan, dan kebersihan diri. Karena pada dasarnya mereka masih mampu latih, sehingga dengan disampaikan secara bertahap mereka bisa mengurus diri mereka sendiri. Hasilnyapun juga cukup menggembirakan, mereka yang tadinya tidak mau mandi, tidak mengetahui cara merawat diri, menjadi bisa hidup mandiri minimal bisa mandi sendiri, mencuci baju sendiri.

5.1.2.2 Pelayanan secara Preventif

Pelayanan kesehatan secara preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit (Nurrobhika dan asmawati, 2015:81). Kegiatan preventif berupa kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, kegiatan pemutus mata rantai penularan penyakit, dan kegiatan penghentian proses penyakit sedini mungkin (Ferry Efendi dan Makhfudli, 2009:213).

Hasil penelitian mengenai pelayanan kesehatan secara preventif yaitu posyandu, Pemberian Makanan Tambahan (PMT), penimbangan, pemberian garam beryodium, pemeriksaan kesehatan dasar, diberi vitamin, dan dari Dinkes melakukan survey deteksi dini disabilitas intelektual, pengambilan sampel *urine* ibu hamil. Untuk memenuhi gizi penyandang disabilitas intelektual, dari pihak Orsos Rumah Kasih Sayang dulu pernah memberikan makanan gratis sehari 2 kali. Namun, program itu hanya berjalan kurang lebih 3 tahun. Alasannya karena memang kadang apa yang sudah di masak itu tidak cocok dengan lidah mereka. Jadi, sekarang lebih ke bahan mentah berupa bahan pokok seperti beras, minyak goreng, gula, susu kaleng, krupuk, teh, kopi, ikan asin.

Selain kegiatan yang dilaksanakan di Rumah Kasih Sayang, ada juga pelayanan kesehatan secara *home visit*, yang mana kader-kader sosial mengunjungi rumah-rumah penyandang disabilitas intelektual untuk menanyakan kondisi kesehatan dan kebersihan diri penyandang disabilitas intelektual. Namun, berdasarkan hasil penelitian di desa Sidoharjo diketahui bahwa selama ini tidak mendapatkan pelayanan secara *home visit*. Pelayanan tersebut bisa didapatkan ketika menghubungi petugas kesehatan dan meminta untuk datang kerumah. Berbeda dengan desa Kreet, Kader-kader di desa Kreet selama ini selalu aktif dalam melakukan *home visit* khususnya bagi penyandang disabilitas intelektual berat.

5.1.2.3 Pelayanan secara Kuratif

Pelayanan kesehatan secara kuratif adalah adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. (Ferry Efendi dan Makhfudli, 2009:213). Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pelayanan kesehatan secara kuratif yang telah diberikan kepada penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon yaitu fisioterapi, namun hanya berjalan 2 tahun saja yaitu pada tahun 2013-2014. Yang mendapatkan pelayanan kesehatan fisioterapi ini adalah anak-anak yang mengalami kelumpuhan ataupun anak yang seharusnya sudah bisa berjalan namun masih belum bisa berjalan. Pelayanan fisioterapi ini merupakan kerjasama dari beberapa pihak, yaitu pihak Bank dan Rumah Sakit. Pembiayaan fisioterapi

seluruhnya ditanggung oleh pihak bank, serta petugasnya dari Rumah Sakit. Puskesmas Jambon memfasilitasi kendaraan bagi penyandang disabilitas yang akan menjalani fisioterapi.

Selain fisioterapi ada juga pengobatan gratis bagi penyandang disabilitas intelektual. Pengobatan gratis bisa didapatkan ketika ada kegiatan kesehatan di Rumah Kasih Sayang. Selain itu bagi penyandang disabilitas intelektual di desa Kreet ketika mereka sakit, mereka bisa berobat ke Ponkesdes. Pada saat berobat disana mereka tidak dipungut biaya pengobatan. Selain itu ketika kader sosial melakukan kunjungan rumah, dan penyandang disabilitas tidak diketahui sedang sakit maka hanya diberikan vitamin. Hal berbeda bisa dirasakan di desa Sidoharjo, yang mana selama ini mereka jika ingin berobat masih membayar, dan tidak pernah mendapatkan kunjungan rumah dari kader sosial.

5.1.2.4 Evaluasi program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual

Pemantauan dan evaluasi merupakan suatu komponen penting dalam suatu organisasi. Dengan adanya pemantauan dan evaluasi dapat diketahui tingkat keberhasilan suatu program yang telah diberikan. Demikian halnya dengan program-program pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon perlu dilakukan pemantauan, untuk mengetahui program yang diberikan selama ini telah berjalan dengan baik atau tidak. Menurut Metrizal (2005:105) pemantauan adalah suatu proses pengamatan yang terus menerus dilakukan dan berkesinambungan.

Pemantauan perlu dilakukan untuk membuat perencanaan tahun berikutnya serta mengetahui tingkat keberhasilan suatu program.

Evaluasi merupakan bagian dari suatu proses manajemen, karena dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik (*feedback*) terhadap suatu program atau pelaksanaan kegiatan yang akan dijadikan dasar untuk memperbaiki suatu program atau sistem. Evaluasi adalah membandingkan antara hasil yang telah dicapai oleh suatu program dengan tujuan yang direncanakan. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana program itu berjalan, dan sejauh mana program tersebut mempunyai hasil atau dampak (Soekidjo Notoadmodjo, 2005:30).

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa pemantauan dilakukan oleh Puskesmas Jambon ketika ada kegiatan pelayanan kesehatan setiap satu bulan sekali dilakukan di Rumah Kasih Sayang. Pemantauan berupa pendampingan selama kegiatan berlangsung. Pihak puskesmas juga meminta hasil evaluasi yang telah dilakukan oleh Rumah Kasih Sayang. Sementara itu evaluasi dari Rumah Kasih Sayang dilakukan selama satu bulan sekali dengan mengumpulkan kader sosial yang ditugaskan untuk mendampingi penyandang disabilitas intelektual. Ketika melakukan evaluasi para kader sosial ditanya keluhan maupun kendala yang dihadapi selama mendampingi para penyandang disabilitas intelektual. Para kader sosial terkadang juga menyampaikan apa yang diinginkan oleh keluarga penyandang disabilitas intelektual. Jadi dengan dilakukan evaluasi apabila ditengah-tengah kegiatan telah diketahui kendala, maka dapat segera diambil keputusan untuk mencegah kendala tersebut.

5.1.3 Sumber Dana Untuk Pelayanan Kesehatan Penyandang Disabilitas

Intelektual

Menurut *Donabedian*, dalam (Etri Ana Y, dkk, 2008:69) pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Input, ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti tenaga, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi, dan dana lain-lain. Untuk mendukung suatu program salah satunya harus tersedia adalah dana. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sumber dana untuk pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon hanya berasal dari Dinas Sosial, serta bantuan dari kerjasama lintas sektor. Tidak ada anggaran dana khusus untuk pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas dari Dinas Kesehatan maupun Puskesmas. Untuk kegiatan pengobatan gratis yang dilakukan di Ponkesdes desa Kreet merupakan dana milik pribadi, yang mana Ponkesdes tersebut didirikan oleh Bidan desa Kreet beserta suaminya yang merupakan pengurus Rumah Kasih Sayang juga.

5.1.4 Sarana dan Prasarana Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas

Intelektual

Menurut Rukmini dan Mihardi (2006) setiap orang berhak mendapatkan hak ketersediaan dan keteraksesan yang artinya bahwa fasilitas, produk dan pelayanan kesehatan harus tersedia secara memadai dan harus dapat diakses oleh semua orang tanpa diskriminasi. Fasilitas pelayanan kesehatan sudah disediakan, tidak hanya tersedia di Puskesmas, namun juga di Ponkesdes, dan bidan desa, serta Orsos Rumah Kasih Sayang. Fasilitas layanan kesehatan tersebut ditujukan

kepada seluruh masyarakat tanpa ada diskriminasi. Dari hasil penelitian, diketahui bahwa masih ada informan triangulasi yang mengeluhkan tentang ketersediaan dan keteraksesan dari pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. Ada yang mengeluhkan merasa kesulitan di transportasi, karena jarak untuk mencapai fasilitas kesehatan lumayan jauh. Mereka hanya bisa menunggu petugas kesehatan ataupun para kader sosial datang mengunjungi rumah. Itupun waktunya hanya beberapa bulan sekali, karena memang kesibukan dari para kader sosial dan petugas kesehatan. Apabila ingin langsung mengakses fasilitas kesehatan dengan berjalan kaki, ataupun dengan meminta bantuan tetangga untuk mengantar menggunakan kendaraan milik tetangga.

5.1.5 Kendala Dan Faktor Keberhasilan Pelayanan Kesehatan Bagi

Penyandang Disabilitas Intelektual

5.1.5.1 Kendala Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual

Berdasarkan hasil penelitian, dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual petugas kesehatan dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan menyatakan tidak memiliki kendala, namun dari pengurus Rumah Kasih Sayang (RKS) menyatakan bahwa kendala yang dialami selama ini adalah pendanaan tidak rutin, kemudian ketika ada kegiatan kesehatan di RKS, penyandang disabilitas intelektualnya tidak hadir karena jauh dan tidak ada yang mengantar. Selain itu, kendala juga ada pada kader sosial. Ketika kader sosial sedang sibuk, mereka tidak bisa ikut andil dalam membantu memberikan pelayanan kesehatan, khususnya ketika melakukan *home visit* kerumah

penyandang disabilitas intelektual berat. Keluarga penyandang disabilitas intelektual pun menyatakan bahwa kendala yang selama ini dihadapi adalah transportasi, memang kebanyakan tidak memiliki kendaraan dan kesulitan ketika harus membawa penyandang disabilitas menuju tempat pelayanan kesehatan.

5.1.5.1 Faktor Keberhasilan Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual

Berdasarkan hasil penelitian, faktor yang sangat mendukung keberhasilan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual adalah pendanaan yang berasal dari kerjasama lintas sektor, kepedulian para kader dan petugas kesehatan, dukungan keluarga, sifat sosial/kepedulian dari orang lain dan kepengurusan organisasi sosial yang baik.

5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN

5.2.1 Hambatan Penelitian

Pada penelitian yang dilakukan, terdapat hambatan yang mempengaruhi kelancaran penelitian baik sebelum, sesudah, saat penelitian berlangsung, maupun setelah penelitian. Hambatan-hambatan tersebut antara lain:

1. Salah satu informan utama, yaitu kader sosial dari desa Sidoharjo sudah tidak aktif lagi dalam kegiatan yang dilakukan di Rumah Kasih Sayang, akhirnya dialihkan dengan mewancarai petugas Puskesmas Pembantu yang berada di desa Sidoharjo
2. Salah satu informan utama ada yang tidak bersedia didokumentasikan dan juga tidak mengizinkan untuk merekam wawancara.

3. Peneliti cukup kesulitan ketika melakukan wawancara mendalam dengan informan triangulasi dari keluarga penyandang disabilitas intelektual, diperlukan bahasa sehari-hari yang mudah dipahami oleh informan triangulasi.

5.2.2 Kelemahan Penelitian

Kelemahan dalam penelitian ini yaitu ada beberapa informasi yang belum digali secara mendalam, dikarenakan informan utama yaitu kader sosial dari desa Sidoharjo kurang aktif melakukan kegiatan yang diadakan Rumah Kasih Sayang. Selain itu, kelemahan dalam penelitian kualitatif ini adalah kualitasnya yang sangat ditentukan oleh kejujuran dari informan utama. Untuk mengatasi hal tersebut, sudah diantisipasi peneliti dengan pemilihan metode pengumpulan data yaitu dengan metode wawancara mendalam, sehingga diharapkan informan dapat memberikan informasi sejujur-jujurnya kepada peneliti yang sebelumnya juga sudah dilakukan pendekatan secara intensif kepada informan, hanya untuk membangun kepercayaan dari informan.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat di simpulkan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon, diketahui bahwa selama ini masih belum maksimal. Masih terdapat perbedaan pelayanan kesehatan yang diterima antara penyandang disabilitas intelektual di desa Sidoharjo dengan desa Kreet. Hal tersebut dapat diketahui dari:

1. Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan/tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan terhadap penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon, yaitu petugas Puskesmas, kader sosial dari Organisasi Sosial Rumah Kasih Sayang.
2. Program-program kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon yang telah berjalan selama ini dilakukan secara promotif, preventif, dan kuratif, namun dalam program pelayanan kesehatan yang diterima penyandang disabilitas intelektual di desa Sidoharjo masih kurang jika dibandingkan dengan desa Kreet.

3. Sumber dana untuk pelayanan kesehatan penyandang disabilitas intelektual bersal dari kerja sama lintas sektor dan bantuan dari dinas sosial. Selama ini belum ada kebijakan tertentu berupa anggaran khusus dari Puskesmas untuk penderita disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon yaitu di desa Sidoharjo dan desa Kreet.
4. Sarana dan Prasarana dalam pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon yaitu di dirikannya Organisasi Sosial Rumah Kasih Sayang. Selain itu, ada juga Puskesmas, Puskesmas Pembantu, serta Ponkesdes yang ada di masing-masing desa.
5. Kendala pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual di wilayah kerja Puskesmas Jambon yaitu, terkendala oleh pendanaan, kader sosial yang sibuk, transportasi. Kemudian untuk faktor keberhasilan yaitu apabila dana lancar, kepedulian kader, dukungan keluarga, dan sifat sosial dari orang lain.

6.2 SARAN

Berdasarkan simpulan hasil penelitian, beberapa saran yang dapat diberikan yaitu:

1. Bagi Puskesmas Jambon

Diharapkan pihak Puskesmas lebih memperhatikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual, lebih memfokuskan pada upaya-upaya pencegahan disabilitas intelektual di wilayah kerjanya.

2. Bagi Dinas Kesehatan

Diharapkan Dinas Kesehatan memberikan kebijakan khusus dan anggaran khusus untuk penderita disabilitas intelektual agar mereka dapat mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.

3. Bagi Organisasi Sosial Rumah Kasih Sayang

Diharapkan pengurus Rumah Kasih Sayang melakukan evaluasi kinerja dengan melibatkan semua anggota. Sehingga ketika ada kendala khususnya dari kader bisa segera ditemukan jalan keluarnya, mengingat kader setiap desa disini membawahi minimal 10 penyandang disabilitas dengan suka rela dan tidak bisa dipaksakan ketika memang kader sedang sibuk dengan urusan pribadinya.

4. Bagi Kader Sosial

Diharapkan para kader sosial di desa Sidoharjo diharapkan lebih aktif lagi, seperti kader sosial di desa Kreet.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, Dedi dan Ratna Muliawati, 2013, *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Ahmad Djojosingito, 2001, *Kebijakan Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan Menyongsong AFTA 2003*, Pusat Data dan Informasi PERSI, Jakarta.
- Alimul Hidayat, A.Aziz, 2005, *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*, Salemba Medika, Jakarta.
- American Association on Intellectual & Developmental Disabilities (AAIDD), 2010, *Definition Of Intellectual Disability*, diakses 23 juli 2015 (http://www.aidd.org/content_100.cfm?navID=21).
- Badan Pusat Statistik, 2012, *Survei Ekonomi Nasional (Susenas 2012)*, BPS Pusat, Jakarta.
- Baihaqi MIF dkk, 2005, *Psikiatri: Konsep Dasar dan Gangguan-gangguan*, PT Refika Aditama, Bandung.
- Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, 2014, *Situasi Penyandang Disabilitas*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Effendi, Fery dan Makhfudli, 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba empat, Jakarta.
- Eli Nurachma, 2007, *Asuhan Keperawatan Bermutu Di Rumah Sakit*, Jurnal Keperawatan dan Penelitian Kesehatan, Jakarta.

Etri Ana Y, dkk, 2008, Analisis Perbedaan Mutu Pelayanan Rawat Inap Pasien Umum Dan Pasien Jamkesmas Rsu Dr. Soeroto Ngawi, Jurnal Kesehatan, VOL. II, NO. 2, OKTOBER 2008, Hal 67-81.

Harris C, James M.D, 2006, *Intellectual Disability*, Oxford University Press, New York

Hidayat, Alimul Azis, 2008. *Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan*, Salemba Medika, Jakarta.

Hurlock, Elizabeth B, 2014, *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*, Terjemahkan oleh Istiwidayanti dan Soedjarwo, Erlangga, Jakarta.

Infodatin Pusat Informasi Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014, *Penyandang Disabilitas Pada Anak*, Jakarta.

Kassanti, Annia. 2008. *Buku Pintar kesehatan dan Tumbuh Kembang Anak*, Araska Piranti, Yogyakarta.

Kecamatan Jambon. *Kecamatan Jambon Dalam Angka 2013*

Kuntjojo, 2009. *Psikologi Abnormal*. Universitas Nusantara PGRI Kediri, diakses 30 Juli 2015, (<http://www.psikoterapis.com/files/download-ebook-psikologi-abnormal-gratis.pdf>).

Maramis, W.F, 2008, *Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University, Surabaya.

Megayanti, Putri, 2014, *Peran Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo Dalam Pelayanan Kesehatan Prima Bagi Penderita Intellectual Disability Di Kampung Idiot*, Surabaya.

Moehariono, 2014, *Indikator Kinerja Utama (IKU)*, Grasindo, Depok.

- Moleong, L.J, 2007, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Mulyadi, 2007, *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen*, Salemba Empat, Jakarta.
- Muttaqin, Arif, 2008, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nevid, Jeffry S dkk, 2005, *Psikologi Abnormal*, Terjemahan oleh Jeanette Murad dkk, Erlangga, Jakarta.
- Notoadmodjo, Soekidjo, 2007, *Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam dkk, 2005, *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak untuk Perawat dan Bidan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nurrobhika dan Asmawati Burhan, 2015, *Buku Ajar Konsep Kebidanan*, Deepublish, Yogyakarta.
- Pamularsih, A, 2009, *Hubungan Status Gizi dengan Prestasi Belajar Siswa di Sekolah Dasar Negeri 2 Selo Kecamatan Selo Kabupaten Boyolali*, diakses 5 agustus 2015 (<http://etd.eprints.ums.ac.id/5923/1/J300060019.PDF>)
- Pertumbuhan bayi, diakses 30 Juli 2015, Sumber: (<http://kafeilmu.com/faktor-yang-mempengaruhi-pertumbuhan-bayi/>)
- Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Prawirohardjo, Sarwono, 2006, *Ilmu Kebidanan*, Universitas Indonesia, Jakarta.

Rukmini, Mimin dan R.M. Mihardi, 2006, *Pegangan Ringkas Pemenuhan HAM Pendidikan Dan Kesehatan di Daerah*, Pusat Telaah dan Informasi Regional (PATTIRO), Jakarta.

Steven D, Edwards, 2005, *Disability: Definition, Value and Identity*. New york: Redcliffe Publishing. Hal: 11

Strydom, Andre, 2010, *Service Use And Cost Of Mental Disorder In Older Adults With Intellectual Disability*, The British Journal of Psychiatry, page 133–138.

Sugiyono, 2012, *Metode Penelitian Kualitatif Kuantitatif dan R&D*, Alfabeta, Bandung.

Supariasa, I Dewa Nyoman dkk, 2002, *Penilaian Status Gizi*, Akademi Gizi Malang, Malang.

Syariffuddin, Teguh, Retardasi Mental, 12 September 2013, diakses tanggal 30 juli 2015, (http://teguh-s--fpsi10.web.unair.ac.id/artikel_detail-83130-Psikologi-Retardasi%20Mental.html).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2011 Tentang Pengesahan *Convention On The Rights Of Persons With Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas).

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

World Health Organization (WHO) , 2014, World Report on Disability.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1



**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 896/FIK/2014**

**Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2014/2015**

- Menimbang** : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.
- Mengingat** : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
3. SK Rektor UNNES No. 184/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
- Menimbang** : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 1 September 2014

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
- PERTAMA** : Menunjuk dan menugaskan kepada:
- Nama : Drs. Bambang Wahyono, M.Kes
NIP : 196006101987031002
Pangkat/Golongan : III/C
Jabatan Akademik : Lektor
Sebagai Pembimbing
- Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :
- Nama : LILIS NURHIDAYATI
NIM : 6411411088
Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
Topik : Kepuasan pasien rawat inap berdasarkan mutu pelayanan
- KEDUA** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Tembusan
1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
2. Ketua Jurusan
3. Petinggal

6411411088
PM-03-MD-24/Rev. 00



Bambang Wahyono, M.Si.
196006101987031001

LAMPIRAN 2



KEMENTERIAN RISTEK DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik@unnes.ac.id

Nomor : 9307/UN37.1.4/LT/2015
 Lamp. :
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Kesbangpol Kabupaten Ponorogo
 di Ponorogo

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : LILIS NURHIDAYATI
 NIM : 6411411088
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Administrasi Kebijakan Kesehatan), S1
 Topik : Kepuasan pasien rawat inap berdasarkan mutu pelayanan

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 14 Desember 2015

Prof. Dr. Tandiyono Bahayu, M.Pd
 NIP. 196103201984032001

LAMPIRAN 3



KEMENTERIAN RISTEK DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik@unnes.ac.id

Nomor : 9709/UN37.16/UT/2015
 Lamp. :
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo
 di Ponorogo

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : LILIS NURHIDAYATI
 NIM : 6411411088
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Administrasi Kebijakan Kesehatan), S1
 Topik : Kepuasan pasien rawat inap berdasarkan mutu pelayanan

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 14 Desember 2015

Prof. Dr. Tandiyono Rahayu, M.Pd
 NIP. 196103201984032001

LAMPIRAN 4



KEMENTERIAN RISTEK DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung FI Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik@unnes.ac.id

Nomor : 9708/UM.2.7.1.4/LT/2015
 Lamp. :
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo
 di Ponorogo

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : LILIS NURHIDAYATI
 NIM : 6411411088
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Administrasi Kebijakan Kesehatan), S1
 Topik : Kepuasan pasien rawat inap berdasarkan mutu pelayanan

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 14 Desember 2015

Prof. Dr. Tandiyono Rahayu, M.Pd
 NIP. 196103201984032001

LAMPIRAN 5



KEMENTERIAN RISTEK DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik@unnes.ac.id

Nomor : 9307/UN37.1.4/LT/2015
 Lamp. :
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Kesbangpol Kabupaten Ponorogo
 di Ponorogo

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : LILIS NURHIDAYATI
 NIM : 6411411088
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Administrasi Kebijakan Kesehatan), S1
 Topik : Kepuasan pasien rawat inap berdasarkan mutu pelayanan

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 14 Desember 2015

Prof. Dr. Tandiyono Bahayu, M.Pd
 NIP. 196103201984032001

LAMPIRAN 6



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
PUSKESMAS JAMBON
 Jln. MERDEKA No. 01 Telp. 0352 451590
 JAMBON kode Pos. 63456

Jambon, 23 Januari 2016

Nomor : 071/ 31 /045.09.30/2016
 Lampiran :
 Perihal : Ijin Penelitian

KEPADA
 Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan
 Universitas Negeri Semarang
 Di -
SEMARANG

Menindak lanjuti Surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat tertanggal : 7 Januari 2016
 Nomor : 072/ 036 / 405,19 / 2016 perihal Surat Ijin Penelitian
 Maka dengan ini diberikan ijin penelitian terhadap, Mahasiswa Fak Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang
 Dalam rangka penyusunan Skripsi
 Di Wilayah kerja Puskesmas Jambon.

Nama : LILIS NURHIDAYATI
 Judul : GAMBARAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI PENYANDANG DISIBILITAS INTELEKTUAL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS JAMBON KABUPATEN PONOROGO
 Pelaksanaan : 12 (Dua belas hari) sejak Tanggal surat dikeluarkan

Demikian atas bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih



LAMPIRAN 7



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F3, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 334/KEPK/2015

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Gambaran Pelayanan Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas Intelektual di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo

Nama Peneliti Utama : Lilis Nurhidayati
Nama Pembimbing : Drs. Bambang Wahyono, M.Kes.
Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM Unnes, Gedung F1, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang
Lokasi Penelitian : Wilayah Kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo
Tanggal Persetujuan : 7 Desember 2015
(bertaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan tahun 2011 dan oleh karenanya dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 7 Desember 2015



Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

LAMPIRAN 8**Orang Tua/Keluarga****PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM****1. Identitas Informan****Identitas Orang Tua/Keluarga**

Nama :.....

Tempat / Tanggal Lahir :.....

Pendidikan :

1. Perguruan Tinggi

2. SMA

3. SMP

4. SD

Pekerjaan :.....

Alamat :.....

Identitas Penyandang Disabilitas Intelektual

Nama :.....

Tempat / Tanggal Lahir :.....

Jenis Kelamin :.....

II. Pertanyaan

1. Selama ini dimanakah anak/keluarga anda yang mengalami disabilitas intelektual menggunakan pelayanan kesehatan?
2. Selama ini apakah pernah mendapatkan penyuluhan kesehatan?
3. Selama ini apakah sudah mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak/baik?
4. Menurut anda pentingkah diberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?
5. Program-program kesehatan apa saja yang telah anda terima selama ini?
6. Sejak kapan anda mendapatkan program pelayanan kesehatan?
7. Sepengetahuan anda, pihak mana saja yang selama ini memberikan pelayanan kesehatan?
8. Bentuk pelayanannya seperti apa?
9. Apakah pihak puskesmas pernah mengunjungi rumah anda untuk memberikan pelayanan *home care*?
10. Ketika anak anda sakit apakah ada pelayanan khusus bagi anak anda?
11. Menurut anda, bagaimanakah sarana dan prasarana kesehatan yang diberikan bagi penyandang disabilitas?
12. Pelayanan kesehatan seperti apa yang anda inginkan?
13. Apakah anda mengalami kendala ketika menggunakan pelayanan kesehatan?

PUSKESMAS

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

No. :

Tanggal Pengisian :

I. Identitas Informan

Nama :

Umur :

Jabatan :

Alamat :

II. Pertanyaan

1. Apakah ada kebijakan dari puskesmas mengenai pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?
2. Untuk pelayanan secara promotif, preventif, dan kuratif yang selama ini telah dilakukan contohnya seperti apa?
3. Dari manakah anda mendapatkan data dan informasi mengenai penyandang disabilitas?
4. Menurut anda, bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini?

5. Apakah dari Puskesmas melakukan pelayanan kesehatan secara *home care* bagi penyandang disabilitas intelektual? Jika iya berapakah pelaksanaannya?
6. Apabila penyandang disabilitas sakit, biasanya berobatnya kemana?
7. Bagaimanakah keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?
8. Bagaimanakah peran Dinas Kesehatan?
9. Bagaimanakah sarana dan prasarana kesehatan bagi penyandang disabilitas?
10. Dari manakah sumber dana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
11. Hal-hal apa saja yang selama ini menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
12. Menurut anda seberapa pentingkah diadakannya pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
13. Apa yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
14. Bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?

DINAS KESEHATAN

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

No. :

Tanggal Pengisian :

I. Identitas Informan

Nama :

Umur :

Jabatan :

Alamat :

II. Pertanyaan

1. Apakah ada kebijakan mengenai pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?
2. Menurut anda, bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini?
3. Program-program kesehatan apa saja yang telah diberikan selama ini?
4. Siapa saja petugas yang memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?
5. Bagaimanakah keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?

6. Bagaimanakah sarana dan prasarana kesehatan bagi penyandang disabilitas?
7. Dari manakah sumber dana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
8. Hal-hal apa saja yang selama ini menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
9. Apa yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
10. Bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
11. Yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program pelayanan kesehatan bagi warga disabilitas itu apa saja?
12. Bagaimana bentuk evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?

PENGURUS RKS

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

No. :

Tanggal Pengisian :

I. Identitas Informan

Nama :

Umur :

Jabatan :

Alamat :

II. Pertanyaan

1. Sejak kapan didirikannya Rumah Kasih Sayang (RKS)?
2. Pendirinya siapa? Alasan didirikan RKS?
3. Apakah penyandang disabilitas intelektual tertarik untuk datang ke RKS?
4. Menurut anda, bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini?
5. Program-program kesehatan apa saja yang selama ini diberikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
6. Petugas yang memberikan pelayanan kesehatan selama ini siapa saja?
7. Apakah dari RKS melakukan pelayanan kesehatan secara *home care* bagi penyandang disabilitas intelektual? Jika iya berapakah pelaksanaannya?

8. Bagaimanakah keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?
9. Apabila penyandang disabilitas sakit, biasanya berobatnya kemana?
10. Sarana dan prasarana kesehatan bagi penyandang disabilitas apa saja?
11. Bagaimanakah peran Dinas Kesehatan?
12. Dari manakah sumber dana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
13. Hal-hal apa saja yang selama ini menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
14. Menurut anda seberapa pentingkah diadakannya pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
15. Apa yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
16. Bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?

KADER RKS

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

No. :

Tanggal Pengisian :

I. Identitas Informan

Nama :

Umur :

Jabatan :

Alamat :

II. Pertanyaan

1. Sebagai kader, menurut anda, bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini?
2. Program-program kesehatan apa saja yang telah diberikan selama ini?
3. Petugas yang melakukan pelayanan kesehatan siapa saja?
4. Apakah pernah melakukan *home care/home visit* bagi penyandang disabilitas intelektual?
5. Apabila penyandang disabilitas sakit, biasanya berobatnya kemana?
6. Bagaimanakah sarana dan prasarana kesehatan bagi penyandang disabilitas?

7. Dari manakah sumber dana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
8. Hal-hal apa saja yang selama ini menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
9. Menurut anda seberapa pentingkah diadakannya pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
10. Apa yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?
11. Bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?

LAMPIRAN 9**IDENTITAS INFORMAN PENELITIAN**

Informan ke-	Nama	Jenis Kelamin	Usia (th)	Jabatan
Informan 1	Siti Nurjanah	Perempuan	38	Nutrisionis
Informan 2	Drs. Djaenuri	Laki-laki	50	Pengurus RKS
Informan 3	Heny Nihayah	Perempuan	26	Kader
Informan 4	Vivin Sulistyawati	Perempuan	40	Pengurus RKS
Informan Triangulasi 1	Miratun	Perempuan	60	Petani
Informan Triangulasi 2	Itun	Perempuan	60	Petani
Informan Triangulasi 3	Jemirun	Laki-laki	50	Petani
Informan Triangulasi 4	Soimin	Laki-laki	50	Petani
Informan Triangulasi 5	Mesinem	Perempuan	50	Petani
Informan Triangulasi 6	Fitri	Perempuan	33	Pedagang
Informan Triangulasi 7	Juli Pratikno	Laki-laki	45	Kepala Sie Gizi

LAMPIRAN 10

**Transkrip Hasil Wawancara dengan Nutrisi Puskesmas Jambon
(Informan I)**

Pertanyaan wawancara	Uraian Jawaban Informan
	Informan 1
Apakah ada kebijakan dari puskesmas mengenai pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?	Dari puskesmas untuk pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas ya sama dengan yang lainnya ada promotif, preventif
Untuk pelayanan secara promotif, preventif, dan kuratif yang selama ini telah dilakukan contohnya seperti apa?	<p>Untuk promotif ya melakukan penyuluhan, jadwalnya ada sendiri, kan dari Rumah Kasih Sayang memberikan jadwal ke pihak Puskesmas nanti pihak Puskesmas menyesuaikan untuk datang kesana. Biasanya jadwalnya 1 bulan sekali</p> <p>Untuk preventif kita memberikan PMT, kegiatan penimbangan bagi penyandang disabilitas.</p> <p>Untuk kuratif dulu ada program terapi tetapi sekarang sudah tidak. Alasannya karena kurangnya petugas fisioterapi dan pendanaan juga tidak ada. Jadi kita sekarang kita cuma promotif dan preventif saja.</p>
Dari manakah anda mendapatkan data dan informasi mengenai penyandang disabilitas?	Kalau data dapatnya dari desa. Data setiap tahun di perbarui apabila ada yang meninggal ataupun hilang. Jadi puskesmas minta ke desa, setelah itu dari Puskesmas lapor ke Dinkes.
Menurut anda, bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini?	Saya kira sudah cukup baik.
Apakah dari Puskesmas melakukan pelayanan kesehatan secara <i>home</i>	<i>Home care</i> iya mbak. Biasanya yang datang kesana dari pihak dokter, kepala Puskesmas, sie gizi, perawat, atau bidan. Tapi nggak rutin, dari Puskesmas mungkin

<p><i>care</i> bagi penyandang disabilitas intelektual? Jika iya berapakah pelaksanaannya?</p>	<p>cuma beberapa kali dalam setahun karena kegiatannya banyak. Kalau untuk bidan desa saya kira lebih sering.</p>
<p>Apabila penyandang disabilitas sakit, biasanya berobatnya kemana?</p>	<p>Ada yang ke Puskesmas dengan diantar keluarganya, atau kalau kesulitan membawa ya biasanya bidan desa yang datang ke rumah. Kalau di desa kan sudah ada Ponkesdes, disana ada bidan desa dan perawat, jadi lebih tmudah di jangkau.</p>
<p>Bagaimanakah keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?</p>	<p>Dari Dinas Sosial, Dinas Kesehatan dan juga Desa.</p>
<p>Bagaimanakah peran Dinas Kesehatan?</p>	<p>Ya itu tadi melalui promotif, preventif, dan kuratif</p>
<p>Bagaimanakah sarana dan prasarana kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Di desa Kreet ada Rumah Kasih Sayang. Disana sudah ada peralatan kesehatan seperti timbangan, alat-alat pemeriksaan kesehatan.</p>
<p>Dari manakah sumber dana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Kebanyakan dari Dinas Sosial, kalau dari Puskesmas ya cuma transport untuk petugas yang berkunjung di Rumah Kasih Sayang saja. Tidak ada alokasi dana khusus untuk penyandang disabilitas.</p>
<p>Hal-hal apa saja yang selama ini menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Kita kayaknya nggak ada kendala.</p>
<p>Menurut anda seberapa pentingkah diadakannya pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Penting sekali, soalnya itu kan di luar orang normal, jadi harus diutamakan, dan mereka sudah mendapatkan hak menikmati fasilitas kesehatan seperti orang yang normal karena memang sudah di lakukan pemeriksaan, penyuluhan.</p>

Apa yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Kerja sama lintas sektor, dari Dinsos membantu pendanaannya, kita dari Puskesmas membantu fasilitas kesehatan, alat-alat kesehatan, dan Desa menyediakan tempat.
Bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Evaluasi ya tiap bulan mbak, sekalian pemeriksaan yang di Rumah Kasih Sayang itu. Kalau evaluasi dari Dinsos ya ada sendiri, soalnya yang banyak berkecimpung di Rumah Kasih Sayang kan memang Dinsos. Kalau dari Puskesmas kan cuma ikut andil dalam promotif dan preventif, jadi hasil evaluasi dan pelaporan ya secara lisan ke Kepala Puskesmas.

**Transkrip Hasil Wawancara dengan Pengurus Rumah Kasih Sayang
(Informan 2)**

Pertanyaan wawancara	Uraian Jawaban Informan
	Informan 2
Sejak kapan didirikan Rumah Kasih Sayang (RKS)?	Sejak tahun 2011
Pendiriya siapa? Alasan didirikan RKS?	Pendiriya ya dari masyarakat, di fasilitasi oleh Dinas Sosial dan Kementrian Sosial. Alasannya ya karena banyaknya penyandang disabilitas di wilayah Kreet dan sekitarnya. Namun, RKS itu bukan hanya untuk penyandang disabilitas di Kreet saja. Tapi untuk 5 desa yang ada di Ponorogo yaitu desa Pandak, Karangpatihan, Dayakan, Sidoharjo, dan Kreet. Alasan di dirikan di desa Kreet karena dari 5 desa itu desa Kreet lah yang memiliki banyak penyandang disabilitas.
Apakah penyandang disabilitas intelektual tertarik untuk datang ke RKS?	Selama ini hanya yang disabilitas ringan dan mampu latih saja yang datang. Itupun kebanyakan juga dari desa Kreet yang datang. Karena kalau desa-desa yang lain jauh jadi jarang ke RKS.

Menurut anda, bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini?	Pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas di Kerebet sudah baik.
Program-program kesehatan apa saja yang selama ini diberikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Selama ini program-programnya ya pemeriksaan kesehatan dasar, ditanya keluhannya apa, kalau tidak punya keluhan ya kita kasih vitamin saja. Kemudian ada penyuluhan gizi, penyuluhan penggunaan garam kepada keluarganya, kebersihan lingkungan, kebersihan diri karena kadang mereka datang itu dalam keadaan kotor, belum mandi. Kemudian mereka juga diberikan pelatihan <i>Activity Daily Living</i> dan diberi perlengkapan seperti sabun mandi, detergen, odol, sikat gigi. Kegiatan ini biasanya dilaksanakan selama 1 bulan sekali. Selain itu dulu juga pernah diberikan makanan secara gratis sehari 2 kali, namun kegiatan ini Cuma berlangsung selama 3 tahun. Karena memang kadang apa yang sudah di masak itu tidak cocok dengan lidah mereka. Jadi, sekarang lebih ke bahan mentah berupa bahan pokok seperti beras, minyak goreng, gula, susu kaleng, krupuk, teh, kopi, ikan asin.
Petugas yang memberikan pelayanan kesehatan selama ini siapa saja?	Petugasnya ya Bidan desa, dan perawat desa. kadang dari Puskesmas juga datang, kan kita ngasih jadwal ke Puskesmas. Biasanya yang datang kepala Puskesmas Pak Andi dan Ibu dr. Peni,
Apakah dari RKS melakukan pelayanan kesehatan secara <i>home care</i> bagi penyandang disabilitas intelektual? Jika iya berapakah pelaksanaannya?	Iya, di RKS kan setiap desa ada kader-kader sosialnya. Setiap satu kader membawahi 10 orang penyandang disabilitas. Untuk kader desa Kerebet sendiri menurut saya sudah baik karena kader-kader tersebut selalu melakukan <i>home visit/home care</i> . Disana para kader mengecek dan menanyakan kondisi kesehatan penyandang disabilitas. Kalau memang ada yang mengeluh sakit, para kader lapor ke bidan desa nanti bidan desa yang datang ke rumah. Apabila bidan desa tidak bisa menangani baru di rujuk ke Puskesmas. Untuk pelaksanaannya sendiri tidak pasti mbak, tergantung waktu luangnya kader.
Bagaimanakah keterlibatan lintas sektor	Keterlibatan lintas sektor ya dari Dinas Sosial, Kementrian Sosial, Birokrestra Jatim, RS dr.Sudono

<p>dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?</p>	<p>Madiun memberikan bantuan pemeriksaan dan bantuan sembako. Kalau dari swasta dari perusahaan-perusahaan, kelompok swadaya masyarakat. Oiya, dari bank BRI juga pernah memberikan bantuan fisioterapi selama 2 tahun (2012-2013), dilakukan penyinaran ultraviolet khusus anak-anak yang lumpuh</p>
<p>Apabila penyandang disabilitas sakit, biasanya berobatnya kemana?</p>	<p>Bagi penyandang disabilitas ringan biasanya kalau sakit ya langsung ke Ponkesdes, kebetulan kan yang jaga ponkesdes istri saya sendiri selaku bidan desa, dan ada perawatnya juga. Kalau untuk yang penyandang disabilitas berat ya dari kader-kader yang melapor, nanti ibu yang datang ke rumah mereka.</p>
<p>Sarana dan prasarana kesehatan bagi penyandang disabilitas apa saja?</p>	<p>Disini ada Ponkesdes, Rumah Kasih sayang, di RKS juga ada timbangan, alat ukur tinggi badan, stetoskop dan alat-alat kesehatan yang lain.</p>
<p>Bagaimanakah peran Dinas Kesehatan?</p>	<p>Dinas kesehatan Ponorogo jarang ikut. Dulu pernah ikut acaranya Kementerian Kesehatan memberikan penyuluhan tentang deteksi dini tumbuh kembang anak, mendatangkan ibu-ibu yang memiliki anak disabilitas.</p>
<p>Dari manakah sumber dana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Sumber dana ya berasal dari kerjasama lintas sektor tadi mbak. tapi, dana itu untuk bantuan sosial, untuk kebutuhan pokok. Kalau dana bantuan kesehatan secara spesifik ya cuma dari bank BRI dulu dibiayai pengobatan fisioterapi di RS.</p>
<p>Hal-hal apa saja yang selama ini menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Kendalanya selama ini pendanaan tidak rutin, kemudian ketika ada kegiatan kesehatan di RKS, penyandang disabilitas intelektualnya tidak hadir karena jauh dan tidak ada yang mengantar.</p>
<p>Menurut anda seberapa pentingkah diadakannya pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Penting sekali, karena untuk memangkask mata rantai penyandang disabilitas, karena memang diadakan penyuluhan kesehatan kepada keluarganya yang kebetulan mengantar ke RKS.</p>

<p>Apa yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Faktor yang sangat mendukung keberhasilan pelayanan kesehatan disini ya pendanaan, kepedulian para kader, dukungan keluarga, sifat sosial/kepedulian dari orang lain dan pengurus. Tanpa itu, ya sudah bubar lah mbak.</p> <p>Tapi saya juga tidak bisa menekan para kader untuk selalu mendampingi penyandang disabilitas, contohnya ketika kader lagi <i>nggarap</i> sawah ya <i>nggak papa</i> namaya juga kerja sosial dan tidak dibayar.</p>
<p>Bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Evaluasi dilakukan setiap bulan ketika rapat, yaitu kader saya kumpulkan, saya tanya ada kendala apa selama mendampingi penyandang disabilitas, ada usulan apa dari pihak keluarga.</p>

**Transkrip Hasil Wawancara dengan Kader Sosial Rumah Kasih Sayang
(Informan 3)**

Pertanyaan wawancara	Uraian Jawaban Informan Informan 3
<p>Sebagai kader, menurut anda, bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini?</p>	<p>Untuk pelayanan kesehatan dilakukan selama satu bulan sekali di RKS, yang datang kesana penyandang disabilitas intelektual yang ringan dan juga keluarganya. Kalau yang disabilitas berat <i>nggak</i> pernah datang.</p>
<p>Program-program kesehatan apa saja yang telah diberikan selama ini?</p>	<p>Pemeriksaan kesehatan dasar, penyuluhan kesehatan, trus diajari tentang kebersihan lingkungan, kebersihan diri. Untuk kebersihan diri kita mengajarkan cara mandi karena memang mereka ketika datang itu kadang <i>nggak</i> mandi. Trus kita juga memberikan pengetahuan mengenai <i>Activity Daily Living</i> dan diberi peralatan berupa perlengkapan mandi, 3 tahun yang lalu ada pemberian makanan gratis, sekarang sudah tidak ada, diganti dengan bahan makanan mentah.</p>
<p>Petugas yang melakukan pelayanan kesehatan siapa saja?</p>	<p>Puskesmas, bidan desa, kalau kader tugasnya cuma melaporkan keluhan dari penyandang disabilitas.</p>
<p>Apakah pernah melakukan <i>home</i></p>	<p>Iya mbak, setiap kader kan tugasnya mendampingi penyandang disabilitas. Biasanya kita datang ke rumah-</p>

<p><i>care/home visit</i> bagi penyandang disabilitas intelektual?</p>	<p>rumah khususnya yang penyandang disabilitas berat karena memang mereka tidak bisa ke RKS. Kita tanya keluhannya apa. Kalau memang ketahuan sakit ya kita lapor ke pengurus, nanti bidan desanya yang ke rumah untuk mengobati. Kalau tidak bisa ya di rujuk ke puskesmas.</p>
<p>Apabila penyandang disabilitas sakit, biasanya berobatnya kemana?</p>	<p>Ada yang ke Puskesmas tapi seringnya ya ke Ponkesdes, yang dekat.</p>
<p>Bagaimanakah sarana dan prasarana kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Di desa Krebet ada Rumah Kasih Sayang dan ada Ponkesdes</p>
<p>Dari manakah sumber dana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Kebanyakan dari Dinas Sosial mbak kalau bantuan-bantuan seperti itu.</p>
<p>Hal-hal apa saja yang selama ini menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Kendalanya ya kader kan punya kesibukan sendiri. Kadang kalau memang lagi sibuk, terpaksa tidak bisa ikut andil dalam memberikan pelayanan.</p>
<p>Menurut anda seberapa pentingkah diadakannya pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Penting sekali, apalagi yang disabilitas intelektual yang berat, mereka tidak bisa apa-apa jadi harus ada yang datang kerumah. Kalau yang disabilitasnya ringan kan mereka masih bisa datang ke RKS.</p>
<p>Apa yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?</p>	<p>Kepedulian dari kader-kader dan keluarga mbak. kalau tidak ada yang peduli kasian mereka, mereka juga punya hak menikmati fasilitas kesehatan.</p>
<p>Bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan</p>	<p>Evaluasi setiap bulan mbak, sekalian rapat. Kita menyampaikan kendala ataupun keluhan dari pihak</p>

bagi penyandang disabilitas?	keluarga penyandang disabilitas intelektual.
------------------------------	--

Transkrip Hasil Wawancara dengan Petugas Puskesmas Pembantu

(Informan 4)

Pertanyaan wawancara	Uraian Jawaban Informan
	Informan 4
Apakah ada kebijakan dari puskesmas mengenai pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?	Dari puskesmas untuk pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas ya sama dengan yang lainnya ada promotif, preventif
Untuk pelayanan secara promotif, preventif, dan kuratif yang selama ini telah dilakukan contohnya seperti apa?	<p>Untuk promotif ya melakukan penyuluhan, ke orang tua ketika periksa ke puskesmas pembantu.</p> <p>Untuk preventif kita memberikan pemberian makanan.</p> <p>Untuk kuratif dulu ada program terapi dari Rumah Sakit Madiun, tetapi sekarang sudah tidak.</p> <p>Dari dinas kesehatan pernah memberikan alat kesehatan berupa krak, kursi roda.</p>
Dari manakah anda mendapatkan data dan informasi mengenai penyandang disabilitas?	Kalau data dapatnya dari desa dan dari keluarga.
Menurut anda, bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini?	Saya kira sudah cukup.
Apakah dari Puskesmas melakukan pelayanan kesehatan secara <i>home care</i> bagi penyandang disabilitas intelektual? Jika iya berapakai	<p>Kalau di desa Sidoharjo tidak pernah melakukan <i>home care</i>. Kalau tidak ada keluhan sakit untuk apa datang kesana.</p> <p>Tapi kalau memang sakit, dan dari pihak keluarga memanggil ya saya kesana.</p> <p>Tapi kalau untuk dijadwalkan secara rutin untuk <i>home</i></p>

pelaksanaannya?	<i>care</i> tidak ada.
Apabila penyandang disabilitas sakit, biasanya berobatnya kemana?	Untuk penyandang disabilitas intelektual di desa Sidoharjo ke Puskesmas sini mbak. .
Bagaimanakah keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?	Kader sosial, Dinas Sosial.
Bagaimanakah peran Dinas Kesehatan?	Sebaiknya tanya langsung saja ke Dinas Kesehatan.
Bagaimanakah sarana dan prasarana kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Untuk pelayanan kesehatan di desa Sidoharjo ya sama saja dengan pasien umum lainnya. Dulu di sini mau di bangun pondok hampir seperti Rumah Kasih Sayang, tapi belum jadi, karena lokasinya kurang tepat.
Dari manakah sumber dana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Kebanyakan dari Dinas Sosial, kalau dari Puskesmas ya cuma transport untuk petugas yang berkunjung di Rumah Kasih Sayang saja. Tidak ada alokasi dana khusus untuk penyandang disabilitas.
Hal-hal apa saja yang selama ini menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Kendalanya kalau saya tidak bisa menangani ya di rujuk ke Rumah Sakit.
Menurut anda seberapa pentingkah diadakannya pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Penting mbak. tapi ya tergantung dari pihak keluarga juga. Kan ada keluarga yang menutup-nutupi keadaan anggota keluarga yang mengalami disabilitas, sehingga kurang mendapat perhatian dari pemerintah.
Apa yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program	Faktor utama ya dari keluarga.

pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	
Bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Selama ini evaluasinya jarang mbak. ya kalau ada kegiatan saja.

**Transkrip Hasil Wawancara dengan Keluarga Penyandang Disabilitas
Intelektual**

(Informan Triangulasi 1, 2 dan 3)

Pertanyaan wawancara	Uraian Jawaban Informan		
	Informan 1	Informan 2	Informan 3
Selama ini dimanakah anak/keluarga anda yang mengalami disabilitas intelektual menggunakan pelayanan kesehatan?	Ponkesdes	Ponkesdes	Ponkesdes
Selama ini apakah pernah mendapatkan penyuluhan kesehatan?	Pernah, kan setiap satu bulan sekali keluarga di undang ke Rumah Kasih Sayang. Disana dikasih penyuluhan tentang gizi.	Penyuluhan kesehatan selama ini dapat dari Rumah Kasih Sayang. Penyuluhan itu yang memberikan dari pihak puskesmas. Biasanya satu bulan sekali, tapi tergantung kondisi juga, kadang dalam satu bulan tidak ada kegiatan kesehatan.	Pernah
Selama ini apakah sudah mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak/baik?	Sudah baik mbak.	Kurang baik, karena memang saudara-saudara saya ini termasuk penyandang disabilitas berat, ada yang tidak bisa jalan, jadi kalau mau membawa ke fasilitas kesehatan ya susah mbak.	Sudah

Menurut anda pentingkah diberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?	Penting mbak, kan kalau seperti anak saya ini memang perlu. Biar sama kayak yang lainnya	Sangat penting sekali, contohnya dengan adanya penyuluhan kesehatan kan bisa hidup lebih sehat lagi,	Penting sekali
Program-program kesehatan apa saja yang pernah di terima?	Dapat penyuluhan kesehatan, posyandu, pengobatan gratis, vitamin, diajari kebersihan diri, lingkungan, garam beryodium, bahan makanan, kebutuhan untuk mandi dan mencuci	Penyuluhan dari kader, biasanya kader datang ke rumah memberikan penyuluhan kepada keluarga. Selain itu kalau sakit ditanya keluhannya apa dan dikasih obat. Dulu ada bantuan makanan, sekarang bantuannya makanan tapi bentuk mentah (bahan pokok). Sama setiap bulan di kasih peralatan buat mandi.	Pengobatan gratis, dulu diberi makan gratis juga. Sekarang diganti bahan pokok. Trus diberi peralatan mandi.
Sejak kapan mendapatkan pelayanan kesehatan?	Sejak ada Rumah Kasih Sayang	Sejak ada Rumah Kasih Sayang. Sebelum ada RKS belum ada yang memperdulikan.	Belum lama ini mbak.
Sepengetahuan anda, pihak mana saja yang memberikan pelayanan kesehatan?	Puskesmas, bidan	Puskesmas, bidan desa, sama kader sosial.	
Bentuk pelayanannya seperti apa?	Ya itu, kalo sakit gak bayar.	Kader datang kerumah, tanya tentang keluhan	

		kesehatan, sama ngasih penyuluhan kebersihan diri	
Apakah pihak Puskesmas pernah mengunjungi rumah anda untuk memberikan pelayanan?	Kalau kerumah tidak pernah.	Kalau puskesmas setahu saya jarang.	Tidak pernah
Ketika anak/saudara anda yang mengalami disabilitas apakah dia mendapatkan pelayanan secara khusus?	Iya mbak	Kalau pelayanan khusus ya ini mbak kader kesini, kalau misal sakit trus lapor ke bu bidan desa, kalau gak bisa lagi ya di rujuk ke Puskesmas	Ya manggil mantri ke sini, nanti mantri yang datang kerumah.
Bagaimanakah sarana dan prasarana kesehatan yang diberikan bagi penyandang disabilitas?	Ada Rumah Kasih Sayang, sama ponkesdes.	Ada RKS, tapi kalau di rumah ya masih kurang, karena memang tempat tinggal juga kurang layak. Apalagi lantainya masih tanah. Jadi menurut saya sarana prasarananya masih kurang.	Sudah ada RKS, trus ada mantri juga.
Pelayanan kesehatan apa yang anda inginkan?	Pihak kesehatan datang ke rumah.	Lebih sering berkunjung kerumah	Saya tidak punya keinginan apa-apa mbak.
Apakah ada kendala untuk mendapatkan pelayanan kesehatan?	Transportasi mbak kendalanya	Kendalanya di transportasi mbak. sama sarana prasarana.	Tidak ada kendala.

Transkrip Hasil Wawancara dengan Dinas Kesehatan

(Informan Triangulasi 4)

Pertanyaan wawancara	Uraian Jawaban Informan
	Informan 1
Apakah ada kebijakan mengenai pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?	Dari Dinas Kesehatan kebijakannya ya sesuai tugas dan fungsi seksi gizi. Jadi melayani ya berdasarkan itu saja.
Menurut anda, bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual selama ini?	Menurut saya pelayanan kesehatannya sudah cukup baik.
Program-program kesehatan apa saja yang telah diberikan selama ini?	Tanggung jawab pelaksanaan program pelayanan kesehatan di serahkan kepada Puskesmas. Kalau dari Dinas Kesehatan ya lebih ke preventif yaitu melakukan suvey deteksi dini, untuk mengetahui ada atau tidak penderita baru disana. Dari Dinas Kesehatan Provinsi ada pemberian garam beryodium selama 5 tahun sejak tahun 2011-2015, kemudian ada pengambilan sampel <i>urine</i> bagi ibu hamil untuk deteksi dini. Untuk promotif dulu pernah melakukan penyuluhan tumbuh kembang anak.
Siapa saja petugas yang memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?	Dari Dinas Kesehatan Kabupaten maupun Provinsi, Puskesmas, dan Bidan desa.
Bagaimanakah keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?	Keterlibatan lintas sektor sangat penting, biasanya dari Dinas Sosial, dan Rumah Kasih Sayang

Bagaimanakah sarana dan prasarana kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Di desa Krebet ada Rumah Kasih Sayang.
Dari manakah sumber dana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Sejauh ini dana dari Dinas Sosial. Kalau dari dinkes sendiri ya cuma membantu saat deteksi dini dan pembagian garam beryodium.
Menurut anda seberapa pentingkah diadakan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas intelektual?	Penting, karena mereka juga memiliki hak yang sama dengan orang yang normal.
Hal-hal apa saja yang selama ini menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Tidak ada hambatan.
Apa yang menjadi faktor pendukung keberhasilan program pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Kerja sama lintas program dan sektor, koordinasi yang baik.
Bagaimana evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas?	Evaluasi jelas ada mbak, kita minta data ke Puskesmas setiap bulan sekali

LAMPIRAN 11**DOKUMENTASI PENELITIAN**

Gambar 1. Wawancara dengan Nutrisi Puskesmas Jambon



Gambar 2. Wawancara dengan Pengurus Rumah Kasih sayang



Gambar 3. Wawancara dengan kader sosial



Gambar 4. Wawancara dengan Informan Triangulasi



Gambar 5. Contoh kegiatan home visit oleh kader



Gambar 6. Contoh kegiatan pemeriksaan dan pengobatan di Rumah Kasih Sayang