

Research Article

Hambatan akses pelayanan kesehatan orang cebol

Barrier of health services access among dwarfism

Atik Triratnawati¹, Yauma Ayu Arista²

Abstract

Purpose: Study describes how people with dwarfism seek access and the barriers of accessing healthcare services. **Method:** Participatory observation method with in-depth interviews among people with dwarfism, family, healthcare officers, midwives and the head village were used in this study. The location was in Sigedang Village, Kejajar District, Wonosobo Regency, Central Java for 2 months between August-September 2017. **Results:** The study reveals stigma surrounding dwarfism in Sigedang society that dwarfism was hereditary. According to Sigedang people, abnormality was considered natural. Access to healthcare for people with dwarfism was limited. There were no efforts that has been made by either the village government nor the sub-district government for an increased prevention program for people with dwarfism in Sigedang village. People with dwarfism had limited information about healthcare services available for them. They must travel far to the city or across the regency just to reach the standard health facilities. Therefore, an increase of an integrated health access in Sigedang village is needed, especially for people with dwarfism. In addition, the study shows that health-seeking behavior of the locals was still influenced by the ancestors, where traditional medical practitioners played an important role. The awareness of people suffering from dwarfism and their community towards risk factors should be empowered. **Conclusion:** The absence of access to health services influenced the poor condition among people with dwarfism. They need empowerment from the local government, public health office and community to support their health service needs.

Keywords: dwarfism; disable; health access; barrier; empowerment

Dikirim:
11 April 2019

Diterbitkan:
29 April 2019

¹Departemen Antropologi, Fakultas Ilmu Budaya Universitas Gadjah Mada (Email: atik_triratnawati@yahoo.co.id)

²Mahasiswa Antropologi, Fakultas Ilmu Budaya Universitas Gadjah Mada

PENDAHULUAN

Derajat kesehatan masyarakat merupakan salah satu penentu indikator pembangunan manusia. Peningkatan status kesehatan sangat dipengaruhi oleh banyak faktor yang menjadi tanggung jawab berbagai pihak. Jika ditinjau dari aspek pengguna dan penyedia pelayanan kesehatan maka ada tanggung jawab masyarakat, swasta maupun pemerintah yang berkaitan dengan kebijakan, sistem pembiayaan, sosial budaya serta perilaku yang berlaku pada masyarakat [1].

Salah satu permasalahan kesehatan di Indonesia yang terus meningkat setiap tahunnya adalah persoalan kualitas gizi pada Balita. Salah satu indikator untuk melihat kualitas gizi pada anak- adalah tinggi badan yang selanjutnya diklasifikasikan menurut WHO menggunakan indikator tinggi badan menurut umur (TB/U). Namun dewasa ini masih banyak anak sekali ditemui permasalahan anak atau Balita yang memiliki tingkat tinggi badan yang rendah. Di Desa Sigedang, Kabupaten Wonosobo, Jawa Tengah, yang berpenduduk 3295 jiwa merupakan satu-satunya wilayah di Jawa Tengah yang memiliki kasus orang cebol paling tinggi. Di desa ini terdapat 22 Balita pendek (stunting) dan 14 orang cebol. Menurut Kepala Desa Sigedang S (54 tahun) sekarang tersisa 7 orang cebol dengan usia 1- 40 tahun, yang lain telah meninggal dunia karena sakit. Keterangan dari bidan Pustu setempat umumnya kasus cebol yang ditemui di wilayahnya merupakan faktor keturunan.

Desa Sigedang yang terletak di kaki Gunung Sindoro ini memiliki akses pelayanan kesehatan yang terbatas. Di wilayah ini terdapat 1 Pustu yang dilayani 1 tenaga bidan. Bidan tersebut juga merangkap kerja di Puskesmas Kejajar. Dari desa menuju Puskesmas berjarak 7 km, sementara menuju ke kota Wonosobo sejauh 17 km. Pelayanan kesehatan tradisional masih diminati, seperti pijat bayi oleh dukun bayi/dukun pijat, penyembuh tradisional oleh orang pintar/dukun serta penggunaan obat tumbuhan/jamu.

Penduduk Sigedang merupakan petani kentang yang berhasil, namun mereka kurang berminat pada pelayanan kesehatan seperti BPJS karena administrasi yang tidak mudah. Mereka yang memiliki BPJS memilih tidak menggunakannya kecuali dalam kondisi tidak memiliki uang. Mereka memilih berhutang asalkan mendapat pelayanan kesehatan modern yang cepat dan praktis tanpa perlu mengurus administrasi yang rumit. Membawa pasien ke dokter praktik pribadi atau rumah sakit umum/swasta di Wonosobo lebih dipilih daripada menggunakan layanan BPJS.

Stunting didefinisikan sebagai keadaan tubuh yang pendek dan sangat pendek hingga melampaui defisit -2 standar deviasi di bawah median panjang atau tinggi badan [2]. *Stunting* berbeda dengan cebol, cebol adalah kondisi permanen dimana seorang anak memiliki tinggi

badan lebih rendah dari standar usia [3]. Cebol terjadi 1:25.000, sehingga termasuk kejadian langka. Secara umum cebol bagian tubuhnya relatif berukuran normal, tetapi lengan, kaki pendek, tidak proporsional, dan mengalami kecacatan tubuh berupa kaki atau tangan yang bengkok, berkurangnya mobilitas pada sendi siku. Tangan dan kaki mereka memendek, wajah rata, dahi menonjol, batang hidung pesek [4].

Anak-anak yang tumbuh dengan emosi yang dirampas akan menjadi stunting. Pola-pola ketidaknormalan khususnya hormon pituitary, termasuk hormon pertumbuhan menjadi penyebab cebol [5]. Selain itu cebol umumnya bersifat genetik baik dari salah satu atau kedua orang tua. Sayangnya di Indonesia meski ada program pencegahan stunting tetapi tidak ada program pencegahan cebol. Faktor risiko cebol itu bisa diturunkan asalkan ada program penanggulangan yang memadai.

Menurut Sudirman (2008), proses menjadi pendek pada anak di suatu wilayah atau daerah miskin dimulai sejak usia 6 bulan sampai 18 tahun. Cebol (kuntet) biasa dikenali masyarakat saat bayi baru lahir, sebab bentuk tubuhnya terlihat berbeda dibanding bayi normal. Mereka memiliki kaki dan tangan yang pendek sekali serta bentuk tubuh bagian lain yang tidak sempurna. Banyak diantara mereka terlahir dengan bentuk kaki yang bengkok. Sampai usia dewasa tinggi badan mereka hanya berkisar 80-90 cm dengan berat badan dewasa antara 25- 35 kg [6].

Periode dua tahun pertama kehidupan anak merupakan masa yang paling kritis dalam proses pertumbuhan. Pertumbuhan tinggi badan dapat terhambat bila seseorang mengalami defisiensi protein (meskipun konsumsi energinya cukup) dalam jangka waktu yang lama [7]. Permasalahan cebol di Indonesia sendiri meski tidak ada angka yang menyebutkan, akan tetapi menunjukkan bahwa penyandang cebol ini masih terus ada di masyarakat teristimewa di daerah pegunungan yang merupakan endemik kurang gizi.

Dalam kajian ilmu sosial khususnya Antropologi Kesehatan masalah kesehatan tidak lagi dapat dipahami dan diatasi dengan memusatkan perhatian pada kesehatan tubuh. Kesehatan tubuh adalah hasil dari proses interaksi antar unsur-unsur internal tubuh dengan unsur eksternalnya. Ilmuwan sosial lebih memperhatikan unsur eksternalnya. Faktor eksternal dapat dibedakan menjadi: psikis/kejiwaan, sosial kemasyarakatan, dan kebudayaan [8]. Dalam mengatasi masalah kondisi kesehatan orang cebol maka ketiga hal tersebut perlu diperhatikan.

Masalah lingkungan sangat berpengaruh dalam dinamika sosial kehidupan bagi anak-anak yang mengalami kasus cebol. Sementara itu masyarakat Sigedang percaya bahwa cebol ini disebabkan faktor keturunan. Akan tetapi belum ada penelitian oleh ahli gizi yang fokus pada orang cebol. Oleh karena itu masih

menjadi tanda tanya apakah benar kasus cebol di Desa Sigedang ini karena faktor keturunan atau ada faktor lain yang mempengaruhinya.

Sampai saat ini belum ada program khusus serta akses pelayanan kesehatan bagi orang cebol di wilayah ini. Kondisi ini menyiratkan bahwa kaum difabel belum mendapatkan hak kesehatannya. Pelayanan kesehatan sebagai hak dasar yang harus dipenuhi dalam pembangunan kesehatan, namun sampai awal 2017 belum ada program pencegahan atau penanggulangan orang cebol agar hidupnya lebih sehat serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. Mereka dibiarkan hidup terlantar tanpa ada pihak manapun yang memberi uluran tangan.

Dalam pelayanan kesehatan, akses biasanya menunjuk pada pelayanan, provider, institusi. Menurut beberapa ahli, akses lebih daripada perlengkapan dari pelayanan kesehatan karena pelayanan dapat dijangkau apabila tersedia akses pelayanan yang baik. Akses merupakan kesempatan mendapatkan pelayanan kesehatan yang tepat sesuai kebutuhan. Dari sisi provider terdapat 5 dimensi akses: kedekatan, kemampuan menerima, ketersediaan, kesanggupan pengguna dan kesesuaian. Akses pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh kemampuan pengguna: kemampuan menerima; kemampuan mencari, kemampuan menjangkau, kemampuan membayar, kemampuan ikut serta [9].

Rendahnya status kesehatan penduduk miskin terkait erat dengan terbatasnya akses pelayanan kesehatan baik karena kendala geografis dan biaya. Belum membaiknya status kesehatan orang cebol berbanding terbalik dengan keadaan ekonomi Desa Sigedang yang dari tahun ke tahun mengalami peningkatan berkat pertanian kentang dan sayuran. Semenjak 1980 an sampai sekarang pelayanan kesehatan orang cebol masih sangat terbatas. Di Sigedang terdapat satu layanan Puskesmas Pembantu (Pustu) yang dilayani oleh seorang bidan tenaga honorer, dan waktu pelayanannya terbatas jamnya. Bidan Pustu Sigedang juga harus berjaga di Puskesmas Pusat di Kecamatan Kejajar. Meskipun sudah disediakan layanan puskesmas pembantu di desa ini, namun belum banyak warga yang memilih menggunakan layanan pustu ini. Alasannya karena pelayanannya tidak buka selama 24 jam dan karena faktor ketidakcocokan. Hal ini membuat warga memilih pelayanan kesehatan di kecamatan hingga ke kota kabupaten dimana membutuhkan waktu tempuh lebih lama dan biaya kendaraan yang cukup mahal. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi apa saja hambatan orang cebol terhadap akses pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

METODE

Riset kualitatif dengan pendekatan etnografi dilakukan di Desa Sigedang, Kecamatan Kejajar, Kabupaten

Wonosobo di mana komunitas orang cebol masih ada. Pengumpulan data dilakukan selama 2 bulan (Agustus-September 2017) dengan melakukan observasi dan wawancara kepada orang cebol, orang tua cebol, tetangga, petugas kesehatan, kader, dukun pijat, kepala desa yang total berjumlah 21 orang.

Para informan mayoritas adalah perempuan yang berprofesi sebagai petani kentang dan sayuran, dengan rentang usia 24-50 tahun. Terdapat 2 informan laki-laki yaitu kepala desa (54 tahun), 1 bapak balita cebol (27 tahun), 1 bidan (24 tahun), 1 kader (50 tahun) yang juga bekerja sebagai sekretaris di kantor desa .

Pengumpulan data diawali dengan observasi lingkungan tempat tinggal kasus cebol, kemudian menghubungi informan sebagai subyek penelitian. Pada 7 kasus cebol keseharian mereka diikuti pada waktu-waktu tertentu terutama pagi hari saat mereka mulai beraktivitas. Di sela-sela observasi wawancara mendalam dilakukan terhadap mereka guna menggali pelayanan kesehatan selama ini yang pernah mereka gunakan. Wawancara dilakukan secara berulang-ulang mengingat peneliti tinggal di desa selama 2 bulan sehingga interaksi dapat berjalan baik. Guna menambah keterangan informan tambahan seperti kepala desa, bidan Pustu, dukun pijat bayi, kader diwawancara pada tahap akhir pengumpulan data.

Selama tinggal di lokasi penelitian, aktivitas orang cebol perempuan dapat diamati, baik aktivitas di dalam rumah maupun luar rumah, sementara itu orang cebol laki-laki tidak dapat diobservasi karena berada di luar wilayah guna belajar dan bekerja. Satu orang cebol laki-laki mengalami gangguan mental sehingga tidak dapat diwawancara. Wawancara terhadap orang tua anak cebol dilakukan kepada ibu mengingat bayi dan anak cebol masih berusia anak-anak. Proses analisis data dilakukan melalui transkrip, klarifikasi, koding, dan matriks kemudian dianalisis dengan konsep-konsep yang antropologi kesehatan.

HASIL

Kondisi kesehatan orang kuntut

Di Desa Sigedang terdapat 7 orang kuntut, terdiri 5 orang dewasa (2 perempuan dan 3 laki-laki) serta 2 balita/anak-anak perempuan. Kelahiran mereka berkisar antara tahun 1980-2000 yang cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional serta yang lahir di atas tahun 2010 yang mencoba mengkombinasikan pelayanan kesehatan tradisional dan modern.

Bayi D berumur 11 bulan pada tahun 2017, merupakan anak pertama pasangan H dan I. Sejak usia kehamilan 6 bulan I telah melakukan pemeriksaan USG ke kota demi mengontrol kondisi janinnya. Saat itu janinnya masih dalam keadaan baik, artinya tidak ada kelainan yang mengkhawatirkan. Pada saat 9 bulan usia kehamilan I,

dilakukan USG yang kedua kali pada dokter kandungan di RSKIA swasta di Wonosobo. Dokter menginformasikan jika janin I ada kelainan. Akan tetapi pasangan suami istri H dan I siap menerima semua konsekuensinya. Pada bulan Desember 2016 bayi D lahir dengan pertolongan bidan PUstu. Tinggi bayi D 42 cm saat lahir kemudian menjadi 57 cm saat berumur 11 bulan. Proses persalinan sedikit mengalami kesulitan sebab kaki bayi D ternyata bengkok. Kedua orang tua D kemudian mencoba memeriksakan bayi ke Magelang. Atas saran dokter di Magelang, bayi D harus segera dilakukan terapi dengan gips. Sejak usia 2 bulan bayi D ada indikasi lumpuh sehingga dipasang gips di kakinya oleh dokter di RSUD Wonosobo. Sampai usia 11 bulan bayi D telah dilakukan. Atas saran dokter di Magelang, bayi D harus segera dilakukan terapi dengan gips. Sejak usia 2 bulan bayi D ada indikasi lumpuh sehingga dipasang gips di kakinya oleh dokter di RSUD Wonosobo. Sampai usia 11 bulan bayi D telah dilakukan pemasangan gips sampai 20 kali. Gips sering copot sebab gerakan kaki bayi D sangat kuat, akibatnya dianggap gips di kakinya menjadi kurang efektif bekerjanya. Atas saran dokter dari RSUD Wonosobo bayi D dirujuk ke dokter spesialis ortopedi di Solo guna mendapatkan penanganan lebih lanjut seperti operasi.

L anak cebol yang berusia 9 tahun nyaris belum pernah dibawa ke pelayanan kesehatan modern. Ibu L yang sibuk bekerja di ladang kurang memberi perhatian pada kelainan yang dialami anaknya. L lahir ditolong bidan Pustu dengan kondisi kaki yang bengkok. Sampai usia 9 tahun kondisi L tetap lumpuh dan ia belum pernah sekolah. Sehari-hari L ditinggal di rumah nenek sebagai pengasuh, sementara ibunya di ladang. Keterangan dari nenek, L pernah dipijat ke dukun pijat tetapi tidak rutin. L belum pernah diperiksakan ke dokter, akibat ketiadaan biaya. L hanya mampu merangkak sehingga mobilitasnya hanya dari rumahnya ke rumah nenek yang hanya berjarak beberapa rumah.

L Lima orang cebol dewasa lain yaitu U, F, I, S, T, lahir pada tahun 1980-2000 pada kondisi sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan di Desa Sigedang sangat terbatas. Meski saat itu Puskesmas di wilayah Kecamatan Kejajar sudah berdiri, akan tetapi masyarakat desa jarang yang berobat ke sana sebab kedokteran dipercaya mahal biayanya, sementara masyarakat setempat lebih mementingkan pendapatannya untuk makan. Kondisi saat itu keterbatasan informasi, pengetahuan dan akses pelayanan di masyarakat masih minim. Akibatnya jika ada anak sakit termasuk anak lahir dengan kondisi cebol maka pelayanan yang paling mudah didapat adalah dengan pijat oleh dukun setempat.

Mbah Tujat, Yatin, Daryono, Jahir, Yasin, Sutrisno merupakan dukun setempat yang biasa diminta tolong memijat maupun mengatasi berbagai penyakit lain yang dialami warga. Orang cebol di desa ini semuanya pernah bahkan sering dipijat oleh dukun setempat dengan

harapan kaki bengkoknya akan pulih sehingga mampu berjalan. Orang tua bayi D (11 bulan) yaitu I menjelaskan sebagai berikut:

“Setelah saya tahu jika anak saya ada kelainan di kakinya yang bengkok maka saya coba dibawa pijat ke mbah Yatin”.

Dari keterangan di atas terlihat bahwa pijat masih dipilih sebagai pilihan pengobatan untuk orang cebol dengan tujuan kaki mereka tidak bengkok sehingga nantinya mampu berjalan.

BAHASAN

Sistem medis sebuah strategi adaptasi sosial-budaya

Strategi adaptasi sosial budaya melahirkan sistem medis, tingkah laku, dan bentuk-bentuk kepercayaan yang berdasarkan budaya. Sistem medis timbul sebagai respon terhadap ancaman-ancaman yang disebabkan oleh penyakit [10] (Foster dan Anderson, 2000). Dalam asumsi para ahli ilmu Antropologi Kesehatan, sistem medis merupakan sebuah hasil dari adanya gagasan yang melekat dalam diri masyarakat untuk merespon suatu penyakit. Mereka menggunakan berbagai cara untuk menghilangkan sebuah penyakit yang diderita seseorang. Di Desa Sigedang, mereka percaya bahwa orang cebol merupakan sebuah keturunan dari kerabat sebelum mereka. Banyaknya jumlah orang cebol di desa itu kemudian dianggap sebagai hal yang biasa, dalam arti mereka tidak dibully melainkan justru banyak yang memberi empati. Mengingat orang cebol tetap dapat hidup di tengah masyarakat kecuali keterbatasan mobilitas mereka, maka warga setempat tidak lagi menganggap orang cebol sebagai keanehan atau gangguan kesehatan yang perlu dicari pengobatannya.

Mencari pengobatan tradisional yang sudah dipercaya sejak zaman nenek moyang dahulu yaitu dengan membawa ke dukun pijat telah menjadi kebiasaan warga. Dukun pijat aksesnya mudah sebab mereka bertempat tinggal di lingkungan yang sama serta mudah ditemui.

Secara singkat, sistem medis adalah mencakup semua kepercayaan tentang usaha meningkatkan kesehatan, dan tindakan serta pengetahuan ilmiah maupun keterampilan anggota-anggota kelompok yang mendukung sistem tersebut. Kita dapat melihat bagaimana suatu masyarakat menciptakan suatu strategi untuk menghadapi penyakit. Dalam usahanya untuk menanggulangi penyakit, manusia mengembangkan suatu kompleks yang luas dari pengetahuan, kepercayaan, teknik, adat-istiadat, ideologi dan lambang-lambang yang saling berkaitan dan membentuk suatu sistem yang saling menguatkan dan saling membantu [11].

Terbatasnya pelayanan kesehatan orang kuntet

Pada kasus orang cebol diperlukan pemeriksaan, perawatan rutin bagi mereka agar kualitas hidup

mereka dapat meningkat (Samiadi, 2017). Mengingat bahwa operasi dan suntikan dari dokter mampu mengatasi orang cebol, namun membutuhkan biaya besar. Akan tetapi kondisi seperti itu sangat sulit dilakukan oleh keluarga orang cebol di Sigidang mengingat pemeriksaan, perawatan, operasi dan suntik yang rutin itu membutuhkan waktu, tenaga, biaya serta transportasi yang memadai menuju pelayanan kesehatan di kota. Warga setempat tidak mampu melakukan kegiatan yang menyita sumber daya manusia dan sumber biaya mengingat waktu yang mereka miliki telah habis untuk mencari nafkah. Ditambah lagi biaya yang sangat besar mereka tidak mampu menjangkaunya.

Faktor internal dan eksternal berpengaruh atas derajat kesehatan suatu masyarakat. Beberapa faktor berikut ini melatarbelakangi mengapa orang kuntet di Desa Sigidang tidak mampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Faktor internal meliputi:

1. Kurangnya pemahaman masyarakat terkait kesehatan. Latar belakang pekerjaan mayoritas penduduk sebagai petani mempengaruhi pemahaman mereka akan kesehatan. Dengan tingkat pendidikan warga yang umumnya lulus SD, SMP, SMA maka prioritas hidupnya adalah untuk bekerja di sawah, ladang agar mampu makan. Bagi mereka jika seseorang menderita sakit maka pengobatan ala desa dirasa cukup.
2. Kondisi kecacatan pada anak seperti cebol tidaklah dianggap sebagai masalah serius yang harus dicarikan solusi. Anak-anak cebol dibiarkan tinggal di rumah guna mengerjakan pekerjaan domestik sehingga tidak perlu mengenyam pendidikan. Informasi-informasi terkait kesehatan hanya terkait hal-hal yang umum, misalnya BPJS, stunting ataupun Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi. Mengingat cebol merupakan masalah kesehatan yang khusus maka informasi tersebut tidak didapat di desa melainkan harus ke kota lewat konsultasi dengan dokter ahli.

Terbatasnya ekonomi

Era tahun 1980-99 ekonomi di wilayah ini tergolong sulit, berbeda dengan tahun 2000-2010 dimana perkembangan ekonomi warga meningkat tajam. Bagi warga yang terbatas pengetahuan dan ekonominya memiliki anak cebol seperti kasus L membuat keluarganya tidak berdaya. Anak L dibiarkan tergoles dengan kaki lumpuh tanpa pernah ada upaya ke pelayanan medis, Kemiskinan orang tua mengakibatkan kondisi kesehatannya semakin tidak terurus. Berbeda dengan bayi D meski orang tuanya ekonominya sederhana akan tetapi informasi dan kesadaran akan kesembuhan anaknya sangat kuat. Oleh karenanya D telah diperiksakan ke dokter spesialis di kota sejak masih bayi.

Faktor eksternal:

Tidak adanya dokter spesialis

Kebutuhan layanan kesehatan bagi orang kuntet memang tidak dapat dipenuhi oleh Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan tingkat pratama. Hal ini dikarenakan orang kuntet membutuhkan pelayanan khusus yaitu dokter spesialis anak maupun spesialis ortopedi. Kedua dokter spesialis itu berpraktik di kota-kota besar yang jauh dari Desa Sigidang. Ditambah lagi praktik spesialis selain jauh lokasinya juga diperlukan alat transportasi yang memadai. Mengingat orang tua orang kuntet itu termasuk berasal dari tingkat sosial ekonomi rendah sehingga biaya masih menjadi kendala.

Terapi seperti gips yang harus dijalani orang kuntet pun harus dilakukan sejak dini yaitu saat bayi atau balita sehingga orang kuntet yang orang tuanya tidak memiliki perhatian penuh umumnya tidak mau bersusah payah membawa anaknya berobat ke kota.

Akses dan jarak yang jauh

Desa Sigidang dahulu dikenal sebagai wilayah terisolir akibat tiadanya jalan beraspal dan transportasi yang lancar. Meski saat ini jalan telah beraspal serta kendaraan umum dapat mencapai desa ini namun tidak serta merta mampu membuat wilayah ini menjadi terbuka. Keterisolasian informasi masih terjadi, dimana surat kabar, televisi dan jaringan internet sangat terbatas jumlahnya, Meski ekonomi warga telah meningkat akan tetapi saluran tv yang dimiliki warga hanya mampu menangkap sedikit channel. Sementara itu karena letak wilayah desa ini yang berada di dataran tinggi sehingga sinyal telepon/internet hanya bisa dilayani oleh 1 provider saja.

Perilaku kesehatan adalah sesuatu respon (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terjadi dari 3 aspek yaitu perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit, serta pemulihan kesehatan. Selanjutnya adalah perilaku peningkatan kesehatan apabila dalam keadaan sehat. Dan terakhir adalah perilaku gizi [12].

Pola pelayanan kesehatan pada masyarakat Sigidang khususnya untuk penyandang cebol dibagi menjadi 2 yaitu tradisional dan tradisional-modern.

Pola perilaku pencarian kesehatan tradisional, yaitu pola pelayanan kesehatan yang masih banyak dipengaruhi oleh kebiasaan nenek moyang. Biasanya masyarakat Sigidang pergi ke dukun pijat atau dukun lainnya guna terapi kaki orang cebol. Kasus ini terjadi pada U, I, F dan L dimana sejak mereka lahir hanya mendapat pertolongan dukun lewat pijat pada kaki dengan harapan kaki mereka yang bengkok dapat diluruskan. Jika kaki dapat diluruskan diharapkan mereka mampu berjalan normal.

Pola perilaku pelayanan kesehatan kombinasi tradisional-modern. Pola pelayanan kesehatan kombinasi tipe tradisional-modern ini dilakukan oleh keluarga balita D. Upaya mencari pelayanan kesehatan secara tradisional telah dilakukan sejak D berusia 40 hari yaitu dalam bentuk pijat oleh dukun bayi. Setelah itu keluarga mengupayakan pelayanan kesehatan modern agar mendapatkan hasil penyembuhan maksimal yaitu dengan terapi gips di RSUD Wonosobo sampai 20 kali. Selain itu, keluarga juga mengupayakan kesehatan D hingga ke RS di Solo, karena ia butuh penanganan khusus dari dokter spesialis ortopedi. Keluarga bayi D ini merupakan salah satu potret keluarga di Sigedang yang peduli dengan pentingnya teknologi medis modern untuk kesembuhan kaki D. Diharapkan D kedepannya dapat berjalan secara normal.

Dari kondisi sosial budaya, ekonomi, geografis dan akses pelayanan kesehatan yang ada terlihat bahwa masyarakat Sigedang mengalami kendala terkait akses seperti: kemampuan menerima, kemampuan mencari, kemampuan menjangkau, kemampuan membayar,

kemampuan ikut serta. Akibatnya kasus-kasus cebol yang ada dibiarkan tanpa penanganan dan pelayanan yang memadai dan sesuai dengan kebutuhan mereka. Selain itu mengingat kasus cebol termasuk rare cases dan bukan merupakan program prioritas Kemenkes sehingga tidak ada bantuan pelayanan kesehatan apapun yang ditujukan untuk mereka.

SIMPULAN

Akibat ketersisolasian wilayah pada masa lalu ditambah keterbatasan pemahaman masyarakat Sigedang atas kondisi difabel orang cebol sehingga kondisi kesehatan mereka tidak ada perubahan dari waktu ke waktu. Ketiadaan faktor kemampuan menerima, mencari, menjangkau, membayar dan ikut serta mengakibatkan orang cebol tetap dalam kegelapan, dalam arti tidak ada pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Akibatnya penanganan orang cebol hanya terjangkau lewat terapi pijat, karena itu dianggap paling mudah dan murah.

Abstrak

Tujuan: tulisan ini mengidentifikasi hambatan yang dialami orang kuntet dalam akses pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. **Metode:** penelitian etnografi ini menggunakan metode observasi partisipasi dan wawancara mendalam terhadap orang kuntet, keluarga mereka, kepala desa dan petugas kesehatan setempat. Lokasi yang dipilih adalah komunitas cebol di Desa Sigedang, Kecamatan Kejajar, Kabupaten Wonosobo, Jawa Tengah. Penelitian dilakukan selama 2 bulan, bulan Agustus-September 2017 dengan cara hidup bersama mereka sehingga aktivitas sehari-harinya dapat diamati dengan baik. **Hasil:** adanya stigma di masyarakat Sigedang yang menganggap orang kuntet disebabkan oleh faktor keturunan, mengakibatkan tidak ada program pencegahan. Akses kesehatan untuk penyandang kuntet juga sangat terbatas. Oleh karena keterbatasan pengetahuan dan ekonomi ditambah akses fasilitas kesehatan yang jauh dari jangkauan karena harus keluar kota sehingga orang kuntet cenderung dibiarkan hidup apa adanya. Belum ada program yang signifikan baik dari Pemda, kecamatan maupun desa untuk pencegahan orang cebol. Orang kuntet dan komunitasnya perlu diberdayakan agar mampu menurunkan faktor risiko. **Simpulan:** tidak ada akses pelayanan kesehatan bagi orang cebol di pedesaan mengakibatkan kondisi kesehatan mereka tidak ada perubahan dari masa ke masa. Perlu adanya pemberdayaan bagi Pemda, Dinkes dan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi mereka.

Kata kunci: cebol; disabilitas; akses kesehatan; hambatan

PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. Rencana Strategi Departemen Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2005.
2. Manary MJ, Solomon NW. Gizi Kesehatan Masyarakat, Gizi dan Perkembangan Anak. Jakarta: Buku Kedokteran ECG; 2010.
3. World Health Organization. Stunting in a nutshell [Internet]. [cited 1 Apr 2019]. Available: https://www.who.int/nutrition/healthygrowthproj_stunted_videos/en/
4. Samiadi LA, Savitri T. Apa itu dwarfism (cebol)? [Internet]. 17 Apr 2017 [cited 1 Apr 2019]. Available: <https://helohehat.com/penyakit/dwarfism-cebol/>
5. Gardner LI. Deprivation Dwarfism [Internet]. Scientific American. 1972. pp. 76–82. doi:10.1038/scientificamerican0772-76
6. Sudirman H. Stunting atau Pendek: Awal Perubahan Patologis atau Adaptasi Karena Perubahan Sosial Ekonomi yang Berkepanjangan? Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. National Institute of Health Research and Development, Indonesian Ministry of Health; 2008;18. Available: <https://media.neliti.com/media/publications/151673-ID-stunting-atau-pendek-awal-perubahan-pato.pdf>
7. Ramli, Ramli, Agho KE, Inder KJ, Bowe SJ, Jacobs J, et al. Prevalence and risk factors for stunting and severe stunting among under-fives in North Maluku province of Indonesia [Internet]. BMC Pediatrics. 2009. doi:10.1186/1471-2431-9-64
8. Triratnawati A, editor. Kesehatan dalam Perspektif Ilmu Sosial-Budaya. Masalah Kesehatan dalam Kajian Ilmu Sosial-Budaya. Yogyakarta: Keppel Press; 2005. p. Ahimsa–Putra, HS.
9. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations [Internet]. International Journal for Equity in Health. 2013. p. 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18
10. Foster GM ABG. Antropologi Kesehatan. Jakarta: UI Press; 2000.
11. Joyomartono M. Pengantar Antropologi Kesehatan. Semarang: Unnes Press; 2010.
12. Notoadmojo S. Promosi Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.