

## MODEL REHABILITASI PENYANDANG CACAT BERBASIS MASYARAKAT DALAM USAHA HIDUP MANDIRI

Oleh : Haryanto\*

### Abstrak

*Penelitian ini bertujuan untuk menghasilkan model Rehabilitasi melalui Sinergi Pemberdayaan Masyarakat (RMSPM) bagi penyandang cacat ke arah usaha hidup mandiri di pedesaan. Ada empat komponen model yang diujicobakan dalam penelitian, yaitu: (1) pengorganisasian, (2) pengembangan pendanaan, (3) program-program aksi model RMSPM, (4) evaluasi dan dampak model.*

*Subyek penelitian penyandang cacat kurban letusan gunung merapi. Lokasi penelitian di desa Purwobinangun Kecamatan Pakem, dan desa Girikerto Kecamatan Turi Kabupaten Sleman. Jenis penelitian adalah Research and Development, dilaksanakan tahun 2002-2004. Teknik pengumpulan data menggunakan angket, interview, demonstrasi, dan dokumentasi. Analisis data yang digunakan adalah teknik analisis terpadu antara pendekatan deskriptif kuantitatif dan kualitatif.*

*Hasil penelitian menunjukkan; jumlah penyandang cacat khususnya kurban letusan gunung merapi yang berhasil dijangkau sampai akhir penelitian, ada 26 orang di desa Purwobinangun, dan 29 orang di desa Girikerto. Dari jumlah tersebut jenis kecacatan yang paling banyak adalah cacat fisik akibat terkena radiasi atau awan panas. Untuk mendukung program rehabilitasi, telah berhasil dibentuk organisasi yang terdiri dari tokoh masyarakat sebagai kader RMSPM di desa Purwobinangun dan desa Girikerto, serta telah berhasil dirintis program khusus yang berkaitan dengan penggalan dan pengembangan dana secara swadaya masyarakat. Pelaksanaan program aksi model RMSPM, disamping rehabilitasi medis, sosial, dan psikologis, dalam rehabilitasi vokasional materi yang dilatihkan*

---

\* Dosen Jurusan PLB UNY

*adalah: jiwa kewirausahaan, bimbingan karier, kiat-kiat berwirausaha. Sesuai dengan paket pilihan keterampilan yang diminati penyandang cacat; yang berhasil diajarkan adalah: keterampilan beternak ayam, keterampilan budidaya ikan gurameh, kerajinan industri rumah tangga (membuat emping mlinjo, kacang telor, manisan salak). Hasil evaluasi dan dampak model RMSPM adalah sebagai berikut: (a) terhadap pemerintah atau instansi terkait sangat positif, (b) bagi masyarakat dari segi partisipasi sudah ada, tetapi masih rendah, namun dampak terhadap pengetahuan dan minat masyarakat terhadap program RMSPM cukup tinggi, (c) terhadap penyandang cacat, secara kuantitas yang tersentuh layanan program RMSPM sudah cukup tinggi, sedangkan secara kualitas belum menunjukkan hasil yang diharapkan, tingkat kemandirian penyandang cacat yang mengikuti program RMSPM pada umumnya baik, karena mereka bekerja secara kelompok, namun masih perlu pembinaan lebih lanjut, (d) terhadap orangtua atau keluarga penyandang cacat, secara keseluruhan program RMSPM dinilai sangat membantu, dapat menimbulkan rasa percaya diri dan motivasi yang tinggi untuk mengembangkan potensi anak atau keluarganya, meskipun mereka mengalami kecacatan.*

*Kata kunci : Model rehabilitasi penyandang cacat berbasis masyarakat*

## **Pendahuluan**

Wilayah Kabupaten Sleman beberapa tahun yang lalu terjadi musibah letusan gunung merapi. Adanya letusan tersebut banyak penduduk yang bertempat tinggal di lereng Gunung Merapi terkena semburan awan panas. Pendapat tim medis, dengan adanya radiasi tersebut apabila menimpa pada seseorang secara langsung maupun tidak langsung kemungkinan menyebabkan terjadinya kecacatan fisik atau

mental. Dampak adanya musibah tersebut, banyak warga masyarakat kehilangan tempat tinggal dan mata pencaharian, mereka yang cacat umumnya belum dapat bekerja seperti semula. Untuk kehidupan sehari-hari masih menggantungkan bantuan dari pemerintah yang bersifat konsumtif melalui relokasi di dusun Pelem dan Hargobinangun.

Dalam hal keterampilan hidup, sampai sekarang masih banyak penyandang cacat akibat terkena semburan awan ternyata kurang mendapat sentuhan layanan rehabilitasi, baik oleh pemerintah maupun pihak swasta untuk dapat hidup mandiri. Departemen Sosial yang berwenang menangani penyandang cacat baru sebatas memberikan bantuan berujung bahan makan dan obat-obatan, yang berkaitan pemulihan dan peningkatan sumberdaya penyandang cacat di wilayah tersebut belum terjangkau. Sampai sekarang siapa yang berhak mengucurkan dana dan menangani penyandang cacat yang menyebar di pedesaan tersebut belum jelas, di pihak lain banyak sumberdaya masyarakat yang belum dimanfaatkan secara optimal untuk usaha-usaha rehabilitasi penyandang cacat di pedesaan.

Untuk menjawab permasalahan tersebut penelitian ini menawarkan satu alternatif model rehabilitasi bagi penyandang cacat yang menitik beratkan pada segi pengembangan sumber daya lingkungan melalui pendekatan pelayanan rehabilitasi dengan melibatkan berbagai potensi lapisan masyarakat, yang selanjutnya diberi nama model RMSPM (Rehabilitasi Melalui Sinergi Pemberdayaan

Masyarakat). Terdapat empat komponen yang dikembangkan dalam model RMSPM ini, yaitu: (1) pengorganisasian tim RMSPM terdiri dari tokoh masyarakat, perangkat desa, pokja di pedesaan, tim ahli (dokter puskesmas, psikolog, petugas sosial kecamatan, paedagog) dan sebagainya, (2) sumber dana dan pengembangannya, (3) program aksi kegiatan RMSPM yang mencakup rehabilitasi medis, psikologis, sosial, pendidikan dan keterampilan kerja/vokasional, (4) evaluasi eektivitas, dampak, dan kendala pelaksanaan program model RMSPM.

Sesuai dengan uraian latar belakang masalah, maka dalam penelitian tahun pertama dirumuskan permasalahannya sebagai berikut : (1) bagaimana dampak atau akibat adanya letusan gunung merapi yang berujud semburan awan panas terhadap penduduk yang tinggal di pedesaan lereng-lereng gunung? (2) tindakan apa yang telah dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat untuk memberikan layanan rehabilitasi terhadap warga yang terkena semburan awan panas ketika bencana terjadi? (3) tindakan rehabilitasi apa yang tepat dan bermanfaat, dapat diberikan kepada penyandang cacat kurban semburan awan panas setelah pasca letusan, yang kebanyakan mereka ditampung di barak relokasi? (4) dampak dan manfaat apa yang dapat diperoleh dari pelayanan rehabilitasi bagi penyandang cacat yang mereka tetap tinggal di pedesaan lereng-lereng gunung merapi? (5) dari kondisi desa dan masyarakat, potensi apa yang dapat dimanfaatkan untuk

mendukung pelaksanaan program model rehabilitasi penyandang cacat, yang mereka tetap memilih bertempat tinggal di pedesaan lereng-lereng gunung? (6) bagaimana tindakan dan usaha yang tepat untuk dapat memotivasi dan mengkoordinasi masyarakat dalam ikut serta berpartisipasi dalam pelaksanaan model rehabilitasi penyandang cacat di pedesaan?

Memperhatikan berbagai macam rumusan masalah yang ada, penelitian ini bertujuan: (1) terciptanya upaya rehabilitasi medik, psikologik, pendidikan, sosial, dan kekaryaan bagi penyandang cacat, yaitu dengan memberdayakan potensi masyarakat pedesaan, (2) terbinanya penyandang cacat melalui program rehabilitasi, sehingga penyandang cacat mampu melaksanakan fungsi sosialnya dalam tatanan dan kehidupan bermasyarakat, (3) adanya perubahan perilaku yang positif bagi masyarakat dan meningkatnya kesadaran untuk ikut berperan serta secara aktif dalam usaha kesejahteraan bagi penyandang cacat di pedesaan, (4) membantu mengubah peran masyarakat sebagai penerima pelayanan, menjadi pelaku dalam program usaha kesejahteraan bagi penyandang cacat di pedesaan, (5) terhimpunnya sumber-sumber potensi masyarakat baik daya maupun dana untuk dimanfaatkan usaha kesejahteraan sosial bagi penyandang cacat dan masyarakat pada umumnya, (6) meningkatkan fungsi dan peranan, serta koordinasi kegiatan organisasi sosial desa dalam bidang rehabilitasi

dan usaha kesejahteraan sosial bagi penyandang cacat di wilayahnya masing-masing.

Dalam hal penyandang cacat dan permasalahannya, ada beberapa macam klasifikasi, seperti contoh dikemukakan oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Republik IndonesiaI (1978) mengklasifikasi menjadi tujuh macam, yaitu: (1) kelainan penglihatan, (2) kelainan pendengaran, (3) kelainan bicara, (4) kelainan kecerdasan, (5) cacat tubuh, (6) tuna laras dan (7) kelainan ganda. Departemen Sosial (1990), mengklasifikasi jenis penyandang cacat menjadi lima jenis berdasarkan kebutuhan bantuan sosial yang menjadi cakupan bidang gerak Departemen Sosial, yaitu: (1) penyandang cacat tubuh, (2) cacat bekas penyakit kronis, (3) cacat netra, (4) cacat rungu dan wicara, (5) cacat mental.. Khususnya dalam penelitian ini, jenis kecacatan yang akan direhabilitasi umumnya cacat tubuh akibat terkena semburan awan panas”.

Masalah yang dihadapi penyandang cacat adalah belum tersedianya fasilitas di masyarakat yang memungkinkan mereka hidup mandiri.. Andaikata masyarakat sudah bersikap positif terhadap penyandang cacat, di masyarakat juga belum tersedia sarana bagi mereka, misalnya belum semua sekolah terbuka bagi penyandang cacat, belum semua gedung mempunyai sarana bagi pemakai kursi roda, belum semua sarana umum seperti stasiun kereta api, gedung bioskop, pertokoan/pasar, dan sebagainya mempunyai toilet atau fasilitas lain

husus bagi penyandang cacat. Oleh karena itu agar para penyandang cacat lebih mudah beradaptasi, berkomunikasi dengan lingkungan secara wajar, dan dapat mengatur dirinya sendiri secara mandiri, dan produktif dalam kerja, diperlukan adanya rehabilitasi, baik itu rehabilitasi secara medis, psikologis, sosial, pendidikan, dan rehabilitasi karya.

Ada beberapa pengertian rehabilitasi, diantaranya tertuang di dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.36 Tahun 1980, bahwa rehabilitasi penyandang cacat adalah suatu proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan para penyandang cacat mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan di masyarakat.

Istilah rehabilitasi di atas telah menekankan adanya (1) proses pengembangan, (2) proses memfungsikan kembali dari fungsi sosial, (3) dengan sasaran para penyandang cacat. Hal tersebut dapat dimaklumi mengingat penyandang cacat di samping kecacatan yang mereka sandang, pada sisi lain masih memiliki fungsi-fungsi yang dapat dikembangkan, dengan jalan menggali, mengembangkan dan memanfaatkan potensii mereka secara optimal guna pemenuhan kebutuhan diri mereka sendiri, serta keluarga, masyarakat dalam lingkungannya. Sebagai contoh dikemukakan oleh (Buchwald, 1982); penyandang cacat netra secara fisiologis indera penglihatan mereka tidak berfungsi atau cacat, namun diri mereka masih memiliki fungsi-

fungsi lain yang perlu digali dan dikembangkan seperti dalam hal fungsi perabaan, penciuman, berfikir, aktivitas, fungsi sosial dan sebagainya. Artinya adalah, bahwa setiap orang (termasuk penyandang cacat) juga memiliki kelebihan-kelebihan tertentu, dan kelebihan-kelebihan yang dimiliki penyandang cacat inilah yang perlu dikembangkan.

Rehabilitasi merupakan rangkaian usaha yang berproses, dalam arti bertahap dan berkelanjutan yang mencakup berbagai bidang yang dilakukan oleh suatu tim dari berbagai keahlian (Agung Yuwono, 1988). Secara umum ruang lingkup layanan rehabilitasi untuk penyandang cacat ditinjau dari sisi praktisnya sebagaimana dikemukakan oleh (Soeharso, 1970, dan Keputusan Menteri Sosial No 55 tahun 1981) dapat dibedakan menjadi empat jenis, rehabilitasi yaitu medik, sosial, pendidikan, dan karya.

Dalam hal model penanganan rehabilitasi penyandang cacat di Indonesia, sebagai gambaran estimasi Depsos (sebelum dilikuidasi) jumlah penyandang cacat diperkirakan sekitar 3,11 % dari jumlah penduduk. Jika jumlah penduduk Indonesia saat ini 180 juta, maka jumlah penyandang cacat mencapai sekitar 5,5 juta jiwa (Susilo Supeno, 1992). Mereka ini terdiri dari cacat tubuh (0,85 %), cacat netra (0,90 %), cacat rungu/wicara (0,31%), cacat mental (0,40%) dan cacat ex-penyakit kronis (0,65%).

Jumlah tersebut, menurut data dari Direktorat PLB Depdiknas Jakarta (1999) jumlah mereka yang usia sekolah adalah sekitar 254

ribu anak, sampai saat ini baru sekitar 10% yang dapat ditampung dalam pendidikan formal baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta. Sementara itu pihak Depsos mengakui, meskipun telah diupayakan program-program rehabilitasi para penyandang cacat ini semaksimal mungkin, namun dari jumlah yang dapat dijangkau baru sekitar 12,5%. Dengan demikian baik dari segi pendidikan (khususnya yang usia sekolah) maupun segi sosial (khususnya yang usia pasca sekolah), jangkauan rehabilitasi penyandang cacat di Indonesia, masih jauh dari yang diharapkan.

Kelemahan model pelayanan rehabilitasi penyandang cacat yang telah ada; (1) model yang diselenggarakan oleh Depdiknas; program dirancang dari atas, diselenggarakan di SLB/SDLB sulit menjangkau pelosok desa, penyelenggaraan sangat birokratis, materi pelayanan kurang praktis, (2) model yang diselenggarakan oleh Dinas Sosial: bersifat droping dari pemerintah, paket kegiatan kurang sesuai dengan kebutuhan penyandang cacat, sistem penti/non panti sulit menjangkau ke pelosok desa, kurang melibatkan peran aktif masyarakat, kurang sinergis antar departemen dan kelompok masyarakat, pelayanan bersifat rutin, cenderung monoton, dan lain-lain.

Memperhatikan berbagai kekurangan model yang telah ada, penelitian ini mengajukan satu alternatif model yang selanjutnya disebut 'Rehabilitasi Melalui Sinergi Pemberdayaan Masyarakat' disingkat RMSPM. Model yang akan dikembangkan ini menekankan sebanyak-

banyaknya peran serta masyarakat dalam keseluruhan proses rehabilitasi para cacat. Inisiatif untuk pengembangan dimotivasi dari pihak luar (misalnya: pemerintah, orsos, LSM, dsb.) akan tetapi dalam proses selanjutnya masyarakat sendirilah yang harus lebih banyak mengambil peranan dan keputusan. Semakin besar peran masyarakat dalam proses perencanaan, pelaksanaan, sampai pada tingkat pemantapan dan pengembangannya, maka semakin sesuai dengan visi dan misi RMSPM.

Dibanding model yang telah ada, keunggulan model RSMPPM adalah (1) paket rehabilitasi disesuaikan dengan kondisi penyandang cacat dan alam sekitar, (2) secara sinergis melibatkan peran aktif masyarakat, instansi, dan lembaga terkait, (3) untuk menjangkau sasaran rehabilitasi dibentuk tim RMSPM di pedesaan, (4) pelaksanaan rehabilitasi melibatkan peran serta potensi masyarakat pedesaan, (5) pelaksanaan rehabilitasi menyebar di kawasan pedesaan, (6) rehabilitasi menekankan pada keterampilan/vocational penyandang cacat usia produktif khususnya korban letusan gunung merapi, (7) penyandang cacat yang berhasil direhabilitasi diharapkan dapat menghimpun usaha bersama dan produktif, dampaknya mereka dapat hidup mandiri di lingkungannya.

Kenapa harus memberdayakan masyarakat? Selama ini banyak kita jumpai proyek-proyek yang datang dari atas, meskipun satu sisi secara fisik mempunyai dampak yang nyata, namun sering dilupakan dampak secara mental, tidak dapat memandirikan masyarakat bahkan

cenderung menjadi semakin bergantung dan kurang menumbuhkan inisiatif dari bawah. Akibatnya masyarakat menjadi apatis, karena itu prosesnya harus dibalik yaitu dari bawah melalui proses keterlibatan atau peran aktif masyarakat secara wajar.

Model ini pernah juga dianjurkan oleh tokoh kemanusiaan Paulo Freire yang menekankan pentingnya '*Conscientiation*' atau proses penyadaran masyarakat dalam menerapkan pembangunan di pedesaan. Asumsi yang digunakan oleh Freire adalah 'tidak ada manusia yang dapat belajar tanpa orang lain', ia belajar bersama (Lyra Srinivasan, 1979). Di sini Freire menggambarkan pentingnya kebersamaan dalam membangun masyarakat untuk dapat berhasil dengan baik. Kebersamaan itu dapat dicapai melalui proses '*conscientiation*'.

Pembangunan yang menerapkan pendekatan '*top down*' akan banyak mengalami kegagalan karena mengesampingkan aspek kesadaran dan kebersamaan ini. Pendekatan itu juga kurang mengakui adanya potensi dan kebutuhan-kebutuhan riil masyarakat (*real need*). Padahal menurut Maslow seorang tokoh Psikologi Humanistik justru menekankan pentingnya memahami kebutuhan masyarakat. Manusia akan mampu mengembangkan potensinya secara optimal jika mereka dapat terpenuhi kebutuhan-kebutuhan dasarnya, pengertian dan kasih sayang/rasa aman dan perlindungan, terpenuhi kebutuhan untuk bekerja sama dengan orang lain serta adanya pengakuan akan potensi dan harga diri (Frank G. Goble, 1987).

Dengan acuan tersebut maka proses pembangunan seyogyanya mendasarkan pada 'masyarakat sebagai basis' dalam proses pengambilan keputusan khususnya untuk pelaksanaan pembangunan di lapisan bawah. Sebab dengan menempatkan masyarakat sebagai proses pengambilan keputusan, tidak saja aspek '*real need*' masyarakat dapat terpenuhi, tetapi juga menumbuhkan rasa tanggung jawab dan rasa memiliki (*self belongingness*). Dengan demikian terjadi proses pendidikan masyarakat ke arah kemandirian. Dalam rangka upaya rehabilitasi penyandang cacat di pedesaan khususnya kurban letusan gunung merapi, masalahnya adalah lebih rumit dan kompleks. Maka pendekatan 'berbasis masyarakat' harus menjadi pilihan dalam proses membangun kemandirian para cacat di pedesaan tersebut.

Data menunjukkan, banyak orang yang jika melihat penyandang cacat cenderung hanya ingin 'menyantuni' karena tergerak rasa iba dan belas kasihan. Cara demikian meskipun juga baik dan positif, namun tidak mendidik mereka menjadi mandiri, justru menjadi bergantung, dan yang lebih penting pendekatan semacam ini tidak mampu bertahan lama, serta luas jangkauannya amat terbatas. Padahal bagi para cacat, yang penting adalah peningkatan produktivitas dan kesempatan kerja untuk menyiapkan kemandirian mereka.

Pekerjaan adalah semangat penting artinya bagi seseorang.. Karena dari pekerjaan akan memberi peluang baginya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik aspek ekonomi, sosial maupun psikologis

(Djamaludin Ancok, 1991). Dalam kenyataan, penyandang cacat di beberapa negara, termasuk Indonesia, adalah penduduk yang hak-haknya paling besar belum dipenuhi dengan baik. Mereka sering mengalami diskriminasi dalam pendidikan maupun kesempatan kerja. Mengingat mereka penyandang cacat juga warga negara yang punya hak untuk mendapatkan perlakuan yang sama dan menikmati hasil pembangunan, maka selayaknya semua masyarakat diajak mencari cara yang tepat untuk mengentaskan mereka dari belenggu 'alienasi' menuju kewajaran dan kemandirian.

Menurut Kartono Muhammad (1991) ada beberapa bidang yang dapat diambil untuk memandirikan mereka para cacat utamanya dalam meningkatkan produktivitas dan kesempatan kerja, yaitu (1) bidang 'advocacy' yang ditujukan kepada pemerintah, DPR, pengusaha, maupun kelompok masyarakat yang lebih beruntung, (2) bidang 'actio' program yang ditujukan untuk meningkatkan produktivitas dan harga diri, dan (3) bidang 'incom generating activities' yaitu cara bekerja sama dengan instansi lain termasuk lembaga-lembaga sosial desa (LKMD, KUD, dsb.), LSM serta dengan pihak pengambil kebijakan.

Pendekatan lain misalnya dengan menggunakan 'putting-out system' yakni mereka para penyandang cacat mengerjakan produk suatu perusahaan/industri tetapi dilakukan di rumah sendiri seperti industri garmen. Konsep ini di negara Jepang dikenal dengan istilah 'life long employment' (Djamaludin Ancok, 1991). Dalam banyak kasus penyandang cacat di pedesaan, ternyata masalahnya tidak saja

menyangkut bidang 'pekerjaan', tetapi juga aspek kesehatan, pendidikan, serta pengetahuan dan kesadaran masyarakat.

Banyak penelitian menunjukkan bahwa kecacatan yang timbul di usia dewasa, sebenarnya sumbernya telah muncul sejak usia kanak-kanak. Hanya karena tidak terdeteksi sebelumnya, maka kondisi tersebut semakin memburuk sehingga menimbulkan kecacatan. Disinilah pentingnya program rehabilitasi para cacat harus dimulai sejak dini yaitu usia balita. Pada usia ini program RMSPM akan menekankan pada aspek 'Deteksi Dini dan Intervensi Dini' sebagai suatu paket program yang dilatihkan kepada para Kader Posyandu serta orang tua anak balita.

Memasuki usia sekolah, kasus yang sangat menonjol bagi para cacat di pedesaan adalah masalah pendidikan. Mereka mengalami kesulitan dalam ekonomi, transportasi dan komunikasi. Sekolah khusus bagi mereka (SLB/SDLB) umumnya jauh dari tempat tinggalnya. Hasil penelitian Munawir Yusuf, dkk (1986) di dua Kabupaten di Jawa Tengah, 90% para cacat usia sekolah, ternyata mereka tidak sekolah. Jumlah mereka relatif cukup besar. Di suatu Wilayah Kecamatan, ditemukan sekitar 650 penyandang cacat yang umumnya tinggal di rumah masing-masing/ikut orang tua, dalam keadaan buta pendidikan dan pekerjaan alias menganggur. Penelitian lain (Munawir Yusuf dkk, 1990) di wilayah Surakarta dari sekitar 150 SD yang disurvei, ternyata di antara murid-murid SD tersebut 5,35 - 6,35% nya mengalami

kecacatan/ kelainan, hasil belajar mereka umumnya berada di bawah rata-rata kelas.

Hasil penelitian (Haryanto, dkk. 1999) di wilayah Kecamatan Patuk dan Playen Gunungkidul terdapat sekitar 190 penyandang cacat usia produktif yang memerlukan pelayanan rehabilitasi dan pendidikan. Hasil Praktik Kerja Jurusan (PKJ) mahasiswa PLB FIP UNY pada bulan Januari 2001, melakukan penjarangan penyandang cacat di wilayah Kecamatan Cangkringan Sleman, ternyata banyak ditemukan (kurang lebih 160 orang) penyandang cacat di desa lereng Gunung Merapi (Wukirsari dan Argomulyo) yang memerlukan layanan rehabilitasi.

Melalui model RMSPM ini masalah rehabilitasi dan pendidikan penyandang cacat dapat dikembangkan dengan alternatif yakni, memanfaatkan sumber daya lingkungan yang ada seperti “kejar Paket A dan B” dengan mengadakan pelatihan khusus bagi para calon tutor. Rehabilitasi dan pendidikan dapat berlangsung secara fleksibel di rumah penyandang cacat sendiri sesuai dengan kemampuan dan kelainannya.

Masalah lain dalam rehabilitasi para cacat adalah mereka yang telah memasuki usia kerja. Kebutuhan mereka adalah pekerjaan yang sesuai dengan kondisinya. Karena itu maka rehabilitasi melalui latihan-latihan keterampilan kerja bagi mereka sangat diperlukan. Tidak hanya itu saja bimbingan sosial dan bantuan modal masih sangat dibutuhkan (lihat Penelitian Depnaker, 1992). Dari kasus ini menandakan bahwa upaya rehabilitasi dan memandirikan penyandang cacat, tidak cukup

hanya mengharap para cacat itu sendiri, melainkan juga keterlibatan keluarga dan masyarakat harus dibangun secara bersama-sama. Di sini pentingnya RMSPM, masyarakat diajak ikut merencanakan, melakukan dan mengorganisir pelayanan rehabilitasi para cacat ini secara terpadu.

Dengan mendasarkan pada fakta, realita dan data yang diketemukan dalam penelitian-penelitian terdahulu, maka dapat dirumuskan setidaknya 4 hal yang perlu mendapat perhatian dalam merancang model rehabilitasi berbasis masyarakat bagi para cacat di pedesaan, yaitu: (1) Komponen pengorganisasian RMSPM, (2) Komponen pendanaan untuk kegiatan RMSPM, (3) Komponen program-program aksi pelayanan RMSPM dan, (4) Komponen evaluasi dan dampak model.

Semua komponen atau sub sistem diolah, dirancang dan dikembangkan sendiri oleh masyarakat melalui pendekatan riset aksi. Peneliti bertindak sebagai motivator, dan fasilitator yang secara berangsur-angsur peran fasilitator ini akan diambil alih oleh masyarakat melalui kader-kader yang telah disiapkan. Mereka akan belajar dari pengalaman sehingga pada saatnya mereka benar-benar menjadi mandiri, baik dalam menemukan masalahnya sendiri maupun mengatasinya sendiri. Jika bantuan dana harus diberikan maka dana ini sifatnya adalah subsidi untuk pengembangan program atau pemupukan modal usaha, bukan untuk penyantunan yang selama ini sering dijalankan.

## **Cara Penelitian**

Desain model RMSPM yang dikembangkan dalam penelitian ini adalah mengacu kepada ke-empat komponen sistem model Rehabilitasi Melalui Sinergi Pemberdayaan Potensi Masyarakat, yang terdiri (1) komponen pengorganisasian RMSPM, (2) komponen pendanaan untuk kegiatan RMSPM, (3) komponen program-program aksi pelayanan RMSPM dan, (4) komponen evaluasi dan dampak model.

Lokasi penelitian dilaksanakan di Kabupaten Sleman, dipilih dua wilayah kecamatan (Pakem dan Turi). Tiap kecamatan dipilih satu desa (Kecamatan Pakem desa Purwobinangun, Kecamatan Turi desa Girikerto), sehingga sampel penelitian terdiri dari dua desa, yang dipilih secara "*purposive randem sampling*", karena kedua desa tersebut memiliki sifat tertentu sebagai lokasi yang pernah terkena letusan gunung Merapi.

Penelitian dirancang jangka waktu tiga tahun, yaitu dimulai tahun 2002 berakhir tahun 2004. Secara metodologis langkah-langkah yang ditempuh dalam penelitian ini adalah (1) **tahun pertama** ditekankan pada survey lokasi dan penjarangan penyandang cacat kurban letusan gunung merapi, perintisan kader dan organisasi tim pelaksana, perintisan dana kegiatan, dan penyuluhan terhadap kesadaran masyarakat dalam menangani rehabilitasi penyandang cacat, (2) **tahun kedua** pengembangan rancangan model dan aksi penerapan model, meliputi: (a) menyusun materi rehabilitasi yang berwujud buku paket panduan

untuk pegangan para kader dalam melaksanakan program rehabilitasi yang berbasis RMSPM, (b) dapat diterapkan suatu paket program rehabilitasi (psikologis, sosial, medis, keterampilan) dan pendidikan alternatif bagi penyandang cacat, (c) dapat dikembangkan suatu paket program rehabilitasi dan pelatihan keterampilan vokasional bagi penyandang cacat kurban letusan gunung merapi usia kerja di pedesaan, (3) **tahun ketiga** evaluasi untuk mengetahui efektivitas, dampak, dan tindak lanjut model. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi partisipasi, wawancara disertai pencatatan lapangan, dokumentasi, demonstrasi, tes serta kuesioner. Data yang terkumpul dianalisis secara terpadu antara analisis kuantitatif dan kualitatif. Untuk analisis kuantitatif digunakan deskriptif kuantitatif dengan Uji Regresi Ganda. Analisis kualitatif menggunakan proses interaktif.

### **Hasil dan Pembahasan**

Hasil penelitian **tahun I (2002)** berdasarkan analisis dan pengolahan data disampaikan sebagai berikut (1) telah diperoleh data dasar potensi desa wilayah penelitian, (2) telah diperoleh data kasar mengenai penyandang cacat kurban letusan gunung merapi, terdiri dari jenis kecacatan sebagai berikut: cacat netra 5 orang, cacat wicara/bisu tuli 5 orang, cacat mental ringan 6 orang, cacat tubuh 31 orang, cacat ganda 8 orang, jumlah seluruhnya 55 orang. Menyebar di desa Purwobinangun 26 orang, dan di desa Girikerto 29 orang, mereka perlu mendapatkan pelayanan rehabilitasi dan pendidikan keterampilan, (3)

telah dapat disusun beberapa materi rehabilitasi untuk melatih calon kader RMSPM, (4) dapat dirintis 20 kader pelaksana rehabilitasi di dua desa yang siap membantu mengembangkan model rehabilitasi dan pendidikan bagi penyandang cacat di pedesaan, (5) dapat dirintis tim pelaksana model rehabilitasi di tingkat desa yang dikoordinir oleh Petugas Sosial Kecamatan (PSK) bekerjasama dengan perangkat desa setempat, (6) untuk menunjang pelaksanaan pengembangan model, telah dirintis upaya penggalan dan pengembangan dana di wilayah desa ujicoba model, dengan mendapat subsidi modal kegiatan dari tim peneliti setiap desa, (7) melalui penyuluhan, dapat ditanamkan pengertian dan kesadaran bagi warga masyarakat pedesaan mengenai pentingnya memperhatikan dan memberikan layanan rehabilitasi penyandang cacat di pedesaan.

Hasil penelitian **tahun II (2003)** disampaikan sebagai berikut : (1) menindak lanjuti pelatihan kader di dua desa wilayah penelitian, (2) membentuk dan memfungsikan tim pelaksana model RMSPM, (3) mewujudkan pengumpulan dan pemanfaatan dana pelaksanaan kegiatan RMSPM di dua desa ujicoba model, (4) penerapan aksi program rehabilitasi bagi penyandang cacat korban letusan gunung merapi, (5) penyusunan buku paket pelatihan keterampilan untuk penyandang cacat pasca rehabilitasi, (6) pada angkatan pertama dapat dilatih sejumlah 20 penyandang cacat yang telah berhasil diberikan layanan rehabilitasi (medis, sosial, psikologis), dan khususnya mereka yang tinggal di

komplek relokasi Hargobinangun dan Pelem, sejumlah paket keterampilan usaha untuk hidup mandiri sesuai dengan pilihan yang dikehendakin. Untuk menumbuhkan semangat berwirausaha, materi yang diberikan adalah jiwa kewirausahaan, bimbingan karier, kiat-kiat berwirausaha. Sesuai dengan paket pilihan keterampilan yang diminati; pada penelitian tahap II ini keterampilan yang berhasil diajarkan adalah 1) keterampilan beternak ayam, keterampilan budidaya ikan gurameh, kerajinan industri rumah tangga (membuat emping mlinjo, kacang telor, manisan salak).

Hasil penelitian **tahun III (2004)** berdasar sajian dan analisis data dapat diringkas untuk disampaikan sebagai berikut : (1) beberapa komponen model RMSPM yang dikembangkan dalam penelitian ini (pengorganisasian, pendanaan, program aksi model RMSPM, evaluasi dan tindak lanjut) telah dijalankan oleh masyarakat, khususnya tim RMSPM dengan menerapkan prinsip-prinsip partisipatif. Maksudnya masyarakat didorong untuk ikut berpartisipasi dalam keseluruhan proses pengembangan model RMSPM di pedesaan, (2) tingkat keberjalanan pengorganisasian model RMSPM di desa wilayah penelitian, pada umumnya sudah masuk kategori baik, dan dari tahun ke tahun menunjukkan grafik yang meningkat, berarti komponen pengorganisasian berjalan cukup efektif, (3) tingkat pengembangan pendanaan untuk menunjang program RMSPM di setiap desa ujicoba model telah berjalan sesuai dengan kreatifitas dan kesadaran masing-masing pengurus, tetapi dari segi kestabilan usaha dan model

pemanfatannya pada umumnya masih lemah, sehingga komponen pengembangan pendanaan ini masih perlu ditingkatkan melalui pembinaan selanjutnya, (4) efektifitas program aksi RMSPM berujud rehabilitasi vokasional sejumlah 55 orang, dan penanganan penyandang cacat usia sekolah 20 anak menunjukkan hasil yang positif, berarti komponen ini dapat dijalankan oleh masyarakat untuk menangani rehabilitasi penyandang cacat di pedesaan, (5) dampak model RMSPM adalah sebagai berikut (a) dampak terhadap pemerintah terkait sangat positif, (b) dampak terhadap masyarakat dari segi partisipasi sudah ada, tetapi masih rendah, namun dampak terhadap pengetahuan dan minat masyarakat terhadap program RMSPM cukup tinggi, (c) dampak terhadap penyandang cacat, secara kuantitas yang tersentuh layanan program RMSPM sudah cukup tinggi, sedangkan secara kualitas belum menunjukkan hasil yang diharapkan, tingkat kemandirian penyandang cacat yang mengikuti program RMSPM pada umumnya baik karena merekabekerja secara kelompok, namun masih perlu pembinaan lebih lanjut, (d) dampak terhadap orangtua atau keluarga penyandang cacat, secara keseluruhan program RMSPM dinilai sangat membantu, dapat menimbulkan rasa percaya diri dan motivasi yang tinggi untuk mengembangkan potensi anak atau keluarganya, meskipun mereka mengalami kecacatan.

Mendasari temuan-temuan tersebut dapat disimpulkan bahwa suatu awal yang baik telah dicapai oleh para calon kader RMSPM di

dua lokasi penelitian. Jika awal yang baik ini terus mendapatkan pembinaan dan tindak lanjut, maka dapat diduga program swadaya masyarakat yang berbentuk model RMSPM ini akan mampu memecahkan sebagian permasalahan sosial yaitu rehabilitasi penyandang cacat, khususnya mereka yang terkena musibah letusan gunung merapi, yang kebanyakan tinggal di pedesaan lereng-lereng gunung Merapi. Sejauhmana hal ini benar-benar dapat terwujud, masih harus diteliti lebih lanjut pada tahap berikutnya.

### **Kesimpulan**

1. Purwobinangun dan Girikerto, keduanya sama-sama lokasi desa yang terletak di kawasan lereng gunung Merapi yang pernah terkena musibah semburan awan panas. Namun secara geografis, ekonomis, dan sosial memiliki karakteristik yang berbeda. Desa Purwobinangun termasuk daerah yang relatif lebih maju, dengan didukung obyek wisata kaliurang dan kawasan pendidikan, sedangkan desa Girikerto menunjukkan kondisi desa yang relatif belum maju dibanding desa Purwobinangun, tapi merupakan kawasan perkebunan salak pondoh. Meskipun demikian kedua desa tersebut sama-sama memiliki potensi yang relatif cukup baik untuk pengembangan program RMSPM di pedesaan.
2. Respon masyarakat terhadap masuknya program RMSPM, baik di dasa Purwobinangun maupun di desa Girikerto, sama-sama cukup

- tinggi. Keterlibatan masyarakat setempat baik di tingkat kecamatan, desa, pedukuhan cukup baik dan positif.
3. Jumlah penyandang cacat, khususnya kurban letusan gunung Merapi yang berhasil dijaring sampai akhir penelitian, ada 26 orang di desa Purwobinangun, dan 29 orang di desa Girikerto. Dari jumlah tersebut jenis kecacatan yang paling banyak adalah cacat fisik akibat terkena radiasi atau awan panas. Untuk jenis kecacatan secara umum yang kemungkinan banyak tinggal di pedesaan belum dapat terjaring dan teridentifikasi.
  4. Dalam penelitian ini telah berhasil dirintis sejumlah 20 tokoh masyarakat sebagai kader RMSPM, masing-masing 10 orang di desa Purwobinangun Kecamatan Pakem, dan 10 orang di desa Girikerto Kecamatan Turi.
  5. Karakteristik kader yang dirintis dalam pelaksanaan program RMSPM dari kedua desa ternyata berbeda. Untuk calon kader di desa Purwobinangun memiliki tingkat pendidikan yang rata-rata lebih tinggi dari desa Girikerto. Pekerjaan peserta rata-rata pegawai negeri, sedangkan di desa Girikerto pada umumnya berasal dari kalangan swasta dan petani.
  6. Seluruh desa uji coba program RMSPM, telah berhasil merintis program khusus yang berkaitan dengan penggalan dan pengembangan dana secara swadaya masyarakat untuk menunjang kegiatan pelaksanaan RMSPM.

7. Organisasi Sosial Desa, seperti LKMD, BPD, PKK, Karangtaruna dan organisasi keagamaan yang ada, secara umum memberikan respon yang positif, antara lain ditunjukkan dengan kesediannya sebagai pengurus dan kader RMSPM, akan memasukkan program RMSPM sebagai salah satu kegiatan dari organisasi sosial desa setempat
8. Efektifitas program aksi RMSPM berujud rehabilitasi vokasional sejumlah 55 orang, dan penanganan penyandang cacat usia sekolah 20 anak menunjukkan hasil yang positif, berarti komponen ini dapat dijalankan oleh masyarakat untuk menangani rehabilitasi penyandang cacat di pedesaan,
9. Dampak model RMSPM adalah sebagai berikut: (a) dampak terhadap pemerintah terkait sangat positif, (b) dampak terhadap masyarakat dari segi partisipasi sudah ada, tetapi masih rendah, namun dampak terhadap pengetahuan dan minat masyarakat terhadap program RMSPM cukup tinggi, (c) dampak terhadap penyandang cacat, secara kuantitas yang tersentuh layanan program RMSPM sudah cukup tinggi, sedangkan secara kualitas belum menunjukkan hasil yang diharapkan, tingkat kemandirian penyandang cacat yang mengikuti program RMSPM pada umumnya baik karena merekabekerja secara kelompok, namun masih perlu pembinaan lebih lanjut, (d) dampak terhadap orangtua atau keluarga penyandang cacat, secara keseluruhan program RMSPM dinilai sangat

membantu, dapat menimbulkan rasa percaya diri dan motivasi yang tinggi untuk mengembangkan potensi anak atau keluarganya, meskipun mereka mengalami kecacatan.

## **Daftar Pustaka**

- Ancok, Djamaludin, (1991). *Pengembangan dan perluasan kesempatan kerja dalam rangka peningkatan kualitas hidup penyandang cacat*. Makalah Seminar.
- Agung Yuwono. (1988). *Rehabilitasi social penyandang cacat mental*. BPPS. Yogyakarta.
- Coulhoun, Calfrey C & Finch. Alton V. (1982). *Vocational education : Concepts and operational*. Belmon California : Worth Publishing Company.
- Departemen Sosial. (1980). *Unit pelayanan rehabilitasi social keliling bagi penyandang cacat*. Jakarta.
- Departemen Tenaga Kerja. (1995). *Penyaluran dan Penempatan tenaga kerja penyandang cacat*. Laporan hasil penelitian. Jakarta.
- Hallahan, Daniel P. & James H. Kauffman. (1988). *Exeptional children introduction to special education*. New Jersey : Printice-Hall, Englewood Cliffs.
- Haryanto. (1996). *Evaluasi pelaksanaan model pendidikan luar biasa (PLB) di sekolah dasar luar biasa Playen dan Pengasih Kulonprogo*. Yogyakarta : Laporan Penelitian FIP IKIP Yogyakarta
- Kerlinger, Fred N. (1986). *Foundation of behavioral reserch*. Third Edition Holt. Rinehart & Winston

Muhammad Kartono, (1991). *Penerapan LSM dalam peningkatan produktivitas penyandang cacat*. Makalah Seminar. Jakarta

Mubyarto. (1991). *Etos kerja dan kohesi sosial*. Yogyakarta : Aditya Media

Richard Beekhard. (1987). *The program for specialist in organization training and development*. Institute for Applied Behavior Science

Susilo Supeno. (1995) *Kebijakan Depsos dalam menangani masalah penyandang cacat*. Makalah Seminar. Bandung HISPELBI

\_\_\_\_\_. (1990). *Pengembangn program rehabilitasi berbasis masyarakat bagi penyandang cacat di Indonesia*. Makalah Temu Karya di Surakarta.

Spradley, James P. (1980). *Participant observation*. USA Holt Rinehart and Winston

Thoby Mutis. (1995). *Kewirausahaan yang berproses*. Jakarta : PT. Gramedia Widiasarana Indonesi



