

HAK-HAK DISABILITAS DI SIMPANG JALAN: MENYOAL PELINDUNGAN HAK ATAS KESEHATAN DI TENGAH PANDEMI COVID-19

DISABILITY RIGHTS AT A CROSSROADS: EXAMINING PROTECTION MEASURES OF THE RIGHT TO HEALTH AMIDST COVID-19 PANDEMIC

Yeni Rosdianti¹, Ronny Josua Limbong²

Komisi Nasional Hak Asasi Manusia RI,
¹rosdiantiyeni@gmail.com, ²ronnylimbong@gmail.com

ABSTRACT

The restrictions imposed by social isolation in response to the COVID-19 pandemic have greatly affected the health services particularly for persons with disabilities. Certain types of disability pose a range of vulnerabilities including health problems, mental disorders, and social disadvantage which are entitled to long-term care and health supports. In this isolation, there is eventually loss of essential health services against disability rights. Therefore, it is important to ensure the protection measures to persons with disabilities to care services considering their unique characteristics, in particular, to adapt to the new circumstances. This paper employs the methods of literature review exploring the impacts of the COVID-19 to the right to health for persons with disabilities. It spots on the detrimental effects of social isolation and scrutinizes the possible alternatives to mitigate the unprecedented effects of the pandemic. This paper concludes that the loss of essential services impacted by COVID-19 restrictions requires further adjustments in terms of inclusive policy framework, evaluation and monitoring, as well as wider creativity in delivering the right to health into practice.

Keywords: *disability rights, social isolation, the right to health, COVID-19 pandemic.*

ABSTRAK

Pembatasan isolasi sosial akibat pandemi COVID-19 sangat berpengaruh terhadap layanan kesehatan, khususnya bagi penyandang disabilitas. Ragam dan kondisi disabilitas tertentu memiliki kerentanan kesehatan, gangguan mental, dan hambatan sosial yang umumnya membutuhkan perawatan dan dukungan kesehatan jangka panjang. Isolasi sosial ini dalam beberapa hal berakibat pada berhentinya layanan kesehatan esensial bagi hak-hak penyandang disabilitas. Oleh karena itu, penting untuk memastikan langkah-langkah perlindungan bagi penyandang disabilitas atas layanan perawatan kesehatan dengan mempertimbangkan karakteristik unik individu dan kedisabilitasannya mereka, khususnya, dalam rangka beradaptasi dengan kebiasaan baru saat ini. Makalah ini menggunakan metode tinjauan pustaka untuk mengeksplorasi dampak COVID-19 terhadap hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas. Telaah ini menyoroti dampak kerugian dari isolasi sosial dan meneliti kemungkinan alternatif untuk mengurangi efek negatif pandemi ini. Makalah ini menyimpulkan bahwa hilangnya layanan esensial sebagai dampak dari pandemi COVID-19 memerlukan penyesuaian-penyesuaian dalam kerangka kebijakan inklusif, evaluasi dan pemantauan lebih lanjut, serta kreativitas yang lebih luas dalam pelaksanaan perlindungan hak atas kesehatan.

Kata kunci: *Hak-hak Disabilitas, Isolasi Sosial, Hak atas Kesehatan, Pandemi COVID-19.*

PENDAHULUAN

Pandemi *Coronavirus Disease (Covid-19)* yang merupakan situasi kedaruratan kesehatan memberikan disrupsi besar bagi pembangunan sektor kesehatan di Indonesia. Virus SARS-CoV-2 sebagai penyebab Covid-19 dapat menyebar antarmanusia melalui *droplet* dan transmisi kontak (*World Health Organization, 2020*). Penyebaran ini memaksa manusia harus membatasi mobilitas dan probabilitas kontak dengan orang lain. Berdasarkan situs covid19.go.id milik Satuan Tugas Penanganan Covid-19 Indonesia per tanggal 19 Oktober 2021 wabah Covid-19 di Indonesia menyebabkan setidaknya 143.049 orang meninggal dunia dengan jumlah kasus positif sebesar 4.236.287 kasus (Satuan Tugas Penanganan Covid-19, 2021).

Sebelum pandemi Covid-19 terjadi, penyandang disabilitas telah mengalami kesulitan dalam mengakses hak atas kesehatannya. Kesulitan ini disebabkan oleh hambatan yang dialami, baik dari sisi aksesibilitas/keterjangkauan (*accessibility*), ketersediaan (*availability*), keberterimaan (*acceptability*), dan kualitas (*quality*). Catalina Devandas, Pelapor Khusus PBB untuk Hak Penyandang Disabilitas, mengungkapkan bahwa banyak penyandang disabilitas merasa telah ditinggalkan. Tindakan penanganan seperti *social/physical distancing* dan isolasi mandiri adalah hal yang mustahil diwujudkan untuk mereka yang bergantung pada dukungan dan bantuan orang lain untuk makan, berpakaian, dan mandi (Devandas, 2020).

Mengamati kesenjangan tersebut, makalah ini akan menelaah situasi pandemi ini guna memetakan rekomendasi langkah-langkah yang kiranya patut dilakukan oleh pemerintah dalam melindungi dan memenuhi hak-hak penyandang disabilitas, dengan menimbang kekhususan kedisabilitas sebagai kelompok rentan. Maka telaah ini diawali dengan mengajukan dua pertanyaan: 1. Bagaimana situasi pemenuhan hak atas kesehatan sebagai imbas pandemi Covid-19 ini?; 2. Bagaimana peran pemerintah dalam menjamin perlindungan hak atas kesehatan penyandang disabilitas pada masa dan pascapandemi Covid-19?

Meskipun telah banyak studi yang mengkaji dampak pandemi Covid-19 bagi penyandang disabilitas, makalah ini memberikan perspektif khusus yakni tentang bagaimana Hak Asasi Manusia (HAM) menggariskan pedoman bagi pemenuhan hak atas kesehatan kepada penyandang disabilitas sebagai kelompok rentan (*vulnerable group*). Selain itu, makalah ini juga mendorong pemerintah untuk melakukan penyesuaian-penyesuaian dalam kerangka kebijakan inklusif, evaluasi dan pemantauan lebih lanjut, serta kreativitas yang lebih luas dalam pelaksanaan perlindungan hak atas kesehatan, sebagai bagian tak terpisahkan dari perlindungan dan pemenuhan HAM.

PEMBAHASAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang fundamental yang dibutuhkan untuk pelaksanaan HAM lainnya (Komnas HAM RI, 2021). Lebih lanjut Ayat (1) dalam Pasal 12 Kovenan Internasional Hak Ekonomi Sosial dan Budaya (KIHESB) menyebutkan bahwa: “*Negara-negara Pihak pada Kovenan ini mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental.*” Hal ini menjadi dasar pengakuan kesehatan sebagai hal yang esensial bagi setiap orang dalam situasi dan kondisi apapun, termasuk dalam kondisi kedaruratan kesehatan.

Perkembangan pandangan kritis tentang disabilitas telah mengalami perubahan signifikan dari paradigma ‘pendekatan medis’ (*‘medicalised’ model of disability*) menuju model sosial disabilitas (*social model of disability*). Jika pendekatan ‘medis’ meletakkan masalah pada individunya, yakni disabilitas sebagai problem individu, maka model sosial menempatkan masalah pada lingkungan yang tidak dapat diakses, sehingga yang perlu dilakukan adalah menyingkirkan hambatan-hambatan tersebut agar penyandang disabilitas dapat berpartisipasi secara setara dan bermakna. Selain itu, pendekatan sosial ini juga berfokus pada penyandang disabilitas sebagai “subjek” dan bukan sebagai “objek” dalam mencapai tujuan partisipasi sosial yang didasari oleh martabat manusia (*dignity*) (Rosdianti, 2017, p. 70). Model sosial ini

kemudian menjadi basis penting bagi pendekatan HAM dalam konteks disabilitas (*human rights model of disability*), dengan fokus pada kewajiban negara (*State Obligation*) sebagai pemangku kewajiban (*duty bearer*) dalam memberikan perlindungan bagi hak-hak warga negara selaku pemangku hak (*rights holder*), termasuk dalam konteks hak atas kesehatan. Oleh karena penting untuk memastikan keadilan pada distribusi hak dan kewajiban ini, guna menjamin partisipasi bermakna seluruh elemen masyarakat termasuk kelompok penyandang disabilitas (Rosdianti, 2016, p. 294).

Basis konseptualnya adalah melindungi yang paling rentan di antara kita (*protecting the most vulnerable among us*). Semangat ini harus menjadi kesepakatan sosial yang adil, yakni pemerintah dapat memastikan bahwa kebutuhan penyandang disabilitas sebagai kelompok rentan dapat terpenuhi (Gostin et al., 2020, p. 10). Situasi disabilitas yang beragam, memerlukan perlakuan khusus untuk mendukung mereka mendapatkan hak-haknya, khususnya pada hak atas kesehatan. Dukungan ini meliputi upaya-upaya kemudahan akses bagi penyandang disabilitas dalam menikmati hak atas kesehatan, termasuk di dalamnya jaminan akomodasi yang layak (*reasonable accommodation*) yang menyesuaikan dengan kebutuhan individu penyandang disabilitas. Karena tanpa dukungan ini, sama halnya dengan diskriminasi terhadap penyandang disabilitas.

Pemenuhan hak atas kesehatan dalam konteks pandemi Covid-19 tidak lepas dari peran pemerintah untuk melaksanakan “*test, trace, dan treatment*” (3T). Sebagaimana rekomendasi *World Health Organization* (WHO), 3T sangat penting untuk menghentikan penyebaran Covid-19 (United Nations, 2020b). Namun pelaksanaan 3T di Indonesia masih menemui banyak permasalahan. Dalam laporan WHO, per tanggal 30 Januari 2021 hanya empat provinsi di Indonesia yang memenuhi syarat minimum tes Covid-19 (1/1000 dari jumlah penduduk per minggu) yaitu DKI Jakarta, DI. Yogyakarta, Sumatera Barat, dan Kalimantan Timur (WHO Indonesia, 2021). Namun tidak ada satu pun daerah tersebut yang memiliki proporsi jumlah

pasien positif dari yang diperiksa/dites kurang dari 5 persen sebagaimana acuan WHO. Dalam laporan yang sama, per tanggal 1 Februari 2021 proporsi keterisian tempat tidur pada ruangan isolasi Covid-19 di Indonesia mencapai 58,7 persen sedangkan keterisian tempat tidur pada *Intensive Care Unit* (ICU) untuk Covid-19 sebesar 63,1 persen. Sekelumit data tersebut menggambarkan bahwa persoalan pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan dalam konteks Covid-19 masih belum mencapai realisasi yang progresif dan utuh.

Permasalahan di sektor kesehatan tidak hanya terbatas pada permasalahan Covid-19. Perawatan penyakit tidak menular, proses imunisasi rutin, dan pengobatan penyakit menular lainnya mengalami hambatan. Sumber daya kesehatan yang ada diprioritaskan pada penanggulangan wabah Covid-19 ditambah kebijakan pembatasan sosial memengaruhi aksesibilitas sebagian orang terhadap fasilitas kesehatan. Akibat Covid-19, frekuensi rawat jalan di rumah sakit mengalami penurunan sebesar 50-60 persen dan frekuensi rawat inap menurun sebesar 40–60% (Uli, 2020). Selain itu klaim pengobatan non- Covid-19 BPJS Kesehatan juga mengalami penurunan sebesar 40 persen (CNBC Indonesia, 2020). Berbagai permasalahan sektor kesehatan pada masa pandemi memengaruhi upaya pemenuhan, perlindungan, dan penghormatan hak atas kesehatan bagi setiap orang, utamanya bagi kelompok rentan (*vulnerable group*).

Untuk mengatasi hambatan-hambatan yang dihadapinya, penyandang disabilitas sebagai kelompok rentan memerlukan tindakan afirmatif guna mencapai pemenuhan hak atas kesehatan di masa pandemi. Salah satu tindakan afirmatif yang dimaksud adalah dengan memberikan akomodasi yang layak yang memungkinkan mereka untuk berpartisipasi dalam kehidupan sosial dengan cara menyingkirkan hambatan-hambatan yang ada (*removing barriers*) (Rosdianti, 2016, p. 294). Meski demikian, pemenuhan layanan khusus tersebut membutuhkan anggaran yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan anggaran yang dialokasikan untuk nondisabilitas, namun hal ini justru dinilai sebagai bentuk keadilan itu sendiri. John Rawls menggarisbawahi bahwa tujuan

utama keadilan adalah untuk mendistribusikan hak dan kewajiban serta kemanfaatan, yakni “*struktur dasar masyarakat, atau lebih tepatnya cara institusi sosial mendistribusikan hak dan kewajiban fundamental serta menentukan pembagian kemanfaatan dari kerjasama sosial* (Rawls, 1971: 7)” (Rosdianti, 2016, p. 294).

Jackson et al. (2021) menegaskan pentingnya upaya menuju keadilan kesehatan dengan menerapkan model sosial disabilitas di semua kebijakan. Model sosial disabilitas memandang hambatan (*barriers*) sebagai batasan kebijakan publik, dan bukan manusianya. Misalnya, dalam perencanaan kesehatan dalam pembangunan kota, infrastruktur yang tidak akses dapat disebut sebagai kegagalan desain, kegagalan kebijakan dan perencanaan kota, karena tidak memberikan keadilan bagi kelompok disabilitas (Jackson et al., 2021).

PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN DI MASA PANDEMI COVID-19

Penanggulangan wabah Covid-19 adalah salah satu tindakan yang diperlukan untuk mewujudkan hak atas kesehatan sebagaimana yang dinyatakan dalam Ayat (2) Pasal 12 KIHESB: “*Pencegahan, pengobatan, dan pengendalian segala penyakit menular, endemik,*” Lebih lanjut dalam Komentar Umum Nomor 14 KIHESB menyatakan bahwa langkah untuk pencegahan, pengobatan, dan pengendalian penyakit endemik dan epidemi merupakan kewajiban yang dapat dijadikan prioritas perbandingan (UN Economic and Social Council, 2000). Namun dalam tata kelola penanggulangan Covid-19 yang telah dilaksanakan, berbagai negara termasuk Indonesia mengalami berbagai hambatan dan kesulitan dalam memastikan ketersediaan dan aksesibilitas masyarakat terhadap penanganan kesehatan terkait Covid-19.

Dalam panduan yang dibuat Kantor Komisaris Tinggi HAM PBB atau yang sering dikenal OHCHR yang berjudul “*Protection of Economics, Social, and Cultral Rights in Conflict*” para. 35, dalam konteks penyelenggaraan pemenuhan hak atas kesehatan terdapat beberapa kewajiban utama yang bersifat minimum sebagaimana termaktub

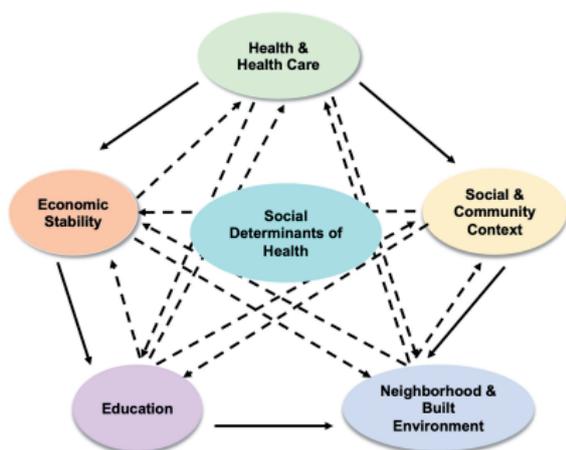
dalam Komentar Umum Nomor 14 KIHESB yang meliputi (OHCHR, 2015):

- i. menjamin akses pada fasilitas kesehatan barang dan jasa dengan dasar nondiskriminasi khususnya bagi kelompok rentan dan marginal;
- ii. menyediakan obat-obatan esensial; dan
- iii. memformulasikan sebuah rencana atau kebijakan kesehatan nasional yang transparan dan partisipatif, dengan mempertimbangkan kebutuhan khusus dari kelompok rentan.

Kewajiban inti negara ini memperlihatkan tingkat kewajiban inti minimal dari hak atas kesehatan termasuk di masa darurat/konflik yang sifatnya tidak dapat dikurangi (*non-derogable*) (OHCHR, 2015). Sehingga dalam masa darurat, termasuk masa pandemi Covid-19 ini, kewajiban inti hak atas kesehatan tersebut tetap harus terpenuhi bagi seluruh masyarakat, baik bagi perawatan dan pencegahan penyakit terkait Covid-19, maupun bagi perawatan dan pencegahan berbagai penyakit non- Covid-19.

Prinsip nondiskriminasi sebagaimana terkandung dalam kewajiban inti minimum hak atas kesehatan juga berperan penting dalam penanggulangan pandemi Covid-19. OHCHR dalam “*Covid-19 Guidance*” menyatakan bahwa perawatan (Covid-19) harus tersedia untuk semua orang tanpa diskriminasi, termasuk bagi mereka yang rentan dan terpinggirkan. Hal ini juga termasuk untuk memastikan tidak ada seorang pun yang ditolak karena masalah biaya atau stigma yang dimiliki kelompok rentan (OHCHR, 2020). Implikasi perlakuan diskriminatif bagi kelompok rentan justru membuat kelompok tersebut menghadapi risiko penularan yang lebih tinggi dan implikasi lainnya yang lebih luas (WHO, 2020a), yang tentunya akan berakibat meluas bagi kesehatan masyarakat (*public health*) secara umum.

Konsep faktor sosial penentu kesehatan (*social determinant of health /SDOH*) terdiri dari lima kategori sebagaimana dalam Gambar 1, yaitu kesehatan & perawatan kesehatan, konteks sosial & komunitas, lingkungan dan pembangunan lingkungan, pendidikan, dan stabilitas ekonomi (Singu, Acharya, Challagundla, & Siddappa, 2020).



Sumber: Singu, Acharya, Challagundla, & Siddappa (2020)

Gambar 1. Lima Bagian dalam *Social Determinants of Health*

Kelima kategori tersebut sering kali tercermin dalam hak asasi lainnya yang berkaitan dengan kesehatan sehingga faktor-faktor tersebut tidak boleh diabaikan di tengah masa kedaruratan kesehatan (Sekalala, Forman, Habibi, & Meier, 2020). Faktor sosial-ekonomi yang tergambar dalam SDOH tersebut memegang peran penting selama masa pandemi Covid-19 seperti perumahan, pengaman sosial, pekerjaan, makanan, air, dan sanitasi. Sebagai contoh di Brasil, Figueiredo et. al. (2020) menyatakan bahwa faktor sosial-ekonomi dan kesenjangan sosial berpengaruh pada penyebaran dan tingkat kematian akibat Covid-19 di Brasil (Figueiredo et al., 2020). Richard Clarke Cabot dalam Singu et al. (2020) berkesimpulan bahwa terdapat korelasi antara status sosial-ekonomi seorang pasien yang rendah dan kemungkinan mereka tertular penyakit. Lebih lanjut laporan periodik menunjukkan bahwa kemiskinan, kesenjangan, dan SDOH berperan dalam penyebaran penyakit menular (Singu et al., 2020).

DAMPAK COVID-19 BAGI AKSESIBILITAS HAK KESEHATAN

Penyebaran Covid-19 yang begitu cepat telah berimbas secara meluas pada seluruh aspek kehidupan. Tak urung, terjadi pula perubahan pola perilaku sosial pada seluruh lapisan masyarakat di seluruh dunia. Saat pemerintah memutuskan isolasi sosial, sesungguhnya adalah

sebuah keputusan yang tidak mudah. Isolasi ini adalah salah satu cara yang dianggap paling efektif dalam menahan laju penyebaran virus dan ikutan-ikutannya. Walensky dan del Rio (2020) mengemukakan premis bahwa isolasi setidaknya akan membantu mencegah runtuhnya sistem kesehatan dan memastikan perawatan medis dan layanan rumah sakit untuk lebih banyak orang (Schuengel, Tummers, Embregts, & Leusink, 2020, p. 556). Isolasi sosial ini dibuat sebagai satu keputusan untuk menahan agar sistem kesehatan tidak kolaps.

Namun, meskipun dianggap paling efektif, ada banyak implikasi negatif yang diakibatkannya. Tak urung, isolasi sosial ini membawa imbas tersendiri, layanan pendidikan dan kesehatan secara signifikan dibatasi aksesnya, termasuk untuk penyandang disabilitas secara umum, dan disabilitas intelektual secara khusus (Jeste et al., 2020). Riset yang dilakukan Jeste et al. 2020 menemukan bahwa dari 818 responden (yang terdiri dari 669 dari AS dan 149 dari luar AS), dilaporkan bahwa keluarga-keluarga mengeluhkan adanya kehilangan beberapa layanan pendidikan atau layanan perawatan kesehatan. Sebanyak 36% responden menyatakan kehilangan akses penyedia layanan kesehatan. Sebagai saran, disampaikan oleh para responden mengenai pentingnya penyediaan layanan kesehatan jarak jauh (*telemedicine*) (Jeste et al., 2020).

Pandemi Covid-19 ini memengaruhi semua lini kehidupan (Luttik et al., 2020) yang membawa sejumlah konsekuensi kesehatan dan ekonomi. Terdapat risiko morbiditas dan mortalitas sangat bervariasi menurut ras, kelas sosial, jenis kelamin, usia, kemampuan, dan lokasi geografis (CDC, 2020; Price-Haywood, Burton, Fort, & Seoane, 2020 dalam Rolland, 2020, p. 922). Studi Rolland (2020) ini mengetengahkan konsep tingkat makro dan individu/keluarga terkait dengan: (1) adaptasi terhadap risiko pandemi sebagai bagian dari komunitas global, (2) mengatasi risiko tertular Covid-19 untuk individu dan keluarga, dan (3) mengatasi penyakit itu sendiri untuk individu yang terkena dampak, keluarga, dan handai taulan. Lensa multisistemik digambarkan untuk memahami dampak pandemi di seluruh

tingkatannya (Rolland, 2020, pp. 922–923). Secara makro, dampak ini mencakup berbagai hambatan dan kesulitan dalam kehidupan sehari-hari, lapangan kerja, dampak ekonomi, dan sistem perawatan kesehatan (Rolland, 2020, pp. 922–923). Terkait dengan sistem perawatan yang terganggu, pemerintah harus mengoordinasikan berfungsinya sistem perawatan primer dan rumah sakit dengan menerapkan hierarki perawatan medis yang efisien dan mengatasi pandemi Covid-19 (Tseng, Wu, Ku, & Tai, 2020, p. 2).

Terdapat pula ancaman pertambahan penyandang disabilitas pada saat dan pascapandemi nanti yakni akibat keterbatasan pasien dalam mengakses layanan perawatan kesehatan. Kondisi ini dapat menyebabkan buruknya gangguan kesehatan semisal ancaman penglihatan. Pasien yang dapat mengakses perawatan oftalmik (*ophthalmic care*) pada waktu yang tepat, akan diselamatkan dari tingkat kebutaan yang parah (Jackson et al., 2021, p. 136), sementara, akibat *lockdown*, banyak pasien yang tidak dapat mengakses perawatan mata oftalmik ini.

Sementara dalam kasus gangguan syaraf yang tidak tertangani dengan baik juga dapat berakibat fatal. Orang-orang dengan kondisi neurodegeneratif kronis seperti *multiple sclerosis*, gangguan pergerakan atau demensia, lebih berisiko terhadap infeksi (Jackson et al., 2021, p. 50). Kelompok ini juga mengalami keterbatasan akses selama pandemi berlangsung. Survei di Italia, misalnya, lebih dari 50% pasien *stroke* enggan ke rumah sakit, mungkin karena takut terinfeksi atau khawatir ditolak bertemu dengan keluarga mereka setelah dirawat di rumah sakit, padahal penundaan perawatan bagi pasien-pasien ini juga dapat berakibat fatal (Jackson et al., 2021, p. 50).

DAMPAK ISOLASI SOSIAL PADA KESEHATAN MENTAL

Isolasi sosial didefinisikan sebagai kuantitas dan kualitas kontak yang rendah dengan orang lain; hal tersebut secara objektif dapat diukur dengan menggunakan pengamatan jaringan sosial individu. (Roy, Jain, Golamari, Vunnam, &

Sahu, 2020, p. 1438). Terdapat perbedaan yang mendasar antara isolasi sosial dan kesepian. Jika isolasi sosial adalah pemisahan secara objektif, kesepian adalah pemisahan subjektif; seseorang dapat dikelilingi oleh anggota keluarga yang suportif tetapi masih mengalami perasaan kesepian. Meski berbeda, literatur menunjukkan kedua hal tersebut saling terkait, namun tidak secara langsung tumpang tindih (Roy, Jain, Golamari, Vunnam, & Sahu, 2020, p. 1438).

Isolasi sosial dan kesepian dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas yang cukup besar pada populasi yang berusia lebih tua. Studi berdasarkan pandemi sebelumnya menemukan bahwa penyebab stres selama karantina meliputi ketakutan akan infeksi, frustrasi, persediaan yang tidak memadai, dan informasi yang tidak memadai (Roy et al., 2020, p. 1438). Karena isolasi berdampak buruk bagi kecenderungan penurunan kualitas kesehatan mental, yakni di antaranya membawa efek depresi, khususnya bagi kelompok-kelompok rentan tertentu, maka para ahli bersepakat bahwa semakin lama pandemi ini berlangsung, semakin tinggi biaya psikologisnya (Roy et al., 2020, p. 1439).

Isolasi sosial diketahui berdampak pada kecenderungan depresi. Kecenderungan depresi ini akan menjadi lebih besar, semisal di kelompok rentan tertentu semisal kelompok lansia atau penyandang disabilitas. Sebuah studi terhadap 6.231 penduduk Korea Selatan yang ditempatkan di karantina selama 2 minggu selama pandemi Sindrom Pernafasan Timur Tengah (MERS) 2015 menemukan 19,3 persen mengalami depresi. Sebuah studi tambahan oleh Jeong et al termasuk 1.656 orang yang terisolasi selama dua minggu dan menemukan 16,6 persen memiliki perasaan marah, dan 7,6 persen memiliki gejala kecemasan. Setelah dikeluarkan dari isolasi, perasaan marah dan gejala kecemasan masih bertahan selama empat hingga enam bulan namun masing-masing meningkat menjadi 6,4 persen dan 3 persen (Roy et al., 2020, pp. 1437–1438).

Hal senada juga dikemukakan oleh studi-studi yang lain. Salah satu efek negatif karantina Covid-19 adalah gangguan kesehatan mental (Mazza et al. 2020). Terdapat efek psikologis karantina pada populasi umum termasuk gejala

stres pascatrauma, kebingungan, kemarahan, frustrasi, kebosanan, kerugian finansial dan stigma (Brooks et al. 2020). Demikian juga dampaknya pada anak-anak dan remaja. Studi yang dilakukan dengan sampel 1.143 orang tua Spanyol dan Italia yang memiliki anak berusia antara 3 dan 18 tahun menunjukkan efek negatif karantina pada remaja (Orgilés et al. 2020). Studi ini menyimpulkan bahwa hampir semua (85,7 persen) orang tua melaporkan perubahan emosi anak mereka selama penutupan sekolah dan *lockdown*, dengan gejala yang paling umum dilaporkan adalah kesulitan berkonsentrasi, kebosanan, mudah tersinggung, gelisah, dan gugup. Stres pengasuhan dikaitkan pula berkorelasi positif terhadap peningkatan gejala emosional anak (Orgilés et al. 2020). Temuan ini sejalan dengan penyesuaian orang tua dan anak pada saat bencana (misalnya bencana alam, Juth et al. 2015) (dalam Neece et al., 2020, p. 740). Untuk itu Rolland (2020) menegaskan perlu dilakukan pula strategi mitigasi pada tingkat individu dan keluarga, khususnya pada mereka yang telah memiliki penyakit atau kondisi disabilitas yang telah ada sebelumnya. Studi ini menggarisbawahi pentingnya konsultasi dan psikoedukasi yang berorientasi pada keluarga, serta pada perawatan kesehatan individu (Rolland, 2020, p. 922).

RISIKO COVID-19 BAGI TENAGA KESEHATAN

Pandemi COVID-19 ini tak urung membawa jumlah korban yang sangat besar pada petugas perawatan kesehatan garis depan. Hal ini diakibatkan oleh kelelahan, kecemasan, depresi, insomnia, trauma, dan bunuh diri (Schechter et al., 2020; Wong et al., 2020). Selain itu diketahui juga adanya rasa tidak berdaya demi menyaksikan gelombang kematian yang secara kumulatif dapat menyebabkan rasa gagal (Griffin et al., 2019) dalam (Rolland, 2020, pp. 934–935). Di sisi lain, tenaga kesehatan juga mengkhawatirkan keselamatan diri akan terdampak oleh pandemi ini (Mukherjee, 2020, p. 11). Akibatnya, terdapat peningkatan risiko tekanan psikologis atas para tenaga kesehatan, penyalahgunaan alkohol/obat-obatan, insomnia dan gejala kecemasan, kemarahan, kelelahan, serta gangguan stres

(Embregts, van Oorsouw, et. al., 2020; Stuijzand et al., 2020, dalam Embregts, Tournier, & Frielink, 2020, p. 9). Namun dalam keadaan segenting apapun menjaga kesehatan publik tetap menjadi tujuan dari para tenaga kesehatan, dengan nilai-nilai etika, serta memastikan layanan yang efektif, etis, dan setara (Gostin, Friedman, & Wetter, 2020, pp. 11–12).

KERENTANAN DISABILITAS TERHADAP COVID-19

COVID-19 menempatkan penyandang disabilitas pada risiko infeksi yang lebih tinggi, antara lain disebabkan oleh kondisi kesehatan, misalnya terdapat masalah pada sistem kekebalan dan pernapasan. Selain itu, ada pula kondisi-kondisi khusus yang menjadikan kerentanan itu bertambah yakni, karena kebutuhan yang besar terhadap perawatan kesehatan di rumah atau kebutuhan terhadap tenaga kesehatan. Pandemi ini kemudian membuat layanan perawatan kesehatan ini menjadi lebih sulit didapatkan (Pineda & Corburn, 2020), yang artinya berpotensi menurunkan kesehatan penyandang disabilitas yang bersangkutan, atau bahkan menyebabkan kompleksitas pada keadaan kesehatannya. Pasien penyandang disabilitas yang dalam perawatan rumah umumnya menderita penyakit kronis atau kondisi kritis, sehingga membuat mereka rentan terhadap COVID-19 (Tseng et al., 2020, p. 1).

KERENTANAN PENYANDANG DISABILITAS INTELEKTUAL

Pandemi COVID-19 secara spesifik juga berimbas pada penyandang disabilitas intelektual. Kondisi isolasi mau tidak mau menyulitkan keberlanjutan program pendidikan dan terapi anak-anak penyandang disabilitas intelektual yang sangat membutuhkan dukungan profesional (Neece et al., 2020, p. 739). Terkait dengan risiko ini, WHO menyebutkan bahwa orang-orang dalam perawatan jangka panjang, termasuk mereka yang memiliki disabilitas (termasuk disabilitas intelektual), dikategorikan rentan terhadap Covid-19 (WHO, 2020b). Meskipun tidak semua penyandang disabilitas intelektual lebih rentan, karena penyandang disabilitas intelektual

juga memiliki kondisi kesehatan yang sudah ada pada mereka (Courtenay & Perera, 2020). Mengingat ketergantungan yang cukup tinggi pada dukungan fisik dari kerabat/keluarga atau profesional dan umumnya mereka hidup secara kelompok, beberapa individu diketahui berisiko lebih tinggi tertular virus corona (Tummers, Catal, Tobi, Tekinerdogan, & Leusink, 2020). Selain itu, Covid-19 juga dinilai berdampak pada masalah perilaku dan fungsi perilaku pada kelompok disabilitas intelektual (Schuengel et al., 2020, p. 817). Penyandang disabilitas intelektual diketahui memiliki berbagai kerentanan yang mencakup masalah kesehatan, gangguan mental dan hambatan sosial (Emerson & Hatton, 2008 dalam Courtenay & Perera, n.d., p. 1). Para penyandang disabilitas intelektual umumnya memiliki kerentanan lebih besar dan risiko terinfeksi (faktor komorbid) serta harapan hidup mereka lebih rendah daripada populasi umum.

Langkah-langkah isolasi sosial yang dilakukan pemerintah memiliki dampak yang besar pada para penyandang disabilitas intelektual, misalnya peningkatan kesulitan, agitasi dan kesepian (Embregts et al., 2020). Untuk itu, pandemi berdampak negatif meningkatkan kerentanan penyandang disabilitas intelektual (ID) utamanya juga dikarenakan disparitas penyediaan layanan kesehatan dan multimorbiditas kesehatan fisik dan mental (Alexander et al., 2020, p. 256).

Pandemi ini mengajarkan kepada kita bagaimana melindungi penyandang disabilitas, khususnya penyandang disabilitas intelektual dengan kekhususannya tersebut. Kerentanan mereka terhadap infeksi dan sulitnya penyandang disabilitas intelektual untuk beradaptasi dengan isolasi sosial menjadi perhatian tersendiri. Untuk itu perlu sosialisasi yang terus menerus kepada penyandang disabilitas intelektual dan keluarganya juga bagi para perawat-perawatnya, untuk dapat menggulirkan kesadaran bersama mengatasi pandemi melalui perubahan perilaku individu (Courtenay & Perera, n.d., p. 5).

Studi dari Neece et al. 2020 menyebutkan bahwa para orang tua melaporkan tantangan terbesar dalam pandemi yang memakasa mereka berada di rumah merawat anak-anak mereka adalah hilangnya banyak layanan penting.

Selain itu terdapat kekhawatiran dampak jangka panjang pandemi terhadap perkembangan anak-anak penyandang disabilitas intelektual tersebut, mengingat hilangnya layanan, pendidikan, dan kesempatan keterlibatan sosial (Neece et al., 2020, p. 739) yang tentu amat berimbas pada kehidupan sosial penyandang disabilitas intelektual dalam beradaptasi dengan keseluruhan dampak pandemi.

Tak hanya dampak bagi penyandang disabilitas intelektual saja, studi melaporkan adanya dampak stres bagi orang tua dalam merawat anak-anak penyandang disabilitas intelektual (Neece et al., 2020, p. 740). Literatur menunjukkan bahwa orang tua dari anak-anak dengan disabilitas intelektual mengalami stres pengasuhan yang meningkat (Woodman et al. 2015). Perilaku anak berdampak pada penyesuaian orang tua dan penyesuaian orang tua memengaruhi perilaku anak (Neece et al., 2020, p. 740). Artinya, terdapat hubungan resiprokal antara keduanya: anak dan orang tua penyandang disabilitas intelektual dalam merespons perubahan-perubahan yang cepat yang diakibatkan oleh pandemi Covid-19 ini. Tak hanya sampai di sini, peran pekerja yang merawat penyandang disabilitas intelektual tak urung juga terkena dampaknya yakni mengalami peningkatan stres (Embregts et al., 2020, p. 9).

PERAN PEMERINTAH DALAM MENJAMIN PELINDUNGAN HAK ATAS KESEHATAN PENYANDANG DISABILITAS

Dalam kondisi pandemi seperti ini, sayangnya Pemerintah kerap luput dalam memenuhi tanggung jawabnya untuk melindungi hak atas kesehatan penyandang disabilitas. Sebagai contoh pada April 2020 tiga anak disabilitas ganda dari Sekolah Luar Biasa (SLB) Ganda Rawinala yang positif Covid-19 harus diisolasi di asrama sekolah karena RS Darurat Wisma Atlet tidak dapat mengakomodasi pasien Covid-19 dengan disabilitas ganda (Abdi, 2020). Selain itu kondisi penyandang disabilitas yang berada di panti sosial juga rentan tertular Covid-19. Tiga puluh lima anak disabilitas di Panti Yayasan Tri Asih, Jakarta Barat positif Covid-19 (Anugrahadi, 2021) dan

dua panti sosial di Cipayung, Jakarta Timur sempat menjadi klaster penyebaran Covid-19 usai ditemukannya total 302 kasus (Simanjuntak, 2021). Lebih lanjut menurut survei atau hasil kajian cepat yang digarap Jaringan Organisasi Penyandang Disabilitas (OPD) sebanyak 80,9 persen responden menyatakan mengalami dampak negatif akibat Covid-19 antara lain kesulitan mobilitas, kesulitan mendapatkan pendamping, dan kesulitan ekonomi (Jaringan DPO Respon COVID-19 Inklusif, 2020).

Hal yang dapat diidentifikasi sebagai faktor penghambat layanan di antaranya adalah data yang tidak memadai. Hingga saat ini Indonesia belum memiliki data penyandang disabilitas nasional secara keseluruhan namun berdasarkan pendekatan data yang dilakukan Kementerian Sosial (Kemensos), sekitar 9-12 persen penduduk Indonesia mengalami disabilitas sedang atau berat (Ditjen Rehabilitasi Sosial Kemensos, 2020). Jumlah riil penyandang disabilitas di Indonesia berpotensi lebih besar karena data tersebut belum mencakup keseluruhan penyandang disabilitas baik yang berada di dalam panti sosial swasta/pemerintah, di kediaman pribadi, dan yang belum terdaftar ke dalam sistem administrasi kependudukan.

Kepatuhan terhadap protokol kesehatan sebagaimana yang telah ditentukan oleh otoritas pemerintah, sangat penting untuk diterapkan oleh seluruh lapisan masyarakat tanpa kecuali. Karena perilaku individu ini akan menjadi perilaku kolektif yang tentu saja akan sangat memengaruhi keadaan kesehatan masyarakat secara luas, khususnya dalam upaya bersama-sama menghadapi pandemi ini. Studi yang dilakukan oleh Asimakopoulou et al. 2020 menegaskan hal ini, yakni bahwa persepsi masyarakat tentang suatu situasi memengaruhi perilaku mereka, untuk itu memahami orang tentang risiko Covid-19 dalam pandemi ini demikian penting untuk dapat memprediksi perilaku umum terkait Covid-19 di masa mendatang (Asimakopoulou et al., 2020, p. 1503).

Tindakan individu, bagaimanapun kecilnya, dalam skala besar tentu akan berpengaruh pada perbaikan kondisi kesehatan masyarakat. Misalnya, pemerintah di Inggris berfokus pada

gagasan bahwa tinggal di rumah akan berdampak positif langsung dalam mengantisipasi penularan Covid-19. Slogan ‘Tetap di Rumah, Lindungi NHS, Selamatkan Kehidupan’, yang kemudian diganti dengan ‘Tetap Waspada, Kendalikan Virus, Selamatkan Kehidupan’, memiliki bahwa tindakan individu dapat berpengaruh besar bagi kesehatan dan keselamatan publik secara luas. (Asimakopoulou et al., 2020, p. 1503). Efek pandemi juga dirasakan bagi kelompok disabilitas lainnya, semisal penyandang autisme. Bagi penyandang autisme, mengisolasi diri dan menjaga jarak secara fisik dapat meningkatkan tingkat stres karena perubahan kebiasaan. Mereka dapat menjadi terlalu fokus dan kemudian kewalahan dengan banyaknya informasi terkait Covid-19 di media dan di media sosial. Perilaku tersebut dapat meningkatkan tingkat kecemasan dan pemikiran paranoid yang menyebabkan kesulitan dalam perilaku mereka sehingga semakin mengurangi kemampuan untuk mempraktikkan perilaku jarak sosial. (Courtenay & Perera, n.d., p. 2).

Maka dalam situasi genting seperti pandemi ini, penting untuk meningkatkan kesadaran tentang hak asasi individu dan kolektif dan agar penyandang disabilitas dapat mengakses layanan publik termasuk kesehatan, serta memastikan bahwa semua orang termasuk penyandang disabilitas diperlakukan dengan hormat dan bermartabat (Schiariti, 2020a, p. 661). Lebih lanjut studi lain yakni oleh Schuengel et al. 2020 juga menggarisbawahi pentingnya pendekatan inklusif untuk mengambil tindakan berkelanjutan guna mengendalikan Covid-19 (Berger et al. 2020) atau pandemi lainnya yang mungkin saja akan terjadi di masa depan (Schuengel et al., 2020, p. 823). Lebih lanjut, jaminan inklusi ini akan berdampak positif pada kesejahteraan penyandang disabilitas, keluarga mereka, dan masyarakat secara umum (Schiariti, 2020a, p. 661).

Adapun beberapa fakta umum yang menjadi kendala pemenuhan dan perlindungan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas, di antaranya:

- a. Ketiadaan Data Terpilah Penyandang Disabilitas

Dalam konteks perlindungan hak-hak penyandang disabilitas di Indonesia, terdapat tantangan khusus yakni berupa minimnya ketersediaan data sebagai basis pemerintah untuk membuat kebijakan-kebijakan. Hingga saat ini belum ada data yang secara khusus menggambarkan jumlah penyandang disabilitas di Indonesia secara keseluruhan. Bahkan hanya sedikit pemerintah daerah yang memiliki data jumlah penyandang disabilitas di daerahnya masing-masing. Pada rapat koordinasi mengenai penyandang disabilitas mental pada masa pandemi Covid-19 yang dihadiri lembaga Komnas HAM, terdapat lima perwakilan pemerintah daerah yang hadir yaitu Dinas Sosial Provinsi Banten, Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat, Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta, dan Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah. Dari kelima dinas sosial yang hadir, hanya tiga yang memiliki atau mendata panti sosial penyandang disabilitas mental baik yang dikelola oleh pemerintah maupun swasta (Hartono et al., 2020). Hal ini sedikit menggambarkan bahwa data penyandang disabilitas khususnya di tingkat daerah masih sangat terbatas pada data panti sosial yang ada. Ini mengakibatkan kebijakan perlindungan penyandang disabilitas hanya terkonsentrasi pada penerapan protokol kesehatan di panti sosial yang akan dibahas di bagian selanjutnya. Padahal tertera dalam Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Covid-19 yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan sebagai suatu bagian dari Surveilans Berbasis Masyarakat (SBM) bahwa di setiap wilayah harus tersedia data kelompok rentan di mana salah satu hal yang perlu dicatat adalah faktor risiko penyandang disabilitas (Kementerian Kesehatan, 2020).

Untuk menganalisis jumlah penyandang disabilitas di Indonesia, selama ini masyarakat dan pemerintah hanya menggunakan pendekatan data beberapa survei dan sensus nasional seperti Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), dan Sensus Penduduk. Selain itu pendataan disabilitas masih

menggunakan konsep/nomenklatur yang beragam antar instansi pemerintah (Ditjen Rehabilitasi Sosial Kementerian Sosial, 2020). Hal ini mengakibatkan perbedaan interpretasi dalam penggunaan data yang berbeda. Perbedaan interpretasi tersebut membuat proses perencanaan kebijakan pembangunan yang inklusif menjadi sulit (Pramana, 2018).

Sejalan dengan hal tersebut, menurut Irwanto et al. (2010) terdapat beberapa catatan mengenai pendataan penyandang disabilitas di Indonesia. *Pertama*, saat ini masih sulit untuk menentukan besaran yang sebenarnya dari penduduk yang mengalami disabilitas karena berubah-ubahnya definisi operasional yang digunakan. *Kedua*, data yang tersedia lebih mencerminkan sasaran pembangunan nasional untuk pengentasan kemiskinan bukan data kependudukan dengan disabilitas. *Ketiga*, survei yang ada tidak mampu merepresentasikan dengan baik prevalensi disabilitas di ranah mental emosional dan intelektual (Irwanto, Kasim, Fransiska, Lusli, & Siradj, 2010).

Terkait dengan data, terdapat pula hambatan implementasi berupa penghitungan cacah yang selama ini dilakukan pada unit rumah tangga, bukan pada unit individu di dalam rumah tangga. Misalnya, Profil Kemiskinan di Indonesia Maret 2020 menghitung Garis Kemiskinan per rumah tangga dari garis kemiskinan per kapita dikalikan dengan rata-rata banyaknya anggota rumah tangga pada rumah tangga miskin (Badan Pusat Statistik, 2020). Dalam konteks disabilitas, hal ini tentu tidak cukup mengadaptasi kebutuhan-kebutuhan khusus penyandang disabilitas yang beragam itu. Karena kebutuhan individu penyandang disabilitas amatlah bervariasi, berbeda satu sama lain, oleh karenanya tidak dapat disamakan dengan anggota rumah tangga nondisabilitas.

Dengan tidak adanya data yang komprehensif, perlindungan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas sulit terwujud seperti ketiadaan kebijakan penanggulangan yang inklusif dan afirmatif bagi penyandang

disabilitas yang memiliki kebutuhan berbeda-beda berdasarkan ragam disabilitas yang dimilikinya.

b. Kebijakan Umum yang Kurang Mengadaptasi Kelompok Penyandang Disabilitas

Dalam tata kelola penanggulangan Covid-19 di Indonesia, pemerintah pusat dan pemerintah daerah telah menerapkan berbagai kebijakan yang berfokus pada pembatasan sosial dan mobilitas. Hal tersebut meliputi Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) di awal masa pandemi, PSBB Transisi/Adaptasi Kebiasaan Baru, Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM), dan PPKM Mikro. Sebagian besar kebijakan tersebut berisi ketentuan-ketentuan pembatasan aktivitas umum untuk mengurangi penyebaran virus *corona*. Sayangnya sebagian besar kebijakan pembatasan sosial dan kegiatan masyarakat tidak diimbangi dengan perhatian untuk perlindungan hak kelompok rentan. Tidak ada satu pun peraturan pembatasan sosial yang melibatkan kelompok rentan khususnya penyandang disabilitas baik dalam proses penyusunannya maupun termuat dalam substansi peraturan untuk mencapai perlindungan haknya.

Selama masa pandemi pemerintah mengeluarkan beberapa pedoman perlindungan bagi penyandang disabilitas antara lain:

- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/413/2020 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Covid-19;
- Protokol Perlindungan terhadap Anak Penyandang Disabilitas dalam Situasi Pandemi Covid-19 oleh Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19;
- Pedoman Perlindungan Kesehatan dan Dukungan Psikososial terhadap Penyandang Disabilitas sehubungan dengan Terjadinya Wabah Covid-19 di Lingkungan Balai Besar/Balai/Loka Disabilitas Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS) Disabilitas, dan Lembaga Lainnya oleh Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial Kementerian Sosial; dan

- Panduan Perlindungan Khusus dan Lebih bagi Perempuan Penyandang Disabilitas dalam Situasi Pandemi Covid-19 oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.

Seluruh pedoman yang dibuat secara garis besar menjadi panduan bagi pihak terkait baik dari pemerintah, swasta, dan masyarakat untuk melakukan penyesuaian dalam rangka perlindungan bagi penyandang disabilitas dalam mencegah terjadinya penyebaran Covid-19. Namun pedoman tersebut tidak disertai dengan rencana aksi yang mengatur secara detail program perlindungan hak penyandang disabilitas termasuk di dalamnya hak atas kesehatan. Hal ini mengindikasikan bahwa paradigma pemerintah mengenai keberadaan kelompok rentan hanya terbatas pada pengelolaan risiko bukan mencakup upaya pemenuhan dan perlindungan hak kelompok rentan sebagaimana tugasnya sebagai *duty bearer*.

Penanggulangan Covid-19 yang inklusif dibutuhkan untuk mendukung aksesibilitas penyandang disabilitas terhadap hak atas kesehatannya. Penyandang disabilitas memiliki risiko yang tinggi tertular virus dan mengalami komplikasi berat sehingga meningkatkan potensi kematian (United Nations, 2020a). Richard Armitage dalam “*The Covid-19 Response Must be Disability Inclusive*” menyampaikan tiga hal yang perlu diperhatikan dalam memastikan tata kelola penanggulangan Covid-19 yang inklusif. *Pertama*, berkaitan dengan kesenjangan informasi layanan kesehatan yang dialami penyandang disabilitas, maka segala komunikasi harus tersebar dengan bahasa yang mudah dipahami dan dalam format yang mudah diakses. *Kedua*, strategi mitigasi penyebaran Covid-19 harus mempertimbangkan kebutuhan penyandang disabilitas terhadap asistensi makanan dan obat dari perawat personal. *Ketiga*, petugas/perawat kesehatan penyandang disabilitas harus disediakan pelatihan cepat untuk dapat mengakomodasi ragam kebutuhan penyandang disabilitas karena kondisi kerentanan mereka terhadap penyebaran Covid-19 (Armitage & Nellums, 2020).

c. Sulitnya Aksesibilitas Layanan Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas

Ragam disabilitas memiliki kebutuhan yang berbeda-beda dalam mengakses layanan kesehatan. Sebagai contoh, penyandang disabilitas psikososial dan mental memerlukan obat-obatan rutin untuk menjaga kondisi kesehatan mentalnya antara lain: antidepresan, obat anti kecemasan, atau antipsikotik. Sedangkan penyandang disabilitas fisik dan ragam lainnya membutuhkan barang/alat, transportasi, atau bantuan dari perawat untuk dapat menjalankan aktivitasnya sehari-hari guna mencapai kesehatan yang baik.

Sebelum masa pandemi Covid-19, penyandang disabilitas sering mengalami berbagai hambatan dalam mengakses layanan kesehatan publik. Mulai dari aspek aksesibilitas fisik yaitu masih banyaknya ditemukan fasilitas kesehatan primer yang belum ramah disabilitas, dari aspek aksesibilitas ekonomi yaitu tidak adanya jaminan sosial bagi penyandang disabilitas yang tidak memiliki akses legalitas, dan stigmatisasi yang dialami serta hak persetujuan (*informed consent*) yang sering tidak mereka dapatkan (Limbong et al., 2020). Pelindungan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas telah diatur dan dijamin Negara melalui beberapa instrumen HAM yaitu Undang Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas (UU Penyandang Disabilitas) serta Konvensi Internasional tentang Hak-Hak Penyandang Disabilitas (KIHPD) yang telah diratifikasi melalui Undang Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on The Rights of Persons with Disabilities*. Pasal 12 UU Penyandang Disabilitas menegaskan bahwa hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas meliputi aspek aksesibilitas informasi, aksesibilitas sumber daya kesehatan, prinsip nondiskriminasi/kesetaraan dan kesempatan, terjaminnya ketersediaan obat dan alat bantu, serta persoalan *informed consent* atau otonomi atas tubuh. Sedangkan Pasal 25 KIHPD

menegaskan kewajiban negara pihak – termasuk Indonesia – untuk menjamin aksesibilitas penyandang disabilitas terhadap fasilitas, sumber daya, dan tenaga kesehatan harus terjamin serta dijalankan dengan prinsip nondiskriminasi.

Dalam kekhususan disabilitas (misalnya dalam konteks disabilitas intelektual), Alexander et al. (2020) menekankan pentingnya rencana perawatan Covid-19 untuk individu yang berisiko sangat tinggi, membuat atau memperbarui paspor rumah sakit, serta meningkatkan dukungan psikologis dan komunikasi sesuai kebutuhan. Penting untuk menjamin perawatan dan pengobatan penyandang disabilitas dengan menempatkan tenaga kesehatan dengan baik guna memberikan dukungan dan perawatan berkualitas tinggi (Alexander et al., 2020, p. 267), mengingat layanan perawatan kesehatan disabilitas ini umumnya adalah perawatan yang dilakukan dalam jangka panjang (Alexander et al., 2020, p. 817).

Kondisi pandemi Covid-19 membuat kondisi pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas di Indonesia semakin sulit. Sebagaimana yang telah dibahas sebelumnya, tata kelola penanggulangan pandemi Covid-19 di Indonesia tidak memberikan pelindungan yang utuh bagi penyandang disabilitas secara khusus terhadap hak atas kesehatannya. Adanya fenomena penolakan penyandang disabilitas di RS Darurat Wisma Atlet karena tidak adanya tenaga medis yang mampu menangani disabilitas menjadi suatu gambaran bahwa mekanisme layanan kesehatan Covid-19 khusus penyandang disabilitas tidak tersedia.

Per Januari 2021 kondisi keterisian tempat tidur atau *Bed Occupancy Rate* rawat inap dan *Intensive Care Unit* (ICU) di sejumlah rumah sakit rujukan Covid-19 di kota/kabupaten di pulau Jawa lebih tinggi dibanding anjuran yang ditetapkan WHO sebesar 60 persen (CNN Indonesia, 2021). Keadaan tersebut menyebabkan banyak pasien Covid-19 terpaksa melakukan iso-

lasi mandiri (Harsono, 2021). Maraknya perawatan dengan isolasi mandiri menyulitkan pasien dengan disabilitas karena beberapa ragam disabilitas membutuhkan bantuan dari orang lain untuk beraktivitas. Dalam lingkup wilayah tingkat desa yang dinyatakan dalam studi yang dilakukan oleh Pusat Penelitian dan Pembangunan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, program perlindungan kesehatan belum sepenuhnya inklusif sebagaimana temuan menyatakan bahwa 86% desa belum memiliki ruang isolasi desa dan masih mengandalkan isolasi mandiri (Rivera & Karinawati, 2020).

Kebijakan pembatasan sosial di tempat umum termasuk di dalamnya fasilitas kesehatan baik primer maupun sekunder mengakibatkan terhalangnya aksesibilitas penyandang disabilitas dalam hal perawatan/pengobatan penyakit non- Covid-19. Sebagaimana temuan dalam survei yang dilakukan Jaringan DPO bahwa persentase responden yang mengalami kesulitan mobilitas adalah yang tertinggi yaitu sebesar 30,25 persen. Lebih lanjut tingginya kesulitan mobilitas yang dihadapi saat masa pandemi erat kaitannya dengan persoalan perpindahan tempat dari rumah ke luar rumah (Jaringan DPO Respon COVID-19 Inklusif, 2020). Persoalan mobilitas mengakibatkan para penyandang disabilitas terpaksa mengurungkan niatnya datang ke fasilitas kesehatan terdekat untuk mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan. Hal ini berisiko mengganggu kesehatan penyandang disabilitas khususnya bagi penyandang disabilitas yang memiliki kerentanan tertular Covid-19 karena memiliki komorbid seperti penyakit kardiovaskular, jantung, TBC, dan lain-lain.

d. Kurangnya Inovasi dalam Penyediaan Layanan Kesehatan

Dengan situasi pandemi ini, kebutuhan pelayanan *telemedicine* dan *telehealth* menjadi hal yang sangat penting. WHO dalam “*Disability Considerations during the Covid-19 Outbreak*” merekomendasikan

fasilitas kesehatan yang ada untuk menyediakan konsultasi lewat telepon, pesan teks, dan konferensi video untuk penyediaan layanan kesehatan dan dukungan psikososial bagi orang dengan disabilitas (WHO, 2020b). Implementasi *telehealth* di Indonesia sendiri sudah dilakukan oleh negara misal JKN *Mobile* dan BPJS *Digital Claim Verification*, sedangkan jasa *telemedicine* yang diprakarsai sektor swasta, contohnya adalah *AloDokter* dan *Halodoc*. Namun implementasi dan pengembangan layanan kesehatan digital masih menemui banyak tantangan karena Indonesia masih dalam masa pengembangan infrastruktur dan persoalan keberterimaan, kompetensi, dan interoperabilitas dari masyarakat (Deloitte Indonesia, Bahar Law Firm, & CHAPTERS, 2019).

Situasi pandemi ini mau tidak mau ‘memaksa’ penyedia layanan untuk lebih fleksibel dan responsif terhadap kebutuhan-kebutuhan kesehatan selama pandemi Covid-19 berlangsung (Zaagsma, Volkens, Swart, Schippers, & van Hove, 2020, p. 750). Salah satu bentuk respons penyedia layanan kesehatan adalah dengan menyediakan *telehealth* (layanan kesehatan jarak jauh dengan mengadaptasi metode daring). *Telehealth* kelak akan bermanfaat meskipun pandemi telah berakhir. Cara ini, misalnya, memungkinkan keluarga yang tinggal jauh dari rumah sakit dan pusat rehabilitasi untuk menerima perawatan yang memadai melalui jarak jauh (Provenzi et al., 2021, p. 195). Namun sayangnya program *telehealth* saat ini masih sangat terbatas, umumnya difasilitasi oleh penyedia jasa swasta.

Untuk itu Jeste et al.2020 berpendapat bahwa membangun sistem *telehealth* akan dapat menjamin layanan kesehatan secara berkelanjutan (Jeste et al., 2020, p. 825). Selain itu diperlukan *feed-back* dari keluarga dan masing-masing individu dalam rangka meningkatkan perawatan dan dukungan jangka panjang yang berkelanjutan (Jeste et al., 2020, p. 832).

PENUTUP

Dari pembahasan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas di masa pandemi Covid-19, dapat disimpulkan bahwa: 1. Situasi pemenuhan hak atas kesehatan saat pandemi Covid-19 ini belum cukup memadai, hal ini ditandai dengan kurang dapat teraksesnya layanan kesehatan bagi para penyandang disabilitas; dan 2. Peran pemerintah dalam memenuhi kewajiban negara untuk menjamin perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan ini belum optimal. Hal ini antara lain disebabkan kesadaran yang belum komprehensif dalam meletakkan pemenuhan kesehatan penyandang disabilitas sebagai bagian tak terpisahkan dari HAM (*human rights based approach*). Untuk mengatasi hambatan-hambatan tersebut, dapat ditawarkan beberapa rekomendasi kepada Pemerintah selaku pemangku kewajiban, sebagai berikut:

1. Jaminan perawatan dan pengobatan

Hal ini dilakukan dengan mempertimbangkan kebutuhan khusus yang dimiliki karena ragam disabilitas yang ada dengan cara memberikan akomodasi yang layak (*reasonable accommodation*), serta secara ketat mengikuti protokol kesehatan bagi nakes maupun pasien penyandang disabilitas untuk menghindari risiko infeksi virus pada kedua belah pihak

2. Sistem perawatan darurat yang komprehensif

Pandemi ini membutuhkan respons cepat berupa sistem perawatan darurat. Sistem ini harus memastikan bahwa semua elemen masyarakat, termasuk penyandang disabilitas, mendapat manfaat dari pendekatan berbasis hak yang inklusif.

3. Program Telehealth untuk mengatasi jarak sosial

Pemerintah harus segera melakukan langkah-langkah pengembangan layanan kesehatan lewat platform digital. Hal ini sesuai dengan kajian tekno-ekonomi yang menyatakan bahwa pengembangan *telehealth* dan *telemedicine* di Indonesia sangat mungkin untuk diterapkan (Ariyanti & Kautsarina, 2017). Layanan kesehatan

digital melalui *telemedicine* atau *telehealth* dapat memangkas hambatan yang dihadapi penyandang disabilitas.

4. Kebijakan kesehatan yang inklusif

Menyitir Jackson et al. dibutuhkan perbaikan pembangunan kesehatan untuk kota-kota/daerah inklusif dalam menghadapi Covid-19 yakni dengan menekankan pada: (1) informasi yang dapat diakses; (2) pengambilan keputusan yang inklusif; (3) dukungan ekonomi; dan (4) nondiskriminasi (Jackson et al., 2021)2021.

5. Membangun basis data terpilah

Ketersediaan data penyandang disabilitas beserta persebarannya merupakan kebutuhan yang mendesak. Memahami jumlah penyandang disabilitas dan keadaan mereka dapat membantu upaya penghapusan hambatan yang berbeda-beda dan memudahkan pemerintah untuk menyediakan layanan yang tepat sasaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdi, A. P. (2020, 24 April). Anak Difabel Ganda Positif COVID-19 Ditolak Dirawat di Wisma Atlet. *Tirto*. <https://tirto.id/anak-difabel-ganda-positif-covid-19-ditolak-dirawat-di-wisma-atlet-eUuf>
- Akingbola, K. (2020). COVID-19: The Prospects for Nonprofit Human Resource Management. *Canadian Journal of Nonprofit and Social Economy Research*, 11(1), 5.
- Alexander, R., Ravi, A., Barclay, H., Sawhney, I., Chester, V., Malcolm, V., ... Langdon, P. E. (2020). Guidance for the Treatment and Management of COVID-19 Among People with Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17(3), 256–269.
- Alzyood, M., Jackson, D., Aveyard, H., & Brooke, J. (2020). COVID-19 reinforces the importance of handwashing. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2760–2761.
- Anugrahadi, A. (2021, 16 Januari). 35 Anak Disabilitas Penghuni Panti Tri Asih, Jakbar Positif Covid-19. *Liputan 6*. <https://www.liputan6.com/news/read/4458811/35-anak-disabilitas-penghuni-panti-tri-asih-jakbar-positif-covid-19>

- Ariyanti, S., & Kautsarina, K. (2017). Kajian Tekno-Ekonomi pada Telehealth di Indonesia. *Buletin Pos Dan Telekomunikasi*, 15(1), 43–54.
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). The COVID-19 Response Must be Disability Inclusive. *The Lancet Public Health*, 5, e257.
- Asimakopoulou, K., Hoorens, V., Speed, E., Coulson, N. S., Antoniszczak, D., Collyer, F., ... Scambler, S. (2020). Comparative optimism about infection and recovery from COVID-19; Implications for adherence with lockdown advice. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 23, 1502–1511.
- Badan Pusat Statistik (2020). Profil Kemiskinan di Indonesia Maret 2020No. 56/07/Th. XXIII, 15 Juli 2020
- Blundell, R., Costa Dias, M., Joyce, R., & Xu, X. (2020). COVID-19 and Inequalities. *Fiscal Studies*, 41, 291–319.
- Brüssow, H. (2020). COVID-19: Test, trace and isolate-new epidemiological data. *Environmental Microbiology*, 22, 2445–2456.
- Saat Pandemi, Klaim Pengobatan BPJS Kesehatan Turun 40% [Video]. (2020, 6 Mei). *CNBC Indonesia*. <https://www.cnbcindonesia.com/news/20200505162530-8-156502/saat-pandemi-klaim-pengobatan-bpjs-kesehatan-turun-40>
- Keterisian RS Covid di Jawa Lebih Buruk dari Standar WHO. (2021, 2 Februari). *CNN Indonesia*. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20210202101052-20-601208/keterisian-rs-covid-di-jawa-lebih-buruk-dari-standar-who>
- Courtenay, K., & Perera, B. (n.d.). COVID-19 and people with intellectual disability: Impacts of a pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–6.
- Cuevas, A., & Barquera, S. (2020). COVID-19, Obesity, and Undernutrition: A Major Challenge for Latin American Countries. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 28, 1791–1792.
- Deloitte Indonesia, Bahar Law Firm, & CHAPTERS. (2019). *21st Century Health Care Challenges: A Connected Health Approach*. PT Deloitte Konsultan Indonesia.
- Devandas, C. (2020, 17 Maret). COVID-19: Who is protecting the people with disabilities? – UN rights expert. *Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25725>
- Ditjen Rehabilitasi Sosial Kemensos. (2020). Kebijakan Kementerian Sosial dalam Pemenuhan Hak Kesehatan Kelompok Rentan. Dipaparkan pada Acara “FGD Penikmatan Hak atas Kesehatan Tertinggi yang Dapat Dicapai bagi Kelompok Rentan” Tanggal 15 September 2020. Jakarta.
- Ditjen Rehabilitasi Sosial Kementerian Sosial. (2020, 17 Juni). Sinkronisasi Data Nasional Penyandang Disabilitas. *Kemensos*. <https://kemensos.go.id/ar/sinkronisasi-data-nasional-penyandang-disabilitas>
- Embregts, P. J. C. M., Tournier, T., & Frielink, N. (2020). Experiences and needs of direct support staff working with people with intellectual disabilities during the COVID-19 pandemic: A thematic analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 34(2), 480–490. <https://doi.org/10.1111/jar.12812>
- Figueiredo, A. M. de, Figueiredo, D. C. M. M. de, Gomes, L. B., Massuda, A., Gil-García, E., Vianna, R. P. de T., & Daponte, A. (2020). Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: An analysis of the pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Gostin, L. O., Friedman, E. A., & Wetter, S. A. (2020). Responding to Covid-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *The Hastings Center Report*, 50, 8–12.
- Harsono, F. H. (2021, 3 Februari). RS Hampir Penuh, Jubir Wiku: Banyak Pasien COVID-19 Terpaksa Isolasi Mandiri. *Liputan6*. <https://www.liputan6.com/health/read/4473970/rs-hampir-penuh-jubir-wiku-banyak-pasien-covid-19-terpaksa-isolasi-mandiri>
- Hartono, M. D., Limbong, R. J., Marbun, A. A. Y., Azeri, B., Fitri, O. R., Nureda, K. R., ... Ayunda, Z. M. (2020). *Tata Kelola Penanggulangan COVID-19 dalam Perspektif HAM*. Jakarta: Komnas HAM RI.
- Hope, J. (2020). COVID-19 response requires planning, flexibility. *The Successful Registrar*, 20, 8–9.
- Irwanto, Kasim, E. R., Fransiska, A., Lusli, M., & Siradj, O. (2010). *Analisis Situasi Penyandang Disabilitas di Indonesia: Sebuah Desk-Review*. Jakarta.
- Jackson, J., Silvestri, G., Stevenson, M., Sinton, J., Witherow, J., McCann, R., ... Cushley, L. (2021). COVID-19: The regional impact of COVID-19 on the certification of vision impairment in Northern Ireland. *Ophthalmic & Physiological Optics*, 41, 136–143.
- Jaringan DPO Respon COVID-19 Inklusif. (2020). *Laporan Asesmen Cepat Dampak COVID-19 bagi Penyandang Disabilitas: Yang Bergerak dan Yang Terpapar di Masa Pandemi*.

- Jeste, S., Hyde, C., Distefano, C., Halladay, A., Ray, S., Porath, M., ... Thurm, A. (2020). Changes in access to educational and healthcare services for individuals with intellectual and developmental disabilities during COVID-19 restrictions. *Journal of Intellectual Disability Research, 64*, 825–833.
- Kementerian Kesehatan. (2020). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Jakarta.
- Knopf, A. (2020). COVID-19 and worsening parent-child well-being. *The Brown University Child and Adolescent Psychopharmacology Update, 22*, 5–6.
- Komnas HAM RI. (2021). *Standar Norma dan Peraturan tentang Hak Atas Kesehatan*. Jakarta: Komisi Nasional Hak Asasi Manusia RI.
- Limbong, R. J., Farikhati, N., Felani, M., Yuli, I., Ayunda, Z. M., Nike, D., ... Saputri, F. I. (2020). *Kajian Pemenuhan Hak atas Kesehatan bagi Kelompok Rentan di Indonesia* (Y. Rosdianti, Ed.). Komnas HAM RI.
- Mukherjee, D. (2020). Experiencing Community in a Covid Surge. *The Hastings Center Report, 50*, 10–11.
- Neece, C., McIntyre, L. L., & Fenning, R. (2020). Examining the impact of COVID-19 in ethnically diverse families with young children with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 64*, 739–749.
- Ng, S. M. (2020). COVID-19 and children with diabetes: Emerging knowledge. *Practical Diabetes (2011), 37*, 147–148a.
- OHCHR. (2015). *Protection of Economics, Social, and Cultral Rights in Conflict*. Jenewa: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.
- OHCHR. (2020). *COVID-19 GUIDANCE*. Geneva.
- Pineda, V. S., & Corburn, J. (2020). Disability, Urban Health Equity, and the Coronavirus Pandemic: Promoting Cities for All. *Journal of Urban Health, 97*, 336–341.
- Pramana, R. P. (2018, 5 Desember). 6 Penghalang Keterlibatan Penyandang Disabilitas dalam Proses Pembangunan. *The Conversation*. <https://theconversation.com/6-penghalang-keterlibatan-penyandang-disabilitas-dalam-proses-pembangunan-108176>
- Provenzi, L., Grumi, S., Gardani, A., Aramini, V., Dargenio, E., Naboni, C., ... Borgatti, R. (2021). Italian parents welcomed a telehealth family-centred rehabilitation programme for children with disability during COVID-19 lockdown. *Acta Paediatrica, 110*, 194–196.
- Rivera, M., & Karinawati, D. (2020). *Desa Tanggap COVID-19: Sudahkah Inklusif Disabilitas?*
- Rolland, J. S. (2020). COVID-19 Pandemic: Applying a Multisystemic Lens. *Family Process, 59*, 922–936.
- Rosdianti, Y. (2016). Understanding Positive Measures in an Equality Framework on the Ground of Disability. *Jurnal Masyarakat Dan Budaya, 18*, 136–153.
- Rosdianti, Y. (2017). Meaningful Work and Disability: A Dignity Towards Social Inclusion. *Indonesian Journal of Disability Studies (IJDS), 4*, 69–86.
- Roy, J., Jain, R., Golamari, R., Vunnam, R., & Sahu, N. (2020). COVID-19 in the geriatric population. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 35*, 1437–1441.
- Satuan Tugas Penanganan COVID-19. (2021). Peta Sebaran Kasus COVID-19. Diambil 5 Maret 2021, dari <https://covid19.go.id/peta-sebaran>
- Schiariti, V. (2020a). The human rights of children with disabilities during health emergencies: The challenge of COVID-19. *Developmental Medicine and Child Neurology, 62*, 661–661.
- Schiariti, V. (2020b). The human rights of children with disabilities during health emergencies: The challenge of COVID-19. *Developmental Medicine and Child Neurology, 62*, 661–661.
- Schuengel, C., Tummers, J., Embregts, P. J. C. M., & Leusink, G. (2020). Impact of the initial response to COVID-19 on long-term care for people with intellectual disability: An interrupted time series analysis of incident reports. *Journal of Intellectual Disability Research, 64*, 817–824.
- Sekalala, S., Forman, L., Habibi, R., & Meier, B. M. (2020). Health and human rights are inextricably linked in the COVID-19 response. *BMJ Global Health, 5*.
- Simanjuntak, T. R. (2021, 5 Januari). Penelusuran Klaster Panti Sosial di Cipayung, Temuan 302 Kasus Covid-19 di 2 Tempat. *Kompas*. <https://megapolitan.kompas.com/read/2021/01/05/05350061/penelusuran-klaster-panti-sosial-di-cipayung-temuan-302-kasus-Covid-19-di?page=all>
- Singu, S., Acharya, A., Challagundla, K., & Siddappa, N. (2020). Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. *Frontier in Public Health, 8*.
- Solomon, M. Z., Wynia, M. K., & Gostin, L. O. (2020). Covid-19 Crisis Triage—Optimizing Health Outcomes and Disability Rights. *The New England Journal of Medicine, 383*, e27–.

- Tseng, T.-G., Wu, H.-L., Ku, H.-C., & Tai, C.-J. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Disabled and Hospice Home Care Patients. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75, e128–e129.
- Uli, C. M. (2020). Berdamai dengan Covid dan Inovasi Layanan Rumah Sakit. *Detik*. <https://news.detik.com/kolom/d-5064639/berdamai-dengan-covid-dan-inovasi-layanan-rumah-sakit>
- UN Economic and Social Council. *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*. (2000). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2011 *Pengesahan Convention on The Rights of Persons with Disabilities*. 10 November 2011. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 107. Jakarta
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 *Penyandang Disabilitas*. 15 April 2016. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 69. Jakarta
- United Nations. (2020a). “Disability-Inclusive Response to COVID-19 – Towards A Better Future for All”: A Response to the Secretary-General’s Policy Brief. Diakses pada 16 Februari 2021, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2020/05/Joint-statement-Disability-inclusive-response-to-COVID-19.pdf>
- Testing, Tracing, and When to Lift Restrictions: WHO’s Latest Advice. (2020b). *United Nations News*. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061642>
- WHO. (2020a). *Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response*.
- WHO. (2020b). *Disability Considerations during the COVID-19 Outbreak*. Jenewa.
- WHO Indonesia. (2021). *WHO Indonesia Situation Report—41*.
- WHO, & World Bank. (2011). *World Report on Disability*. Malta.
- Modes of Transmission of Virus Causing COVID-19: Implications for IPC Precaution Recommendations. (2020, 29 Maret). *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-Covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
- Yates, S., Dickinson, H., Smith, C., & Tani, M. (2020). Flexibility in individual funding schemes: How well did Australia’s National Disability Insurance Scheme support remote learning for students with disability during COVID-19? *Social Policy & Administration*. <https://doi.org/10.1111/spol.12670>
- Zaagsma, M., Volkers, K. M., Swart, E. A. K., Schippers, A. P., & van Hove, G. (2020). The use of online support by people with intellectual disabilities living independently during COVID-19. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64, 750–756.