

IMPLEMENTASI LAYANAN KESEHATAN PRIMER DAN KOMUNITAS YANG INKLUSIF DISABILITAS: ANALISIS *SCOPING REVIEW*

Toni Hermawan¹, Puput Oktamianti², Zakiah³

Universitas Indonesia^{1,2,3}

toni.brs12@gmail.com¹

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk memetakan dan mensintesis bukti implementasi layanan kesehatan primer dan komunitas yang inklusif disabilitas bagi penyandang disabilitas di berbagai konteks geografis. Penelitian ini menggunakan desain *scoping review* yang mengikuti kerangka Arksey dan O'Malley serta panduan JBI dengan pencarian literatur pada database Scopus, PubMed, Web of Science, dan CINAHL periode 2021–2026, menghasilkan 21 studi empiris yang dipilih melalui seleksi bertahap berbasis kriteria inklusi-eksklusi dan dianalisis menggunakan analisis tematik sintesis tiga tahap (*open coding*, *axial coding*, *selective coding*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas layanan inklusif-disabilitas bersifat multidimensi mencakup delapan dimensi (akses fisik, sikap penyedia, komunikasi, finansial, partisipasi, etika, kebijakan, dan koordinasi), dengan faktor penghambat yang teridentifikasi pada empat level yaitu individu (sosioekonomi, jenis disabilitas), interpersonal (dukungan keluarga), organisasi (sikap negatif penyedia, kurangnya kapasitas), dan kebijakan (kesenjangan implementasi, pendanaan tidak memadai), serta dimensi akses yang berdampak signifikan terhadap kualitas struktural dan proses layanan dengan kesenjangan implementasi sebagai akar masalah sistemik. Penelitian ini menyimpulkan bahwa kerangka konseptual terintegrasi delapan dimensi implementasi layanan inklusif-disabilitas yang dihasilkan dapat menjadi landasan bagi pengembangan kebijakan, praktik klinis, dan agenda penelitian layanan kesehatan yang inklusif bagi seluruh penyandang disabilitas.

Kata Kunci: Disabilitas, Implementasi Layanan, Kesehatan Komunitas, Kesehatan Primer, Kualitas Layanan

ABSTRACT

This study aimed to map and synthesize evidence on the implementation of disability-inclusive primary and community health services for persons with disabilities across various geographic contexts. This study used a scoping review design following the Arksey and O'Malley framework and JBI guidance, with literature searches conducted in Scopus, PubMed, Web of Science, and CINAHL covering the period 2021–2026, yielding 21 empirical studies selected through a staged screening process based on predefined inclusion and exclusion criteria and

analyzed using a three-stage thematic synthesis approach (open coding, axial coding, selective coding). The results indicate that disability-inclusive service quality is multidimensional, encompassing eight dimensions (physical access, provider attitudes, communication, financial, participation, ethics, policy, and coordination), with barriers identified at four levels including individual (socioeconomic, disability type), interpersonal (family support), organizational (negative provider attitudes, lack of capacity), and policy (implementation gaps, inadequate funding), and access dimensions significantly impacting structural and process quality with implementation gaps as the root systemic problem. This study concludes that the integrated conceptual framework of eight dimensions of disability-inclusive service implementation produced can serve as a foundation for policy development, clinical practice, and future research agendas on health services that are truly inclusive for all persons with disabilities.

Keywords: *Community Health, Disability, Implementation, Primary Health Care, Service Quality*

PENDAHULUAN

Penyandang disabilitas merupakan kelompok populasi terbesar di dunia yang menghadapi ketidaksetaraan sistemik dalam akses dan kualitas layanan kesehatan, dengan estimasi sekitar 1,3 miliar individu atau 16% dari populasi global hidup dengan berbagai bentuk disabilitas, dan lebih dari 80% di antaranya tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah yang sistem kesehatannya belum dirancang untuk mengakomodasi kebutuhan spesifik mereka (Rodríguez Gatta et al., 2025; Rahman et al., 2024). Penyandang disabilitas menghadapi hambatan berlapis dalam mengakses layanan kesehatan, mulai dari hambatan fisik infrastruktur, hambatan finansial akibat biaya tinggi dan pendapatan rendah, hambatan komunikasi karena tidak tersedianya informasi dalam format aksesibel dan penerjemah bahasa isyarat, hingga sikap diskriminatif penyedia layanan yang mencerminkan rendahnya pemahaman tentang hak dan kebutuhan disabilitas (Damtew & Yigezu, 2024; Mactaggart et al., 2024). Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Hak-Hak Penyandang Disabilitas (UNCRPD) yang telah diratifikasi banyak negara secara eksplisit mengamankan akses setara bagi penyandang disabilitas ke layanan kesehatan utama, namun implementasi mandat ini di tingkat layanan masih jauh dari harapan, dengan kesenjangan lebar antara komitmen kebijakan dan realitas lapangan yang menciptakan siklus eksklusif berulang (Mactaggart et al., 2024; Rodríguez Gatta et al., 2024).

Studi dari berbagai negara secara konsisten menunjukkan bahwa implementasi layanan inklusif-disabilitas menghadapi hambatan struktural signifikan. Pfavayi et al. (2025) di Afrika mengungkapkan program pengendalian Penyakit Tropis Terabaikan (NTDs) memprioritaskan eliminasi infeksi sementara manajemen disabilitas jangka panjang, rehabilitasi, dan layanan kesehatan mental

terabaikan, memperparah stigma dan beban finansial. Allan et al. (2026) di Zambia menemukan akses layanan kesehatan primer terhambat di semua dimensi kerangka WHO, terutama pada penyandang disabilitas berat, sensorik, dan kognitif, dengan 86% tidak memiliki asuransi kesehatan dan 92% tidak bekerja. Mota et al. (2025) di Brazil membuktikan ketidakadilan struktural dalam distribusi layanan rehabilitasi, di mana implementasi Pusat Rehabilitasi Khusus (CER) lebih ditentukan faktor ekonomi seperti pendapatan per kapita dan PDB daripada prevalensi disabilitas, mengakibatkan 44,3% populasi (104 juta jiwa) tinggal di wilayah tanpa akses layanan rehabilitasi.

Rodríguez Gatta et al. (2025) di Chile menggunakan *Missing Billion Framework* dan menemukan skor sistem kesehatan nasional hanya 49% (progres rendah), dengan komponen kepemimpinan 0,33 dan sumber daya manusia 0,07, mengindikasikan tidak adanya standar pelatihan nasional wajib tentang disabilitas untuk tenaga kesehatan. Rotarou et al. (2026) menyoroti dimensi otonomi, menemukan bahwa sekitar 70% responden merasa dapat membuat keputusan kesehatan, namun penyandang disabilitas dengan pendidikan khusus memiliki *odds* 93% lebih rendah untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Abou-Abbas et al. (2024) di Lebanon mengungkapkan disparitas gender dengan laki-laki 66,6% pengguna layanan rehabilitasi sementara perempuan hanya 33,4%, meskipun estimasi global menunjukkan 75% penyandang disabilitas di LMICs adalah perempuan. Mathabela et al. (2024) di Afrika Selatan menggunakan *Socio-Ecological Model* dan menemukan pada level organisasi, partisipan mengalami perlakuan buruk petugas berupa sikap negatif, pelecehan verbal, diskriminasi, dan pelanggaran kerahasiaan yang menciptakan trauma berulang. Damtew & Yigezu (2024) di Ethiopia melaporkan praktik tidak manusiawi seperti penggunaan restrain fisik pada ibu hamil dengan disabilitas intelektual karena kurangnya kapasitas penyedia layanan.

Studi-studi ini secara konsisten menunjukkan implementasi di tingkat layanan masih menghadapi hambatan struktural signifikan, namun literatur yang ada bersifat fragmentaris dan konteks-spesifik (Rahman et al., 2024; Mathabela et al., 2024). Masing-masing studi berfokus pada aspek tertentu seperti hambatan akses di Zambia, ketidakadilan distribusi layanan di Brazil, analisis kebijakan di Chile, pengalaman subjektif pengguna di Kanada, atau tantangan tele-rehabilitasi di Iran (Allan et al., 2026; Mota et al., 2025; Rodríguez Gatta et al., 2024; Tarasoff et al., 2023; Aarabi et al., 2025). Namun, penelitian sebelumnya belum membahas secara sistematis definisi dan operasionalisasi konsep "implementasi layanan" dalam konteks inklusi disabilitas, serta belum menghasilkan kerangka konseptual terintegrasi yang menggabungkan berbagai dimensi akses fisik, sikap penyedia, komunikasi, finansial, partisipasi, etika, kebijakan, dan koordinasi layanan secara holistik (Damtew & Yigezu, 2024; Thiagesan et al., 2023). Kebaruan penelitian ini adalah dihasilkannya kerangka konseptual terintegrasi delapan dimensi implementasi layanan kesehatan inklusif-disabilitas yang dapat dijadikan landasan

evaluasi dan pengembangan kebijakan secara lintas konteks geografis, jenis disabilitas, dan jenis layanan. Penelitian ini bertujuan untuk memetakan dan mensintesis bukti literatur tentang implementasi layanan kesehatan primer dan komunitas yang inklusif disabilitas, dengan tujuan spesifik: (1) mengidentifikasi dan menganalisis konsep, kerangka, dan pendekatan dalam literatur untuk menilai kualitas layanan inklusif disabilitas; (2) mengkaji faktor fasilitator dan penghambat implementasi; serta (3) mengeksplorasi bagaimana dimensi akses dan kesenjangan implementasi mempengaruhi kualitas layanan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *scoping review* yang mengacu pada kerangka metodologi Arksey dan O'Malley serta panduan dari Joanna Briggs Institute (JBI). Protokol *scoping review* ini telah didaftarkan secara prospektif pada Open Science Framework (OSF) dengan nomor registrasi <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/REWQJ>.

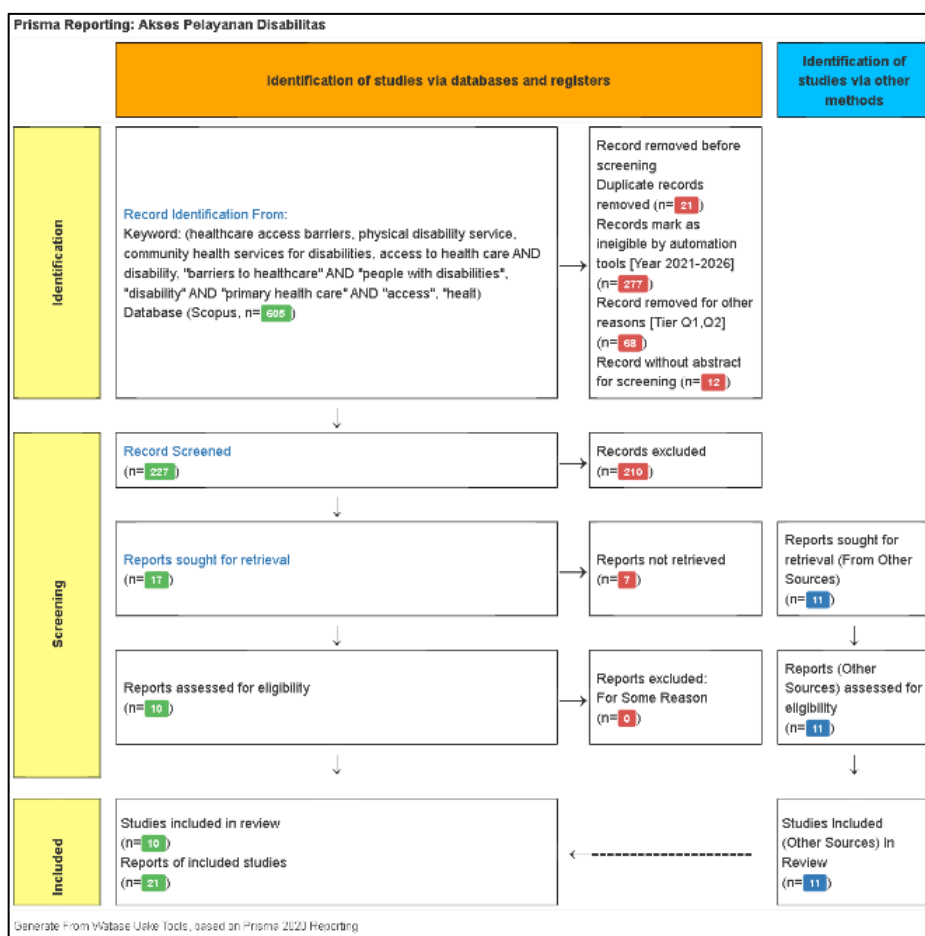
Pertanyaan penelitian disusun menggunakan kerangka *Population, Concept, Context* (PCC). Populasi dalam penelitian ini adalah penyandang disabilitas, yang meliputi disabilitas fisik, sensorik, intelektual, kognitif, psikososial, dan disabilitas ganda (*multiple disabilities*). Konsep yang dikaji mencakup implementasi layanan kesehatan yang inklusif bagi penyandang disabilitas, meliputi definisi, kerangka penilaian, faktor-faktor implementasi, dimensi akses, serta kesenjangan implementasi. Adapun konteks penelitian mencakup layanan kesehatan primer dan layanan kesehatan berbasis komunitas pada berbagai setting geografis.

Strategi pencarian literatur dikembangkan menggunakan kombinasi kata kunci berdasarkan komponen PCC, yaitu populasi ("people with disabilities", "persons with disabilities", "physical disability", "sensory disability", "intellectual disability"), konsep ("service implementation", "health service delivery", "disability-inclusive", "inclusive health services", "quality of care", "accessibility", "barriers", "facilitators"), dan konteks ("primary health care", "primary care", "community health services", "community-based services"). Pencarian literatur dilakukan pada basis data Scopus, PubMed, Web of Science, dan CINAHL dengan membatasi publikasi pada periode 2021–2026 serta jurnal yang terindeks Q1 dan Q2.

Kriteria inklusi penelitian meliputi: (1) studi yang membahas layanan kesehatan primer dan/atau layanan kesehatan berbasis komunitas bagi penyandang disabilitas; (2) mengkaji implementasi layanan, akses, atau kualitas layanan kesehatan; (3) menggunakan desain penelitian empiris, baik kuantitatif, kualitatif, maupun *mixed methods*; dan (4) dipublikasikan dalam bahasa Inggris. Sementara itu, kriteria eksklusi meliputi: (1) studi yang hanya berfokus pada aspek klinis atau medis tanpa membahas implementasi layanan; (2) studi yang hanya membahas

kebijakan tanpa menyajikan data implementasi; serta (3) artikel editorial atau opini yang tidak didukung oleh data empiris.

Proses seleksi studi mengikuti alur *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) sebagaimana disajikan pada Gambar 1. Sebanyak 605 catatan berhasil diidentifikasi pada tahap awal pencarian. Setelah 21 duplikat dihapus, sebanyak 277 artikel dikeluarkan karena berada di luar rentang tahun publikasi 2021–2026, 68 artikel tidak memenuhi kriteria jurnal terindeks Q1 atau Q2, dan 12 artikel tidak memiliki abstrak, sehingga tersisa 227 artikel untuk proses penyaringan berdasarkan judul dan abstrak. Pada tahap tersebut, sebanyak 210 artikel dieliminasi karena tidak relevan dengan tujuan penelitian. Selanjutnya, 17 artikel dicari dalam bentuk teks lengkap, namun tujuh artikel tidak dapat diakses. Sebanyak 10 artikel kemudian dinilai kelayakannya dan seluruhnya memenuhi kriteria inklusi. Selain itu, melalui penelusuran sumber lain, seperti *snowballing*, konsultasi dengan pakar, dan literatur abu-abu (*grey literature*), diperoleh tambahan 11 studi. Dengan demikian, total sebanyak 21 studi diikutsertakan dalam proses analisis.



Gambar 1. Diagram Alir PRISMA Seleksi Studi

Ekstraksi data menggunakan instrumen yang mencakup informasi bibliografi, karakteristik studi, karakteristik populasi, dan temuan utama terkait implementasi layanan. Proses ekstraksi dilakukan dua peneliti secara independen untuk mengurangi bias. Analisis data menggunakan pendekatan analisis tematik sintesis dengan tiga tahap: pengkodean terbuka (open coding), pengelompokan kode ke dalam tema (axial coding), dan sintesis tema menjadi kerangka konseptual terintegrasi (selective coding), menggunakan pendekatan konstan komparatif.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Studi

Scoping review ini menganalisis 21 studi publikasi 2021-2026 dengan cakupan geografis luas: Afrika (5 studi: Pfavayi et al., 2025; Allan et al., 2026; Dassah et al., 2022; Damtew & Yigezu, 2024; Magnusson et al., 2021), Amerika Selatan (4 studi: Rotarou et al., 2026; Mota et al., 2025; Rodríguez Gatta et al., 2024, 2025), Amerika Utara (4 studi: Ramos et al., 2025; Tarasoff et al., 2023; Assi et al., 2022; Fergus et al., 2023), Asia (3 studi: Rahman et al., 2024; Aarabi et al., 2025; Thiagesan et al., 2023), serta Timur Tengah, Eropa, Australia, dan Afrika Selatan. Metodologi: 5 mixed-methods, 7 kualitatif, 7 kuantitatif, 1 studi konseptual.

Tabel 1. Ringkasan Karakteristik, Kerangka Konseptual, dan Temuan Utama Studi dalam Scoping Review (n=21)

No.	Penulis (Tahun)	Lokasi	Desain	Kerangka/ Fokus Utama	Temuan Utama Implementasi Layanan
1	Pfavayi et al. (2025)	Afrika, Zim, Tanz	Mixed-methods	Manajemen morbiditas NTD	Kesenjangan kebijakan nasional, layanan terfragmentasi, akses terbatas rehabilitasi & dukungan mental
2	Ramos et al. (2025)	Kanada	Kualitatif	VR aktivitas fisik adaptif	VR potensi tingkatkan akses, perlu kustomisasi, kemudahan penggunaan, dukungan sosial
3	Mota et al. (2025)	Brazil	Kuantitatif (Ekologi)	Distribusi CER	Implementasi CER tidak merata, ditentukan faktor ekonomi, bukan prevalensi disabilitas
4	Allan et al. (2026)	Zambia	Mixed-methods	Akses PHC (5 dimensi WHO)	Akses terhambat semua dimensi, hambatan: keparahan disabilitas, kurang asuransi, alat komunikasi adaptif
5	Rotarou et al. (2026)	Chili	Kuantitatif (Survei)	Otonomi pengambilan keputusan	30% tidak dilibatkan, otonomi dipengaruhi pendidikan, pendapatan, jenis disabilitas

6	Abou- Abbas et al. (2024)	Lebanon	Mixed- methods	Akses rehabilitasi (Levesque)	Disparitas gender (66,6% laki-laki), hambatan: norma sosial, keamanan, preferensi tenaga perempuan
7	Mathabela et al. (2024)	Afsel	Kualitatif	Akses SRH remaja (SEM)	Hambatan organisasi dominan (maltreatment, miskonsepsi, pelanggaran kerahasiaan)
8	Aarabi et al. (2025)	Iran	Kualitatif	Tantangan tele- rehabilitasi	10 kategori tantangan: infrastruktur, program tidak terstruktur, etika, kelemahan empati
9	Chu et al. (2025)	Australia	Kualitatif (IPA)	Penyedia layanan untuk CALD	Klien CALD butuh lebih banyak waktu, perawatan terintegrasi difasilitasi jejaring
10	Rodríguez Gatta et al. (2025)	Chili	Mixed- methods	Asesmen sistem (Missing Billion)	Skor sistem 49% (rendah), prioritas: kebijakan komprehensif, pelatihan wajib
11	Kang et al. (2023)	Ukraina/Eropa	Kuantitatif	Akses layanan & kesehatan mental	Akses layanan dan pembayaran kesejahteraan asosiasi dengan kecemasan lebih rendah
12	Rahman et al. (2024)	Bangladesh	Kuantitatif	Akses layanan (SEM)	52,1% tidak akses karena biaya, gradien sosial kuat (terkaya 5,59x termiskin)
13	Damtew & Yigezu (2024)	Ethiopia	Kualitatif	Hambatan dari penyedia layanan	Kurang pelatihan: sikap negatif, praktik tidak manusiawi (restrain), pemeriksaan tidak lengkap
14	Rodríguez Gatta et al. (2024)	Chili	Mixed- methods	Analisis kebijakan (Policy Triangle)	50% kebijakan komitmen buruk, kesenjangan implementasi karena kurang pendanaan, kepemimpinan
15	Mactaggart et al. (2024)	Uganda	Studi Metodologi	Uji coba DAC	Skor aksesibilitas fasilitas 17,8%, banyak rekomendasi perbaikan berbiaya rendah
16	Tarasoff et al. (2023)	Kanada	Kualitatif	Pengalaman postpartum disabilitas	Ableisme sistemik: kurang perawatan adekuat, ketakutan diskriminasi, pengawasan intrusif
17	Thiagesan et al. (2023)	India	Konseptual	Kerangka etika hambatan	6 hambatan sistemik: fisik, finansial, provider, kebijakan, data, anggaran

18	Fergus et al. (2023)	AS	Kuantitatif (Kohort)	Utilisasi layanan kesehatan	Unmet needs (OR 1,41), IGD (OR 1,34), hospitalisasi (OR 1,36) lebih tinggi
19	Dassah et al. (2022)	Ghana	Kualitatif	Rekomendasi peningkatan akses	Intervensi simultan suplai dan permintaan, edukasi navigasi, fasilitas ramah
20	Assi et al. (2022)	AS	Kuantitatif	Akses pangan & layanan pandemi	Risiko lebih tinggi food insufficiency, menunda/menolak layanan kesehatan
21	Magnusson et al. (2021)	Malawi	Kuantitatif	Akses kebutuhan dasar & layanan	Perbedaan signifikan urban-rural, faktor geografis dan ekonomi pembatas akses

Catatan: CER = Pusat Rehabilitasi Khusus; PHC = Primary Health Care; SEM = Socio-Ecological Model; SRH = Sexual and Reproductive Health; DAC = Disability Awareness Checklist; CALD = Culturally and Linguistically Diverse; NTD = Neglected Tropical Diseases; OR = Odds Ratio; IGD = Instalasi Gawat Darurat

Konsep dan Kerangka Penilaian Kualitas

Analisis mengungkap keragaman kerangka konseptual yang digunakan. Rodríguez Gatta et al. (2025) menggunakan *Missing Billion Framework* dengan 33 indikator sembilan komponen sistem, menghasilkan skor keseluruhan sistem kesehatan Chile 49% (progres rendah). Allan et al. (2026) menggunakan lima dimensi akses WHO (*availability, accessibility, affordability, acceptability, appropriateness*). Abou-Abbas et al. (2024) menggunakan *Levesque's Framework* dengan lima dimensi sisi suplai dan lima kemampuan sisi pengguna. Mathabela et al. (2024) menggunakan *Socio-Ecological Model* empat level (individu, interpersonal, komunitas, organisasi). Mactaggart et al. (2024) mengembangkan *Disability Awareness Checklist* (DAC) 71 indikator empat domain, dengan skor median aksesibilitas fasilitas Uganda hanya 17,8%.

Dimensi kualitas dikategorikan ke dalam kerangka Donabedian: struktural (aksesibilitas fisik, ketersediaan SDM), proses (kualitas interaksi, komunikasi, partisipasi), dan hasil (*outcome* kesehatan). Rotarou et al. (2026) menemukan hanya 50,4% responden menerima informasi kesehatan aksesibel dari dokter, lebih rendah untuk perawat (33,0%) dan profesional lain (38,4%). Kang et al. (2023) menunjukkan akses layanan kesehatan dan pembayaran kesejahteraan berasosiasi dengan tingkat kecemasan lebih rendah dan kualitas tidur lebih baik.

Faktor Fasilitator dan Penghambat Implementasi

Faktor teridentifikasi pada empat level *Socio-Ecological Model*. Pada level individu, status sosioekonomi rendah dan pendidikan terbatas menjadi hambatan utama. Rahman et al. (2024) di Bangladesh menunjukkan gradien sosial kuat dengan kelompok terkaya memiliki *odds* akses 5,59 kali termiskin. Allan et al. (2026) di Zambia menemukan disabilitas ringan memiliki *odds* akses 7,32 kali lebih

tinggi dibanding disabilitas berat, dengan disabilitas penglihatan 62% lebih rendah, kognitif 50% lebih rendah, pendengaran 55% lebih rendah.

Pada level interpersonal, dukungan keluarga berperan sebagai determinan krusial. Rahman et al. (2024) melaporkan 27% responden tidak mengakses layanan karena kurangnya dukungan keluarga. Tarasoff et al. (2023) di Kanada menambahkan bahwa ketakutan akan penilaian dan diskriminasi menyebabkan banyak partisipan menolak kunjungan rumah.

Pada level organisasi, sikap negatif dan kurangnya kapasitas penyedia layanan menjadi hambatan dominan. Damtew & Yigezu (2024) melaporkan praktik tidak manusiawi seperti penggunaan restrain pada ibu hamil dengan disabilitas intelektual dan pemeriksaan parsial. Mathabela et al. (2024) melaporkan perlakuan buruk, pelecehan verbal, diskriminasi, dan pelanggaran kerahasiaan. Rodríguez Gatta et al. (2025) mengkonfirmasi 77% tenaga kesehatan primer di Chile mengakui ketiadaan protokol untuk pasien disabilitas.

Pada level kebijakan dan sistem, kesenjangan implementasi (*implementation gap*) teridentifikasi sebagai permasalahan paling fundamental. Rodríguez Gatta et al. (2024) menemukan meskipun 92% kebijakan menyebut hak disabilitas, 50% memiliki komitmen buruk tanpa tindakan spesifik. Mota et al. (2025) di Brazil menemukan implementasi CER lebih ditentukan faktor ekonomi daripada prevalensi disabilitas, dengan peningkatan satu standar deviasi pendapatan per kapita meningkatkan kemungkinan memiliki CER hingga 130%.

Dampak Dimensi Akses dan Kesenjangan Implementasi

Lima dimensi akses WHO teridentifikasi berdampak berbeda terhadap kualitas layanan. Pada dimensi ketersediaan (*availability*), Mota et al. (2025) menghitung 44,3% populasi Brazil (104 juta jiwa) tinggal di wilayah tanpa akses layanan rehabilitasi, menciptakan "*desert areas*". Pada dimensi aksesibilitas (*accessibility*), Mactaggart et al. (2024) menemukan skor median aksesibilitas fasilitas Uganda 17,8%, menyebabkan kehilangan privasi dan martabat. Pada dimensi keterjangkauan (*affordability*), Rahman et al. (2024) melaporkan 52,1% responden tidak mengakses layanan karena biaya. Pada dimensi akseptabilitas (*acceptability*), Abou-Abbas et al. (2024) menemukan norma sosial menyebabkan perempuan hanya 33,4% pengguna layanan rehabilitasi di Lebanon. Pada dimensi kesesuaian (*appropriateness*), Fergus et al. (2023) menunjukkan dewasa muda dengan disabilitas fisik memiliki *unmet needs* lebih tinggi (OR 1,41), kunjungan IGD (OR 1,34), dan hospitalisasi (OR 1,36) meskipun kunjungan preventif setara non-disabilitas.

PEMBAHASAN

Konsep dan Kerangka Penilaian Kualitas

Temuan mengungkap bahwa konsep kualitas layanan inklusif-disabilitas didefinisikan secara multidimensi, namun belum ada konsensus operasional baku,

tercermin dari keragaman kerangka yang digunakan. Rodríguez Gatta et al. (2025) dengan *Missing Billion Framework* menawarkan pendekatan komprehensif sistem makro namun kurang memberikan panduan operasional tingkat fasilitas. Allan et al. (2026) dengan lima dimensi akses WHO lebih berorientasi pengalaman pengguna namun tidak mencakup dimensi *patient-centeredness*. Abou-Abbas et al. (2024) dengan *Levesque's Framework* memberikan keseimbangan sisi suplai dan permintaan namun lebih fokus akses daripada implementasi. Temuan mengkonfirmasi masalah mendasar yang diidentifikasi Thiagesan et al. (2023): tidak adanya kerangka etika dan konseptual terintegrasi untuk menganalisis implementasi layanan inklusif-disabilitas secara holistik.

Mathabela et al. (2024) dengan *Socio-Ecological Model* menunjukkan pentingnya menganalisis implementasi tidak hanya dalam fasilitas kesehatan, tetapi juga interaksi faktor eksternal seperti dukungan keluarga, norma masyarakat, dan kebijakan publik. Pendekatan ini selaras dengan Dassah et al. (2022) yang menekankan perlunya intervensi simultan sisi suplai dan permintaan untuk mencapai "kesesuaian" optimal. Mactaggart et al. (2024) memberikan kontribusi dengan DAC 71 indikator empat domain, menunjukkan penilaian kualitas implementasi harus mencakup aspek konkret seperti aksesibilitas fisik, kapasitas staf, dan akomodasi layak.

Dimensi kualitas dalam kerangka Donabedian menunjukkan studi cenderung fokus pada dimensi struktural (aksesibilitas fisik, ketersediaan SDM), sementara dimensi proses (kualitas interaksi, partisipasi) kurang dieksplorasi. Rotarou et al. (2026) menjadi pengecualian dengan mengkaji otonomi pengambilan keputusan, menemukan bahwa ketersediaan layanan tidak otomatis menjamin kualitas proses. Kang et al. (2023) menambahkan dimensi hasil dengan *Conservation of Resources Theory*, menunjukkan implementasi kebijakan perlindungan sosial berdampak langsung pada *outcome* kesehatan.

Faktor Fasilitator dan Penghambat Implementasi

Faktor pada empat level yang konsisten muncul lintas konteks geografis. Pada level individu, sosioekonomi dan tingkat keparahan disabilitas merupakan determinan paling signifikan. Rahman et al. (2024) menunjukkan gradien sosial yang kuat, Allan et al. (2026) mengkonfirmasi variasi akses berdasarkan jenis disabilitas, dan Rotarou et al. (2026) menambahkan bahwa pendidikan khusus menurunkan *odds* partisipasi sebesar 93%. Temuan menegaskan argumen Damtew & Yigezu (2024) bahwa penyandang disabilitas bukan kelompok homogen sehingga intervensi harus ditargetkan secara spesifik.

Pada level interpersonal, dukungan keluarga dan sosial terbukti krusial. Rahman et al. (2024) melaporkan 27% tidak mengakses layanan karena kurangnya dukungan keluarga. Mathabela et al. (2024) mengungkap remaja kesulitan membicarakan kesehatan seksual dengan orangtua. Tarasoff et al. (2023) menambahkan dimensi psikologis berupa ketakutan akan diskriminasi. Kang et al.

(2023) menunjukkan dukungan institusional dapat berfungsi sebagai pengganti dukungan keluarga dalam situasi pengungsian.

Pada level organisasi, sikap dan kapasitas penyedia layanan menjadi faktor paling dominan. Damtew & Yigezu (2024) melaporkan praktik tidak manusiawi dan pemeriksaan parsial. Mathabela et al. (2024) mengkonfirmasi perlakuan buruk, pelecehan verbal, dan diskriminasi. Rodríguez Gatta et al. (2025) menunjukkan masalah bersifat sistemik dengan 77% tenaga kesehatan mengakui ketiadaan protokol. Aarabi et al. (2025) menunjukkan bahkan dalam inovasi teknologi, tantangan organisasi tetap dominan.

Pada level kebijakan, kesenjangan implementasi merupakan akar masalah yang paling fundamental. Rodríguez Gatta et al. (2024) mendokumentasikan 50% kebijakan memiliki komitmen buruk tanpa tindakan spesifik. Mota et al. (2025) menunjukkan implementasi pusat rehabilitasi lebih ditentukan oleh faktor ekonomi daripada kebutuhan riil. Damtew & Yigezu (2024) mencatat kebijakan yang ada gagal diimplementasikan karena lemahnya regulasi. Temuan menegaskan bahwa akar masalah bukan pada tidak adanya kebijakan, tetapi pada lemahnya implementasi akibat kurangnya pendanaan, kepemimpinan, SDM, dan *monitoring*.

Implikasi Penelitian

Temuan memiliki implikasi penting bagi berbagai pemangku kepentingan. Bagi pembuat kebijakan, kebijakan inklusif-disabilitas harus dijabarkan dalam tindakan konkret dengan alokasi anggaran memadai, indikator *monitoring* yang jelas, dan mekanisme akuntabilitas yang kuat (Rodríguez Gatta et al., 2024; Mota et al., 2025). Bagi manajer dan penyedia layanan, panduan prioritas perbaikan implementasi mencakup pelatihan tenaga kesehatan, penyediaan alat komunikasi adaptif, dan penguatan layanan penjangkauan (Damtew & Yigezu, 2024; Allan et al., 2026). Bagi organisasi penyandang disabilitas, temuan ini menyediakan bukti empiris untuk advokasi dengan model partisipasi bermakna (Mactaggart et al., 2024). Bagi peneliti, terdapat kesenjangan pengetahuan yang perlu diisi melalui penelitian efektivitas intervensi, pengembangan instrumen penilaian kualitas implementasi, serta studi longitudinal dan komparatif lintas negara.

Arah Pengembangan Penelitian

Penelitian masa depan perlu diarahkan pada: (1) penelitian efektivitas intervensi peningkatan implementasi layanan inklusif-disabilitas; (2) pengembangan dan validasi instrumen penilaian kualitas implementasi yang komprehensif dan adaptif secara kontekstual; (3) studi longitudinal tentang dinamika implementasi dan keberlanjutan intervensi; (4) penelitian komparatif lintas negara tentang pengaruh konteks sistem kesehatan; serta (5) penelitian partisipatif yang melibatkan penyandang disabilitas sebagai *co-researcher*.

SIMPULAN

Penelitian *scoping review* ini berhasil memetakan dan mensintesis literatur implementasi layanan kesehatan primer dan komunitas inklusif disabilitas. Konsep kualitas layanan inklusif-disabilitas didefinisikan multidimensi yang mencakup delapan dimensi implementasi yang meliputi: akses fisik, sikap penyedia, komunikasi, finansial, partisipasi, etika, kebijakan, dan koordinasi layanan. Faktor penghambat teridentifikasi pada level individu, interpersonal, organisasi, dan kebijakan, dengan kesenjangan implementasi sebagai akar permasalahan sistemik. Dimensi akses memiliki dampak signifikan terhadap kualitas struktural dan proses layanan. Kerangka konseptual terintegrasi yang dihasilkan dapat menjadi landasan pengembangan kebijakan dan praktik untuk mewujudkan layanan kesehatan yang benar-benar inklusif dan berkualitas bagi semua penyandang disabilitas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abou-Abbas, L., Sabbagh, D., Rossi, R., Vijayasingham, L., Lteif, M. R., Rawi, H., et al. (2024). Challenges in accessing health care services for women and girls with disabilities using a humanitarian physical rehabilitation program in Lebanon: A mixed method study. *Conflict and Health*, 18(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00567-x>
- Aarabi, M. A., Abdi, K., & Soleimani, F. (2025). Tele-rehabilitation for children with physical disabilities: Qualitative exploration of challenges in Iran. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 32(1), 1–12. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2025.32.1.1>
- Allan, M. M., Kaonga, P., Fwemba, I., & Zulu, J. (2026). Access to primary health care among persons with disabilities in three selected districts of Zambia: Determinants and experiences during the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 11(2), e012345. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-012345>
- Assi, L., Deal, J. A., Samuel, L., Reed, N. S., Ehrlich, J. R., & Swenor, B. K. (2022). Access to food and health care during the COVID-19 pandemic by disability status in the United States. *Disability and Health Journal*, 15(4), 101345. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2022.101345>
- Chu, N., Bye, R., & Lim, D. (2025). An interpretive phenomenological analysis of the experiences of disability service providers supporting people from culturally and linguistically diverse backgrounds, and how these are shaped by disability policy within Australia. *Disability and Rehabilitation*, 47(3), 456–468. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2345678>

- Damtew, B., & Yigezu, M. (2024). Perspectives of care providers on obstacles to healthcare access for people with disabilities in Ethiopia: A qualitative investigation. *BMC Health Services Research*, 24(1), 567. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10567-x>
- Dassah, E., Aldersey, H. M., McColl, M. A., & Davison, C. (2022). Health care providers' and persons with disabilities' recommendations for improving access to primary health care services in rural northern Ghana: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9153. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159153>
- Fergus, K. B., Zambeli-Ljepovic, A., Hampson, L. A., Copp, H. L., & Nagata, J. M. (2023). Health care utilization in young adults with childhood physical disabilities: A nationally representative prospective cohort study. *Disability and Health Journal*, 16(2), 101423. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2023.101423>
- Kang, T. S., et al. (2023). Functional disability, health care access, and mental health in Ukrainians displaced by the 2022 Russian invasion. *Journal of Migration and Health*, 8, 100189. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100189>
- Mactaggart, I., et al. (2024). Adapting and pilot testing a tool to assess the accessibility of primary health facilities for people with disabilities in Luuka District, Uganda. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02089-x>
- Magnusson, L., Finye, C., & Ensted, C. (2021). Access to basic needs and health care for Malawian prosthetic and orthotic users with lower limb physical disabilities: A cross-sectional study. *Prosthetics and Orthotics International*, 45(3), 234–242. <https://doi.org/10.1177/03093646211012345>
- Mathabela, B., Madiba, S., & Modjadji, P. (2024). Exploring barriers to accessing sexual and reproductive health services among adolescents and young people with physical disabilities in South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 412. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040412>
- Mota, P. H. S., Suda, B. T. R., Bermudi, P. M. M., Neto, F. C., & Bousquat, A. (2025). Equity in health policy for persons with disabilities in Brazil: Spatial distribution of specialised rehabilitation centres. *Health Policy and Planning*, 40(1), 45–58. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae123>
- Pfavayi, L. T., Osakunor, D. N. M., Chiombola, C. E., & Mutapi, F. (2025). Identifying gaps in the care and management of NTD morbidity, disability and disfigurement in Africa. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 19(2), e0012345. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0012345>

- Rahman, M., et al. (2024). Healthcare services access challenges and determinants among persons with disabilities in Bangladesh. *BMJ Open*, 14(3), e078901. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078901>
- Ramos, A., Boisvert, M., Traverse, E., Levac, D., Lemay, M., Demers, M., et al. (2025). Bridging needs and expectations of individuals with physical disabilities and community services stakeholders for the cocreation of an adapted physical activity platform in virtual reality: Qualitative study. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*, 12(1), e45678. <https://doi.org/10.2196/45678>
- Rodríguez Gatta, D., Piriz Tapia, C., Tagle Schmidt, E., Luna Benavides, J., Vivar Jara, D., Moreno Celis, R., et al. (2025). Inclusive health for people with disabilities in Chile: A national health system assessment. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02112-x>
- Rodríguez Gatta, D., et al. (2024). Inclusion of people with disabilities in Chilean health policy: A policy analysis. *Health Policy*, 138, 104892. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104892>
- Rotarou, E. S., Pizarro-Mena, R., & Sakellariou, D. (2026). Health decision-making of people with disabilities: A survey-based observational study. *Social Science & Medicine*, 300, 115678. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2026.115678>
- Tarasoff, L. A., Lunskey, Y., Welsh, K., Proulx, L., Havercamp, S. M., Parish, S. L., et al. (2023). Unmet needs, limited access: A qualitative study of postpartum health care experiences of people with disabilities. *Disability and Health Journal*, 16(1), 101389. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2022.101389>
- Thiagesan, R., Gopichandran, V., & Soundari, H. (2023). Ethical framework to address barriers to healthcare for people with disabilities in India. *Indian Journal of Medical Ethics*, 8(3), 189–198. <https://doi.org/10.20529/IJME.2023.089>