



Optimalisasi Layanan Kesehatan Penyandang Disabilitas Berbasis Pelatihan *Disability Inclusive Development* di RS Lamongan

Rudi Wibowo^{1*}, Nuning Nurma Dewi²

¹ Program Studi Manajemen, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Muhammadiyah Lamongan, Lamongan, Indonesia

² Program Studi Kewirausahaan, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Muhammadiyah Lamongan, Lamongan, Indonesia

rudiumla23@gmail.com

Informasi Artikel

Article history

Received : 01-06-2026

Revised : 04-06-2026

Accepted : 08-06-2026

Keywords: *Inclusive health service performance; Disability; Disability Inclusive Development (DID); Community service; Hospitals.*

Kata kunci: Kinerja pelayanan kesehatan inklusif; Disabilitas; *Disability Inclusive Development (DID)*; Pengabdian kepada masyarakat; Rumah sakit.

Abstract

Persons with disabilities continue to experience multiple barriers in accessing quality healthcare services, including physical, communication, and systemic obstacles. These challenges highlight the need to strengthen healthcare workers' capacity and develop more inclusive healthcare systems. This community service program aimed to enhance hospital staff's knowledge and skills in delivering inclusive healthcare services for persons with disabilities through a Disability Inclusive Development (DID) approach. The program was conducted at a hospital in Lamongan Regency and involved 33 staff members from various service units. The implementation methods included theoretical training, focus group discussions, healthcare service simulations, and evaluation using pre-test and post-test instruments. The results showed an improvement of approximately 60–75% in participants' understanding, particularly regarding the social model of disability, ethical and effective communication with diverse disability groups, and awareness of systemic barriers in healthcare services. Service simulations revealed that the main barriers were cultural, structural, informational, and institutional in nature, originating from healthcare systems that were not yet fully inclusive. This community service activity demonstrates that a DID-based approach contributes to strengthening human resource capacity and comprehensively identifying service barriers. The proposed training and simulation model is potentially replicable and may be adopted by other healthcare facilities to support the development of comprehensive, inclusive, and sustainable healthcare systems.

Abstrak

Penyandang disabilitas masih menghadapi berbagai hambatan dalam mengakses layanan kesehatan yang bermutu, baik pada aspek fisik, komunikasi, maupun sistem pelayanan. Kondisi ini menunjukkan perlunya penguatan kapasitas sumber daya manusia dan sistem layanan kesehatan yang inklusif. Kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat (PKM) ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan staf rumah sakit dalam memberikan layanan kesehatan yang inklusif bagi penyandang disabilitas melalui pendekatan *Disability Inclusive Development (DID)*. Kegiatan dilaksanakan di Rumah Sakit Kabupaten Lamongan dengan melibatkan 33 staf lintas unit layanan. Metode pelaksanaan meliputi pelatihan teoretis, diskusi kelompok terfokus, simulasi layanan kesehatan, serta evaluasi melalui pre-test dan post-test. Hasil kegiatan menunjukkan adanya peningkatan pemahaman peserta sekitar 60–75%, terutama terkait konsep disabilitas berbasis social model, etika dan komunikasi interaksi dengan ragam disabilitas, serta kesadaran terhadap hambatan sistemik layanan kesehatan. Simulasi layanan mengungkap bahwa hambatan utama bersifat kultural, struktural, informasi, dan institusional yang berasal dari desain sistem layanan yang belum inklusif. Kegiatan ini menunjukkan bahwa pendekatan PKM berbasis *DID* berkontribusi dalam meningkatkan kapasitas SDM dan memetakan hambatan layanan secara komprehensif. Model pelatihan dan simulasi yang diterapkan berpotensi direplikasi pada fasilitas layanan kesehatan lain untuk mendukung penguatan sistem layanan kesehatan yang komprehensif, inklusif, dan berkelanjutan.

*Corresponding Author

Rudi Wibowo

Email: rudiumla23@gmail.com

© 2026 Some rights reserved

PENDAHULUAN

Pemenuhan hak atas layanan kesehatan yang bermutu dan setara bagi seluruh warga negara, termasuk penyandang disabilitas, merupakan mandat global yang tertuang dalam *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD) dan sejalan dengan agenda *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya Tujuan 3 (*Good Health and Well-Being*) dan Tujuan 10 (*Reduced Inequalities*) (WHO, 2022). Namun demikian, berbagai kajian mutakhir menunjukkan bahwa sistem layanan kesehatan di banyak negara, termasuk negara berkembang, masih belum sepenuhnya inklusif bagi penyandang disabilitas (Hayati et al., 2026). Hambatan aksesibilitas fisik, komunikasi, serta keterbatasan kompetensi tenaga kesehatan menjadi faktor dominan yang menyebabkan kesenjangan dalam pemanfaatan dan mutu layanan kesehatan bagi kelompok ini (Ong et al., 2025).

Literatur internasional menegaskan bahwa kegagalan sistem kesehatan dalam mengakomodasi kebutuhan penyandang disabilitas tidak hanya berdampak pada rendahnya akses terhadap layanan kesehatan, tetapi juga meningkatkan risiko *unmet health needs*, keterlambatan diagnosis, serta ketidakpuasan pasien (Azizatunnisa et al., 2024). Pendekatan *disability-inclusive health systems* menekankan perlunya transformasi sistemik yang meliputi penyediaan fasilitas yang aksesibel, kebijakan institusional yang responsif terhadap disabilitas, serta peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan yang terstruktur (Azizatunnisa et al., 2024). Dengan kata lain, inklusivitas tidak cukup diwujudkan melalui penyediaan sarana fisik semata, tetapi harus disertai dengan perubahan paradigma dan praktik pelayanan (Aini et al., 2026).

Akses terhadap layanan kesehatan yang bermutu merupakan hak setiap warga negara, termasuk penyandang disabilitas. Namun, berbagai bukti menunjukkan bahwa sistem kesehatan masih sering gagal mengakomodasi kebutuhan penyandang disabilitas, baik dalam aspek akses fisik, komunikasi, maupun penyesuaian layanan, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap kesenjangan luaran kesehatan (Wibowo et al., 2025). Tinjauan terkini yang dipublikasikan dalam *The Lancet Public Health* menegaskan bahwa ketidakinklusifan sistem kesehatan berkaitan dengan berbagai ketimpangan (*inequities*) dalam pelayanan kesehatan, seperti skrining dan pemanfaatan layanan. Oleh karena itu, pengembangan *disability-inclusive health systems* menjadi agenda penting

untuk mewujudkan kesehatan bagi semua (*health for all*) (Kuper et al., 2024).

Dalam konteks fasilitas pelayanan kesehatan, hambatan umumnya muncul pada empat ranah, yaitu: (1) hambatan kultural, meliputi stigma dan persepsi negatif; (2) hambatan struktural atau infrastruktur, yang berkaitan dengan aksesibilitas bangunan dan fasilitas; (3) hambatan informasi dan komunikasi, yang mencakup cara berinteraksi serta penyampaian informasi; dan (4) hambatan institusional, yang berkaitan dengan kebijakan, standar operasional prosedur (SOP), dan implementasinya (Latifaturrohmah et al., 2026). Kondisi rumah sakit di Lamongan menggambarkan permasalahan tersebut secara nyata, terutama terkait rendahnya akses layanan akibat keterbatasan sarana yang ramah disabilitas serta perlunya penguatan kebijakan dan prosedur pelayanan. Selain itu, perlu dipahami perbedaan antara *medical model* dan *social model* disabilitas. *Medical model* cenderung memandang disabilitas sebagai masalah individu yang harus diperbaiki, sedangkan *social model* menempatkan hambatan utama pada interaksi sosial dengan lingkungan serta menekankan tanggung jawab sistem untuk menyediakan akses dan akomodasi yang layak bagi penyandang disabilitas (Wibowo et al., 2025).

Pendekatan *Disability Inclusive Development* (DID) menuntut perubahan dari layanan yang bersifat seragam menjadi layanan yang menerapkan *reasonable accommodation* dan mempraktikkan *universal design* agar fasilitas dapat digunakan oleh sebanyak mungkin orang tanpa memerlukan desain khusus yang bersifat memisahkan. Contoh konkret dapat dilihat pada evaluasi kemiringan ramp atau bidang miring yang terlalu curam, sehingga menghambat pengguna kursi roda yang mandiri maupun petugas yang memberikan bantuan. Perbaikan kemiringan ramp terbukti meningkatkan kenyamanan bagi seluruh pengguna, termasuk kelompok nondisabilitas. Prinsip ini selaras dengan literatur mutakhir mengenai *universal design* yang menekankan aspek keterpakaian, keamanan, dan kemudahan navigasi bagi berbagai kelompok pengguna (Hedvall et al., 2025a).

Selain pembenahan lingkungan fisik, penguatan kompetensi sumber daya manusia (SDM) menjadi faktor yang sangat penting. Pelatihan yang dirancang secara kolaboratif (*co-development*) dan melibatkan penyandang disabilitas sebagai mitra belajar terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan tenaga kesehatan, terutama terkait komunikasi, penghormatan terhadap martabat individu, *informed consent*, serta praktik pelayanan yang

inklusif (Smythe et al., 2024). Sejalan dengan temuan tersebut, tinjauan sistematis pada pendidikan keperawatan menunjukkan bahwa perubahan kurikulum dan strategi pedagogis, seperti simulasi, studi kasus, pembelajaran reflektif, serta keterlibatan penyandang disabilitas, berperan penting dalam pengembangan *disability competencies* (Opprecht et al., 2025). Dengan demikian, intervensi berupa pelatihan staf rumah sakit yang dipadukan dengan audit aksesibilitas dan perbaikan standar operasional prosedur (SOP) berpotensi memperkuat mutu layanan yang komprehensif, inklusif, dan dapat direplikasi pada berbagai fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Latifaturohmah et al., 2026).

Berdasarkan kebutuhan tersebut, kegiatan pelatihan *Disability Inclusive Development* (DID) bagi staf rumah sakit di Kabupaten Lamongan diarahkan untuk: (i) membangun pemahaman konseptual mengenai disabilitas berbasis *social model* dan hak penyandang disabilitas; (ii) mengidentifikasi hambatan layanan pada tingkat operasional; (iii) melatih keterampilan komunikasi dan etika interaksi dengan berbagai ragam disabilitas; serta (iv) merumuskan rencana tindak lanjut untuk perbaikan aksesibilitas dan tata kelola layanan. Kerangka ini sejalan dengan upaya penguatan pendidikan tenaga kesehatan untuk mewujudkan inklusi disabilitas dalam sistem kesehatan serta meningkatkan kompetensi dalam menerapkan *reasonable adjustments* pada layanan kesehatan (Smythe et al., 2023).

Berdasarkan kesenjangan tersebut, kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat (PKM) berupa pelatihan pengembangan inklusif disabilitas dengan pendekatan *Disability Inclusive Development* (DID) di rumah sakit Kabupaten Lamongan dirancang untuk menjawab kebutuhan praktis sekaligus memberikan kontribusi terhadap penguatan kapasitas layanan kesehatan yang inklusif. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman konseptual staf rumah sakit mengenai disabilitas berbasis *social model*, meningkatkan keterampilan komunikasi dan etika interaksi dengan berbagai ragam disabilitas, mengidentifikasi hambatan layanan yang bersifat kultural, struktural, informasi, dan institusional, serta merumuskan rencana tindak lanjut perbaikan layanan yang kontekstual dan dapat direplikasi.

METODE PELAKSANAAN

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat (PKM) ini menggunakan pendekatan partisipatif berbasis *Disability Inclusive Development* (DID) dengan model pelatihan *training-simulation-reflection*. Pendekatan ini dipilih untuk memastikan bahwa peningkatan kapasitas sumber daya manusia (SDM) rumah sakit tidak hanya bersifat kognitif, tetapi juga aplikatif dan kontekstual sesuai

dengan kebutuhan layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas (Dariani et al., 2025).

Lokasi dan Subjek Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan di rumah sakit di Kabupaten Lamongan, Provinsi Jawa Timur, bertempat di aula dan area layanan rumah sakit. Subjek kegiatan terdiri atas 33 staf rumah sakit yang mewakili unsur struktural dan fungsional, meliputi pimpinan, tenaga medis, tenaga keperawatan, staf administrasi, tenaga farmasi, petugas keamanan, serta petugas layanan penunjang. Pemilihan peserta lintas unit bertujuan untuk memastikan bahwa pendekatan inklusif dapat diterapkan secara menyeluruh pada seluruh rantai layanan kesehatan.

Selain staf rumah sakit, kegiatan ini juga melibatkan organisasi penyandang disabilitas sebagai fasilitator dan *co-facilitator* yang berperan aktif dalam penyampaian materi, simulasi layanan, dan evaluasi praktik. Keterlibatan tersebut merupakan strategi penting untuk memastikan bahwa perspektif *lived experience* penyandang disabilitas terintegrasi dalam proses pembelajaran.

Tahapan Pelaksanaan Kegiatan

Metode pelaksanaan PKM dibagi ke dalam empat tahapan utama sebagai berikut.

1. Tahap Persiapan
Tahap persiapan meliputi koordinasi dengan manajemen rumah sakit, pemetaan awal kebutuhan layanan disabilitas, serta penyusunan materi pelatihan berbasis DID. Materi dirancang mencakup: (1) konsep dasar disabilitas dan pergeseran paradigma dari *medical model* ke *social model*; (2) hak penyandang disabilitas dalam layanan kesehatan; (3) identifikasi hambatan layanan; serta (4) prinsip komunikasi dan etika berinteraksi dengan ragam disabilitas. Selain itu, disiapkan instrumen *pre-test* dan *post-test* untuk mengukur perubahan pemahaman peserta, serta panduan diskusi kelompok dan simulasi layanan.
2. Tahap Pelatihan Teoretis
Tahap ini dilakukan melalui metode ceramah interaktif dan diskusi, dengan narasumber yang memiliki pengalaman langsung dalam isu disabilitas dan layanan kesehatan. Materi pelatihan menekankan pemahaman konsep DID, *universal design*, serta tanggung jawab institusi layanan kesehatan dalam menciptakan lingkungan fisik dan layanan yang inklusif. Diskusi interaktif digunakan untuk menggali pengalaman peserta dalam melayani pasien penyandang disabilitas dan mengaitkannya dengan praktik layanan sehari-hari.
3. Tahap Diskusi Kelompok dan Identifikasi Hambatan

Peserta dibagi ke dalam beberapa kelompok diskusi untuk mengidentifikasi hambatan layanan disabilitas di lingkungan kerja masing-masing. Diskusi difokuskan pada empat kategori hambatan, yaitu hambatan kultural, struktural, informasi, dan institusional. Setiap kelompok diminta merumuskan perubahan yang dapat dilakukan dalam jangka pendek serta rencana tindak lanjut (RTL) yang realistis dan kontekstual. Hasil diskusi menjadi dasar evaluasi kondisi layanan dan rekomendasi perbaikan.

4. Tahap Simulasi dan Praktik Layanan

Tahap praktik dilakukan melalui simulasi layanan kesehatan dengan melibatkan penyandang disabilitas sebagai pemeran pasien. Simulasi dilaksanakan di berbagai titik layanan rumah sakit, mulai dari pintu masuk, pendaftaran, kasir, poli, hingga farmasi. Metode ini bertujuan untuk menguji secara langsung kesiapan fasilitas, alur layanan, serta kemampuan komunikasi dan interaksi staf rumah sakit. Setelah simulasi, dilakukan sesi evaluasi reflektif yang dipandu fasilitator untuk membahas temuan lapangan, kesulitan yang dihadapi, serta praktik baik yang sudah berjalan. Evaluasi ini menekankan prinsip bantuan yang aman, nyaman, dan tidak mengganggu alur kerja layanan kesehatan.

Teknik Pengumpulan dan Analisis Data

Data kegiatan dikumpulkan melalui beberapa teknik, yaitu: (1) hasil *pre-test* dan *post-test* untuk mengukur peningkatan pemahaman peserta; (2) catatan diskusi kelompok terfokus; (3) observasi langsung selama simulasi layanan; dan (4) dokumentasi kegiatan. Data dianalisis secara deskriptif kualitatif untuk menggambarkan perubahan pemahaman, identifikasi hambatan layanan, serta respons peserta terhadap pendekatan pelatihan DID.

Luaran Kegiatan

Luaran utama kegiatan PKM ini meliputi: (1) peningkatan pemahaman dan keterampilan staf rumah sakit dalam berinteraksi dengan penyandang disabilitas; (2) pemetaan hambatan layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas; (3) rekomendasi perbaikan layanan berbasis DID; serta (4) model pelatihan dan simulasi layanan disabilitas yang bersifat aplikatif dan replikatif untuk diterapkan di fasilitas layanan kesehatan lainnya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Peningkatan Pemahaman Peserta Berdasarkan Pre-test dan Post-test

Hasil evaluasi kuantitatif melalui *pre-test* dan *post-test* menunjukkan adanya peningkatan signifikan pemahaman peserta terkait konsep

disabilitas, hak penyandang disabilitas, serta prinsip layanan kesehatan inklusif. Sebelum pelatihan, sebagian besar peserta menunjukkan tingkat pemahaman yang rendah hingga sedang, khususnya pada aspek komunikasi dengan ragam disabilitas, etika interaksi, dan pemahaman hambatan sistemik. Hal ini tercermin dari skor *pre-test* yang pada banyak indikator berada pada rentang nilai 1–5 pada Tabel 1 berikut:

Tabel 1. Hasil Pre-test dan Post-test

No	Nama	Pre-test	Post-test	Kenaikan Nilai
		Rata-rata Skor		
1	Ahmad Faqih F	26	48	22
2	Wiwik Muanah	21	47	26
3	Kacung Arwanto	15	45	30
4	M. Purnomo	30	45	15
5	Roni Pribadi	31	48	17
6	Novianto	17	45	28
7	M. Amin M	27	43	16
8	Tri Y	28	49	21
9	Bambang S.	32	44	12
10	Lutfi Susanti	27	46	19
11	Mugiyanti	22	47	25
12	Yuni Purwanti H	23	47	24
13	Desy A.W.	25	48	23
14	Ida Mubaidah	24	43	19
15	Mahendra	24	44	20
16	Mei Indrianti	24	47	23
17	Diah Sri Lestari	22	45	23
18	Endo Hero	23	48	25
19	Dyas Triana P.S.	21	45	24
20	Casemix	21	45	24
21	NN	21	48	27
22	Herman Hidayat	23	45	22
23	Betty Lukiatie	23	46	23
24	Teguh Gunanto	33	47	14
25	Mahmudah	32	47	15
26	Agus Sugiarto	22	48	26
27	Tian	14	43	29
28	Syamsul Arifin	15	46	31
29	Dr. Dewi	23	47	24
30	Ahmad	23	48	25
31	Dr. Nervi	25	46	21
32	M. Arifin	23	47	24
33	Maratus Syafi'ah	23	48	25

Setelah mengikuti rangkaian pelatihan, diskusi, dan simulasi, skor *post-test* peserta meningkat secara konsisten pada hampir seluruh indikator penilaian. Mayoritas peserta mencapai skor 4–5 pada *post-test*, yang menunjukkan peningkatan pemahaman yang substansial. Peningkatan ini menandakan bahwa pendekatan pelatihan berbasis *Disability Inclusive Development* (DID) efektif dalam memperkuat kapasitas kognitif dan afektif staf rumah sakit dalam memahami isu disabilitas. Pola peningkatan ini mengindikasikan bahwa proses pembelajaran yang tidak hanya bersifat ceramah, tetapi juga melibatkan diskusi reflektif dan pengalaman

langsung, mampu mendorong internalisasi nilai inklusivitas secara lebih mendalam dibandingkan metode pelatihan konvensional.

Temuan Diskusi Kelompok: Pemetaan Hambatan Layanan



Gambar 1. Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok terfokus menghasilkan pemetaan hambatan layanan yang relatif seragam antarunit kerja. Hambatan kultural muncul dalam bentuk rendahnya sensitivitas petugas terhadap kebutuhan penyandang disabilitas, asumsi bahwa pasien disabilitas selalu datang dengan pendamping, serta stigma implisit yang memandang disabilitas sebagai beban layanan. Hambatan struktural mencakup desain fisik yang belum aksesibel, seperti kemiringan *ramp* yang terlalu curam, meja pendaftaran yang terlalu tinggi, toilet yang tidak ramah kursi roda, serta ketiadaan jalur pemandu (*guiding block*).

Selain itu, hambatan informasi teridentifikasi pada sistem komunikasi layanan yang belum mengakomodasi kebutuhan pasien tuli dan netra, seperti pemanggilan pasien yang hanya berbasis suara atau tidak adanya penanda visual dan taktil. Hambatan institusional muncul dalam bentuk belum terintegrasinya perspektif disabilitas ke dalam kebijakan operasional dan SOP rumah sakit secara konsisten.

Hasil Simulasi dan Praktik Layanan



Gambar 2. Simulasi

Simulasi layanan yang dilakukan di berbagai titik layanan rumah sakit mengungkap kesenjangan antara pemahaman konseptual dan praktik layanan sehari-hari. Pada simulasi pelayanan pasien netra, ditemukan bahwa pendampingan sering kali dilakukan secara berlebihan oleh petugas keamanan, sehingga berpotensi mengganggu tugas utama petugas dan alur layanan lainnya. Hal ini menunjukkan perlunya prinsip bantuan yang terukur dan berbasis estafet informasi antarunit.

Pada simulasi pasien tuli dan wicara, hambatan utama muncul pada komunikasi, terutama ketika petugas menggunakan masker atau berbicara sambil menunduk sehingga pasien tidak dapat membaca gerak bibir. Sementara itu, simulasi pasien pengguna kursi roda menunjukkan bahwa desain meja pendaftaran dan loket farmasi yang terlalu tinggi menyebabkan ketidaknyamanan baik bagi pasien maupun petugas, sehingga pelayanan harus dilakukan dengan cara improvisasi yang tidak efisien. Evaluasi reflektif pasca simulasi menghasilkan kesadaran kolektif peserta bahwa hambatan layanan bukan disebabkan oleh keterbatasan individu penyandang disabilitas, melainkan oleh sistem layanan yang belum sepenuhnya inklusif.

Pembahasan

Hasil kegiatan PKM ini menunjukkan bahwa pendekatan pelatihan DID yang mengintegrasikan aspek kognitif, afektif, dan psikomotorik mampu meningkatkan pemahaman dan sensitivitas staf rumah sakit terhadap isu disabilitas secara signifikan. Peningkatan skor post-test menguatkan temuan sebelumnya bahwa pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan merupakan instrumen strategis dalam membangun sistem layanan kesehatan yang inklusif (Kuper et al., 2024).

Temuan diskusi kelompok dan simulasi layanan mengonfirmasi relevansi *social model of disability*, di mana hambatan utama berada pada desain lingkungan fisik dan sistem sosial layanan, bukan pada kondisi individu penyandang disabilitas. Hal ini sejalan dengan literatur yang menekankan bahwa penerapan prinsip *universal design* dan *reasonable accommodation* tidak hanya meningkatkan akses bagi penyandang disabilitas, tetapi juga meningkatkan kenyamanan dan keselamatan seluruh pengguna layanan (Hedvall et al., 2025b).



Gambar 3. Simulasi

Selain itu, hasil kegiatan ini juga menunjukkan adanya perubahan pengetahuan yang terukur secara kuantitatif pada peserta pelatihan. Berdasarkan hasil pretest dan posttest terhadap 33 peserta lintas unit layanan rumah sakit, terjadi peningkatan skor pemahaman yang signifikan dari kategori rendah–sedang (rata-rata skor 2–3) menjadi kategori tinggi (rata-rata skor 4–5). Secara agregat, peningkatan pemahaman peserta mencapai ± 60 –75% pada hampir seluruh indikator, terutama pada aspek pemahaman konsep disabilitas berbasis *social model*, etika dan komunikasi interaksi dengan ragam disabilitas, serta kesadaran terhadap hambatan sistemik dalam layanan kesehatan. Peningkatan ini menunjukkan bahwa intervensi pelatihan berbasis DID tidak hanya efektif dalam meningkatkan aspek kognitif, tetapi juga mampu memperkuat dimensi afektif peserta dalam memahami pentingnya layanan kesehatan yang inklusif.

Keunggulan utama kegiatan ini dibandingkan pelatihan konvensional adalah penggunaan simulasi layanan nyata yang melibatkan penyandang disabilitas sebagai aktor utama (Umar et al., 2025). Pendekatan ini memungkinkan peserta mengalami secara langsung tantangan layanan, sehingga mendorong pembelajaran reflektif dan perubahan sikap yang lebih mendalam. Temuan ini konsisten dengan studi (Smythe et al., 2024) yang menyatakan bahwa pelatihan yang dikembangkan bersama penyandang disabilitas lebih efektif dalam meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan.

Selain itu, hasil kegiatan menegaskan pentingnya integrasi antara pelatihan SDM dan perbaikan sistemik melalui kebijakan dan SOP (Fauzi et al., 2025). Tanpa dukungan kebijakan institusional, peningkatan kapasitas individu berpotensi tidak berkelanjutan. Oleh karena itu, rekomendasi tindak lanjut berupa sosialisasi berkala, pembaruan SOP, serta audit aksesibilitas menjadi langkah strategis

untuk memastikan keberlanjutan layanan kesehatan inklusif di Rumah Sakit Kabupaten Lamongan. Secara keseluruhan, hasil dan pembahasan ini menunjukkan bahwa model PKM berbasis DID tidak hanya efektif dalam meningkatkan pemahaman staf, tetapi juga mampu mengidentifikasi celah layanan secara komprehensif dan menghasilkan rekomendasi yang aplikatif serta replikatif untuk fasilitas layanan kesehatan lainnya (Krisna et al., 2025).

Kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat (PKM) berupa pelatihan *Disability Inclusive Development (DID)* bagi staf Rumah Sakit Kabupaten Lamongan terbukti efektif dalam meningkatkan pemahaman, sikap, dan kesadaran peserta terhadap isu disabilitas dan layanan kesehatan inklusif. Hasil pre-test dan post-test menunjukkan peningkatan signifikan pemahaman peserta pada aspek konsep disabilitas berbasis *social model*, etika dan komunikasi interaksi dengan ragam disabilitas, serta tanggung jawab sistem layanan kesehatan dalam menghilangkan hambatan akses.

Temuan diskusi kelompok dan simulasi layanan mengungkap bahwa hambatan utama layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas bersifat multidimensional, mencakup hambatan kultural, struktural, informasi, dan institusional. Simulasi praktik layanan memperkuat pemahaman bahwa keterbatasan bukan berasal dari individu penyandang disabilitas, melainkan dari desain sistem dan lingkungan layanan yang belum sepenuhnya inklusif (Imransyah et al., 2023). Dengan demikian, pendekatan DID yang mengintegrasikan pelatihan SDM, evaluasi praktik layanan, dan refleksi berbasis pengalaman langsung terbukti relevan dan aplikatif untuk mendorong transformasi layanan kesehatan yang komprehensif dan inklusif. Secara keseluruhan, kegiatan ini memberikan bukti praktik (*practice-based evidence*) bahwa model PKM berbasis DID dapat menjadi instrumen strategis dalam memperkuat mutu layanan kesehatan, sekaligus menjadi model intervensi yang berpotensi direplikasi di fasilitas layanan kesehatan lain, khususnya di tingkat daerah.

Dalam konteks konseptual, pergeseran dari *medical model of disability* menuju *social model of disability* menjadi fondasi penting dalam pengembangan layanan kesehatan inklusif (Marin, 2010). *Medical model* memandang disabilitas sebagai masalah individual yang harus "disembuhkan" atau "dikoreksi", sedangkan *social model* menekankan bahwa keterbatasan muncul akibat interaksi antara individu dan lingkungan yang tidak ramah disabilitas (Wolbring & Deloria, 2024). Kegiatan pelatihan di rumah sakit Kabupaten Lamongan secara eksplisit mengangkat pergeseran paradigma ini, serta menegaskan bahwa tanggung jawab inklusivitas berada pada sistem dan penyedia

layanan, bukan semata pada individu penyandang disabilitas (Wibowo, 2024).



Gambar.4 Kegiatan Pelatihan

Keberhasilan kegiatan ini juga dapat diukur melalui beberapa indikator utama, yaitu meningkatnya skor post-test secara konsisten pada seluruh peserta, meningkatnya kemampuan peserta dalam mengidentifikasi hambatan layanan di unit kerja masing-masing, serta munculnya kesadaran kolektif mengenai pentingnya perubahan sistem layanan yang lebih inklusif (Rasyid et al., 2024). Selain itu, kemampuan peserta dalam merumuskan rekomendasi perbaikan layanan berbasis hasil diskusi dan simulasi menjadi indikator bahwa pelatihan tidak hanya menghasilkan pemahaman, tetapi juga mendorong kapasitas *problem solving* yang kontekstual (Aprianti et al., 2025).

Secara empiris, pelatihan DID di rumah sakit Lamongan mengungkap berbagai hambatan nyata yang dihadapi penyandang disabilitas dalam mengakses layanan kesehatan, yang terklasifikasi ke dalam hambatan kultural, struktural, informasi, dan institusional. Hambatan tersebut mencakup rendahnya sensitivitas dan pengetahuan staf terhadap etika interaksi dengan penyandang disabilitas, desain fasilitas yang belum memenuhi prinsip aksesibilitas (misalnya kemiringan *ramp* yang terlalu curam dan meja pendaftaran yang terlalu tinggi), keterbatasan sistem komunikasi layanan, serta belum terintegrasinya perspektif disabilitas ke dalam kebijakan dan SOP rumah sakit (Manship et al., 2024).

Secara teoretis, temuan ini dapat dijelaskan melalui pendekatan teori perilaku kesehatan, khususnya model *Knowledge-Attitude-Practice (KAP)* dan *Theory of Planned Behavior (TPB)*. Peningkatan pengetahuan (*knowledge*) yang diperoleh melalui pelatihan menjadi dasar terbentuknya perubahan sikap (*attitude*) terhadap penyandang disabilitas, yang selanjutnya memengaruhi niat (*intention*) dan perilaku pelayanan (*practice*) yang lebih inklusif (Opprecht et al., 2025). Dalam konteks ini, simulasi layanan yang melibatkan pengalaman langsung

berperan dalam meningkatkan *perceived behavioral control* dan *subjective norms*, sehingga memperkuat kesiapan peserta dalam mengimplementasikan perilaku pelayanan yang lebih responsif. Dengan demikian, integrasi antara pembelajaran kognitif, pengalaman praktis, dan refleksi menjadi faktor kunci dalam mendorong perubahan perilaku tenaga kesehatan menuju layanan yang lebih adil, inklusif, dan berorientasi pada kebutuhan pasien (Propiona, 2023). Temuan ini konsisten dengan hasil kajian internasional yang menyatakan bahwa hambatan multidimensi masih menjadi tantangan utama dalam implementasi layanan kesehatan inklusif (Dewi & Wibowo, 2020).

KESIMPULAN

Pelatihan DID bagi 33 staf RS Kabupaten Lamongan efektif meningkatkan pemahaman layanan kesehatan inklusif, dengan kenaikan skor pemahaman sekitar 60–75% (dari kategori 2–3 menjadi 4–5), terutama pada konsep *social model*, etika komunikasi, dan kesadaran terhadap hambatan sistemik. Diskusi dan simulasi menegaskan bahwa hambatan layanan bersifat multidimensional, mencakup aspek kultural, struktural, informasi, dan institusional, yang bersumber dari sistem layanan, bukan dari individu penyandang disabilitas. Direkomendasikan pelatihan berkala yang melibatkan penyandang disabilitas sebagai mitra, integrasi perspektif disabilitas ke dalam kebijakan dan SOP, serta audit aksesibilitas berbasis *universal design*, sehingga model ini dapat direplikasi pada fasilitas kesehatan lain di tingkat daerah.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Muhammadiyah Lamongan. Apresiasi juga diberikan kepada Rumah Sakit Muhammadiyah Babat selaku mitra pelaksana atas kerja sama, fasilitasi, dan dukungan operasional selama proses perencanaan hingga evaluasi kegiatan, sehingga program dan luaran ilmiah ini dapat terwujud.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, S., Anugrah, A., Ardiansyah, A. W., & Wibowo, R. (2026). *Pendampingan Manajemen Operasional Serta Keuangan UMKM Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Pada Hotel Boegenville Lamongan*. 4(3), 16831–16837.
- Akhmad Fauzi, Meki Polandia, Rani Wahyeni, N. F. (2025). *Gerakan Kampus Peduli: Sinergi Mahasiswa Dan Dosen Untuk Masyarakat Berdaya*.
- Aprianti, S. N., Surya, P., Nugroho, S. A., Firmansyah,

- Y., & Koip, J. (2025). *Pembentukan Model PKM Terpadu Berbasis Kebutuhan Masyarakat*.
- Azizatunnisa, L., Rotenberg, S., Shakespeare, T., Singh, S., & Smythe, T. (2024). Health-Worker Education For Disability Inclusion In Health. *The Lancet*, 403(10421), 11–13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02707-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02707-1)
- Dewi, N. N., & Wibowo, R. (2020). The Effect Of Leadership Style, Organizational Culture And Motivation On Employee Performance. *Management Science Letters*, 2037–2044. <https://doi.org/10.31004/https://doi.org/10.3105267/J.Msl.2020.2.0081967/Jp.m.V6i1.1684jerk.V4i3.4833>
- Hayati, R. N., Novita, D., & Wibowo, R. (2026). *The Impact Of Human Resource Management Practices On Operational Performance At Ginta Cargo Lombok*. 5(4), 143–154. <https://doi.org/10.35912/Sakm.an.V5i4.5679>
- Hedvall, P.-O., Ståhl, A., & Iwarsson, S. (2025a). Accessibility, Usability And Universal Design – Still Confusing? Harmonisation Of Key Concepts Describing Person-Environment Interaction To Create Conditions For Participation. *Disability And Rehabilitation*, 47(25), 6750–6759. <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2491831>
- Hedvall, P.-O., Ståhl, A., & Iwarsson, S. (2025b). Accessibility, Usability And Universal Design – Still Confusing? Harmonisation Of Key Concepts Describing Person-Environment Interaction To Create Conditions For Participation. *Disability And Rehabilitation*, 47(25), 6750–6759. <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2491831>
- Imransyah Nuning Nurna Dewi, R. W. (2023). Organizational Culture. Leadership Style And Organizational Culture. "Ovidius" *University Annals, Economic Sciences Series*, 12(2), 933–936. <http://stec.univ-ovidius.ro/html/anale/ENG/Cuprins>
- Krisna, A. L., Faizah, E. N., Rosiawan, R. W., & Wibowo, R. (2025). Kualitas Pelayanan, Word Of Mouth, Dan Kepuasan Konsumen: Perspektif Industri Perhotelan Modern. *Jurnal Education And Development*, 13(3), 443–447. <https://doi.org/10.37081/Ed.V13i3.7555>
- Kuper, H., Azizatunnisa', L., Gatta, D. R., Rotenberg, S., Banks, L. M., Smythe, T., & Heydt, P. (2024). Building Disability-Inclusive Health Systems. *The Lancet Public Health*, 9(5), E316–E325. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00042-2)
- Latifaturrohmah, H., Zulistian, N. W., Amanah, H., & Wibowo, R. (2026). *Penguatan Legalitas Usaha Dan Standar Operasional Prosedur (SOP) Serta Optimalisasi Media Sosial Pada UMKM " Es Teller Suka Cita ."* 4(4), 23051–23057.
- Manship, S., Hatzidimitriadou, E., Moore, J., Stein, M., Towse, D., & Smith, R. (2024). The Experiences And Perceptions Of Health-Care Professionals Regarding Assistive Technology Training: A Systematic Review. *Assistive Technology*, 36(2), 123–146. <https://doi.org/10.1080/10400435.2023.2219294>
- Marin, P. (2010). *Partenariats Public-Privé Pour Les Services D'eau Urbains: Bilan Des Expériences Dans Les Pays En Développement*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8506-7>
- Ong, N., Boulton, K., Milne, J., Tomsic, G., Guastella, A., Silove, N., Weise, J., Long, J., Walton, M., & Burgess, A. (2025). Identifying Patient Safety Competencies For Healthcare Staff Treating Children And Young People With Intellectual Disability In Hospitals: A Delphi Study. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 38(1). <https://doi.org/10.1111/Jar.13329>
- Opprecht, G., Da Rocha Rodrigues, S., & Rivas Velarde, M. (2025). Adapting Nursing Education To Improve Care For Persons With Disabilities: A Systematic Review Of Curriculum Changes And Training Effectiveness. *BMC Nursing*, 24(1), 1257. <https://doi.org/10.1186/S12912-025-03894-0>
- Propiona, J. K. (2023). Has Inclusive Health Access In Jakarta'S Public Health Center Been Fulfilled? *Indonesian Journal Of Health Administration*, 11(2), 311–321. <https://doi.org/10.20473/Jaki.V11i2.2023.311-321>
- Puji Dariani, Suyitno Suyitno, & Rudi Wibowo. (2025). Analisis Penerapan Kepemimpinan Visioner Terhadap Performa Pegawai Pada Sekretariat Daerah Kabupaten Lamongan. *Jurnal Akuntansi, Ekonomi Dan Manajemen Bisnis*, 5(2), 761–770. <https://doi.org/10.55606/Jaemb.V5i2.7029>
- Rasyid, A. R., Wibowo, R., Bait, J. F., & Octavianunisa, W. (2024). HOW WORKLOAD INFLUENCES PERFORMANCE IN RELATION TO WORK EXPERIENCE AND JOB SATISFACTION. *International Conference Of Business And Social Sciences*, 988–1001. <https://doi.org/10.24034/Icobuss.V4i1.582>
- Smythe, T., Ssemata, A. S., Slivesteri, S., Mbazzi, F. B., & Kuper, H. (2023). *Developing A Training On Disability For Healthcare Workers In Uganda: A Mixed Methods Study*. <https://doi.org/10.1101/2023.07.25.23293148>
- Smythe, T., Ssemata, A. S., Slivesteri, S., Mbazzi, F. B., & Kuper, H. (2024). Co-Development Of A Training Programme On Disability For Healthcare Workers In Uganda. *BMC Health Services Research*, 24(1), 418. <https://doi.org/10.1186/S12913-024-10918-Z>
- Umar, N. E., Faizah, E. N., Wibowo, R., & Majid, A. (2025). Strategi Manajemen Sdm Berbasis Analisis Swot Dalam Meningkatkan Kinerja

- Karyawan Pada Cv Cendana. *Jurnal Lentera Bisnis*, 14(2), 2159–2168.
<https://doi.org/10.34127/Jrlab.V14i2.1591>
- WHO. (2022). Global Report On Health Equity For Persons With Disabilities. In *World Health Organization*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.2471/9789240049395>
- Wibowo, R. (2024). *Human Relations, Promoting Position, And Work Environment On Employee Performance*. 877–890.
- Wibowo, R., Majid, A., Wahidatul, F., & Aziz, A. (2025). Sinergi Implementasi K3 (ISO 45001:2018) Dan Beban Kerja: Pengaruhnya Terhadap Output Kinerja Karyawan. *ECO-BUILD; Economy Bring Ultimate Information All About Development Journal*, 9(1), 39–48.
<https://doi.org/10.35915/Ej.V9i1.951>
- Wolbring, G., & Deloria, R. (2024). *Health Equity And Health Inequity Of Disabled People : A Scoping Review*.<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/Su16167143>