

Asesmen Pengetahuan dan Pemahaman terkait HIV pada Penyandang Disabilitas di 8 Wilayah

MARET 2024

THERESIA PUSPOARUM KUSUMOPUTRI | EDWIN
SUTAMTO | DENI WIDODO | VERDINAND HERYADI
TEDJA | IGNATIUS PRAPTORAHARJO



1. PUI-PT PUSAT PENELITIAN HIV AIDS: PUSAT UNGGULAN KENIJAKAN KESEHATAN DAN INOVASI SOSIAL, UNIVERSITAS KATOLIK INDONESIA ATMA JAYA
2. AMERTA REKSA KAYANA



DIDUKUNG OLEH UNAIDS
INDONESIA

DAFTAR ISI

SINGKATAN DAN AKRONIM	0
RINGKASAN EKSEKUTIF	1
BAGIAN 1: PENDAHULUAN	4
LATAR BELAKANG	4
TUJUAN	5
METODOLOGI	5
KAJIAN LITERATUR	5
SURVEI.....	6
PROSEDUR PENGUMPULAN DATA.....	7
ETIKA	9
PROSEDUR ANALISIS	9
BAGIAN 2: DISABILITAS DALAM KONTEKS HIV	10
BAGIAN 3: HASIL SURVEI	13
HASIL REKRUTMEN	13
KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI	14
Jenis Kelamin.....	14
Tingkat Pendidikan.....	14
Status Memiliki Pasangan Tetap	15
Ragam Disabilitas	15
Pengalaman Bekerja & Jumlah Pendapatan	17
Kepemilikan KTP & Jaminan Kesehatan	18
Status Tempat Tinggal dan Teman Tinggal	18
INFORMASI & PENGETAHUAN HIV	19
Sumber Informasi HIV	20
Pengetahuan Komprehensif HIV.....	21
Persepsi terkait Pencegahan, Tes, dan Pengobatan HIV.....	23
SIKAP TERHADAP HIV	24
PERILAKU BERISIKO HIV	27
Perilaku seks	27
Perilaku Konsumsi NAPZA	31
Persepsi Risiko	31
PERILAKU Mencari Kesehatan dan Tes HIV	32
KELAYAKAN INTERVENSI HIV	35
FAKTOR PENDUKUNG DAN PENGHAMBAT AKSES TERHADAP LAYANAN TERKAIT HIV	37
BAGIAN 4: DISKUSI & KESIMPULAN	40
DISKUSI	40
KESIMPULAN	45
BAGIAN 5: REKOMENDASI	47
BENTUK INTERVENSI	48
Intervensi Pemberian Informasi HIV	48
Intervensi Pemberian Layanan HIV	49
IMPLEMENTASI INTERVENSI	50
DAFTAR PUSTAKA	52

DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

Tabel 1. Domain dan Tipe Informasi Kuesioner	7
Gambar 1. Nilai tengah (median) usia responden	13
Gambar 2. Jenis kelamin responden	14
Gambar 3. Tingkat pendidikan responden	15
Gambar 4. Status pasangan tetap responden	15
Gambar 5. Ragam disabilitas responden	16
Gambar 6. Jumlah ragam disabilitas responden	16
Gambar 7. Nilai tengah (median) usia menyandang Disabilitas	17
Gambar 8. Status bekerja responden	17
Gambar 9. Pendapatan responden sebulan terakhir	18
Gambar 10. Status kepemilikan KTP dan Jaminan Kesehatan	18
Gambar 11. Jenis tempat tinggal responden	19
Gambar 12. Tinggal bersama	19
Gambar 13. Pernah mendengar / mengetahui istilah HIV	20
Gambar 14. Sumber informasi HIV	20
Gambar 15. Memiliki pengetahuan komprehensif HIV	21
Tabel 2. Butir pertanyaan pengetahuan komprehensif HIV	21
Tabel 3. Uji Chi-square Keterpaparan Informasi HIV dengan Pengetahuan Komprehensif HIV	23
Gambar 16. Persepsi tentang pencegahan HIV	23
Gambar 17. Persepsi tentang tes dan pengobatan HIV	24
Gambar 18. Nilai rata-rata sikap terhadap Orang dengan HIV	24
Gambar 19. Sikap positif terhadap Orang dengan HIV	25
Gambar 20. Hubungan pengetahuan komprehensif HIV dengan sikap positif terhadap ODHIV	26
Tabel 4. Uji t-test Sikap terhadap HIV Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Komprehensif HIV	26
Gambar 21. Pengalaman Berhubungan Seks	27
Gambar 22. Rata-rata usia pertama kali berhubungan seks	27
Gambar 23. Pasangan Seks Berdasarkan Gender	28
Gambar 24. Pengalaman dipaksa melakukan hubungan seks	28
Gambar 25. Pelaku pemaksaan hubungan seks	29
Gambar 26. Jenis Pasangan Seks	29
Gambar 27. Jumlah Jenis Pasangan Seks	30
Gambar 28. Pengalaman pernah menggunakan kondom	30
Gambar 29. Pengalaman pernah menggunakan kondom berdasarkan jenis pasangan	31
Gambar 30. Perilaku penggunaan alkohol dan penggunaan Napza	31
Gambar 31. Merasa berisiko tertular HIV	32
Gambar 32. Alasan Merasa Berisiko Terinfeksi HIV	32
Gambar 33. Akses layanan kesehatan 1 tahun terakhir	33
Gambar 34. Pengalaman Tes HIV	33
Gambar 35. Alasan tes HIV	34
Gambar 36. Terakhir tes HIV dan lokasi tes HIV	34
Gambar 37. Hasil tes HIV	35
Gambar 38. Persetujuan terhadap penyediaan informasi HIV bagi penyandang disabilitas	36
Gambar 39. Persetujuan terhadap bentuk Layanan HIV Bagi Penyandang Disabilitas	37
Tabel 4. Uji chi-square variabel terkait demografi dengan tes HIV	37
Tabel 5. Uji chi-square variabel terkait informasi dan pengetahuan HIV dengan tes HIV	39
Tabel 6. Uji chi-square variabel terkait risiko HIV dengan tes HIV	39
Gambar 40. Kerangka Kerja Intervensi HIV bagi Penyandang Disabilitas	48

SINGKATAN DAN AKRONIM

AIDS	:	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ART	:	<i>Antiretroviral Therapy</i>
ARV	:	<i>Anti-Retroviral</i>
BPJS	:	Badang Penyelenggara Jaminan Sosial
BPS	:	Badan Pusat Statistik
CRPD	:	<i>The Convention on the Rights of Persons with Disabilities</i>
Faskes	:	<i>Fasilitas Kesehatan / Health facilities</i>
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICF	:	<i>The International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
KDS	:	Kelompok Dukungan Sebaya
KIE	:	Komunikasi, Informasi, Edukasi
KTP	:	Kartu Tanda Penduduk
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
Nakes	:	Tenaga Kesehatan
ODHIV	:	Orang dengan HIV
Riskesdas	:	Riset Kesehatan Dasar
RS	:	Rumah Sakit
Susenas	:	Survei Sosial Ekonomi Nasional
UU	:	Undang-Undang
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

RINGKASAN EKSEKUTIF

Meskipun data terkait HIV pada penyandang disabilitas sangat terbatas, namun semakin banyak bukti yang menunjukkan bahwa mereka cenderung mengalami faktor-faktor yang membuat mereka berisiko tertular HIV dibandingkan dengan non-disabilitas. Penyandang disabilitas berisiko terinfeksi HIV karena berbagai alasan, di antaranya adalah kurang dianggap sebagai prioritas atau mungkin tidak diberikan materi pendidikan dan informasi, serta layanan HIV yang mudah diakses.

Asesmen awal ini bertujuan untuk membantu menyediakan bukti dalam pengembangan kebijakan penguatan layanan HIV di Indonesia. Secara khusus, tujuan asesmen ini adalah:

1. Memetakan pengetahuan, persepsi, dan faktor risiko HIV pada penyandang disabilitas
2. Menggali faktor-faktor yang mendukung dan menghambat aksesibilitas penyandang disabilitas ke layanan pencegahan, perawatan, dan dukungan terkait HIV
3. Mengidentifikasi kebutuhan spesifik layanan HIV untuk penyandang disabilitas

Asesmen ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kajian literatur untuk menjawab tujuan penelitian. Pendekatan kuantitatif dirancang untuk bisa mendapatkan gambaran secara umum mengenai pengetahuan, sikap, dan perilaku terkait risiko HIV pada penyandang disabilitas yang diturunkan ke dalam tujuh domain, yaitu 1) Karakteristik demografi; 2) Pengetahuan HIV; 3) Sikap terhadap HIV; 4) Perilaku berisiko HIV; 5) Keterpaparan terhadap layanan HIV; 6) Perilaku mencari kesehatan termasuk HIV; 7) Kelayakan strategi HIV untuk penyandang disabilitas. Sedangkan kajian literatur digunakan untuk memahami situasi disabilitas dalam konteks HIV.

Pengambilan data berhasil dilakukan kepada 422 responden dalam rentang waktu 20 Desember 2023 s.d. 6 Januari 2024 di 8 kota/kabupaten di Indonesia (Kota Medan, DKI Jakarta, Kota Bandung, Kota Yogyakarta, Kota Surabaya, Kota Denpasar, Kota Makassar, dan Kota/Kabupaten Sorong).

Temuan penting yang perlu menjadi catatan adalah sebagai berikut:

- Proporsi penyandang disabilitas yang melaporkan HIV mencapai 1.9%, angka yang jauh lebih tinggi dibandingkan estimasi prevalensi HIV secara nasional.
- Hanya sepertiga dari responden yang memiliki pemahaman komprehensif HIV, padahal sebagian besar responden menyatakan pernah mendengar istilah HIV dan/atau AIDS.
- Hanya sekitar 16% yang pernah terpapar informasi HIV dari tenaga kesehatan atau penyuluh, padahal hampir 60% responden mengakses layanan kesehatan lebih dari dua kali dalam satu tahun terakhir.

- Sikap positif terhadap HIV masih dalam tataran kognitif dan belum mencapai tataran perilaku. Temuan ini menunjukkan bahwa masih terdapat mispersepsi dari penyandang disabilitas terutama terkait penularan HIV.
- Penyandang disabilitas ditemukan melakukan perilaku berisiko HIV, terutama terkait dengan perilaku seks berisiko. Sepertiga dari responden yang pernah melakukan hubungan seks melaporkan bahwa mereka pernah memiliki pasangan tidak tetap (kasual dan/atau komersial). Sayangnya, hanya 15% dari responden yang pernah melakukan hubungan seks melaporkan pernah menggunakan kondom, terlepas dari tipe pasangan seksualnya.
- Pengalaman kekerasan seksual yang dialami oleh penyandang disabilitas juga perlu menjadi perhatian. Setiap ragam disabilitas melaporkan pernah mengalami pemaksaan hubungan seks, dengan proporsi terbesar di responden tuli. Sebagian besar pelaku pemaksaan hubungan seks (82.8%) dikenal oleh responden dan lebih dari setengahnya berusia lebih tua dari responden.
- Setiap ragam disabilitas merasa berisiko terinfeksi HIV, dengan proporsi paling besar pada responden tuli. Alasan paling banyak merasa berisiko adalah terkait penggunaan kondom dan memiliki pasangan seks lebih dari satu. Sayangnya, hampir 90% responden belum pernah melakukan tes HIV.
- Sebagian besar responden dalam asesmen ini menyatakan bahwa penyandang disabilitas membutuhkan informasi terkait HIV maupun layanan HIV, mulai dari pencegahan sampai pengobatan.
- Hal yang perlu dipertimbangkan dalam pemberian informasi HIV bagi penyandang disabilitas adalah penggunaan bahasa yang sederhana dan penggunaan media yang mudah diakses oleh semua ragam disabilitas. Selain itu, responden menyatakan bahwa penyampaian informasi terkait HIV akan lebih bisa dipercaya jika berasal dari lembaga yang menyediakan layanan HIV.
- Hal yang perlu dipertimbangkan dalam pemberian layanan HIV bagi penyandang disabilitas adalah kapasitas dari tenaga kesehatan untuk setidaknya mampu berkomunikasi dengan penyandang disabilitas, serta sarana dan prasarana yang ramah disabilitas.
- Tidak ada faktor tunggal yang memengaruhi seseorang untuk melakukan tes HIV, meskipun tampaknya persepsi berisiko menjadi pendorong utama seseorang untuk melakukan tes HIV. Keterpaparan terhadap informasi dan pengetahuan komprehensif HIV dapat dimaknai sebagai faktor pendukung karena selain menurunkan stigma dan diskriminasi terhadap HIV, pengetahuan HIV diharapkan dapat membantu individu untuk mengevaluasi risiko kesehatannya dengan lebih tepat.
- Faktor demografi seperti ragam disabilitas, tingkat pendidikan, dan usia, berpotensi menjadi penghambat karena membatasi akses penyandang disabilitas kepada informasi dan intervensi HIV.

Rekomendasi dari hasil asesmen ini berfokus pada dua bentuk intervensi, yaitu pemberian informasi HIV yang inklusif dan memperluas layanan HIV untuk meningkatkan akses penyandang disabilitas di layanan HIV. Dalam melaksanakan kedua intervensi tersebut membutuhkan kerja sama dari berbagai pihak, sehingga rekomendasi dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

A. Kementerian Kesehatan

1. Memastikan implementasi pelayanan kesehatan yang inklusif dengan memfasilitasi kebutuhan berbagai ragam disabilitas
2. Memastikan pemerataan layanan HIV yang inklusif di semua wilayah untuk meningkatkan keterpaparan penyandang disabilitas pada layanan HIV
3. Memasukkan penyandang disabilitas sebagai sasaran program HIV; salah satunya dengan mendorong Dinas Kesehatan untuk mengidentifikasi penyandang disabilitas yang ada di daerahnya sebagai sasaran promosi pencegahan HIV
4. Melakukan peningkatan kapasitas penyedia layanan kesehatan terkait GEDSI

B. Dinas Kesehatan

1. Mengoordinasikan faskes dan LSM yang ada di wilayah masing-masing untuk bisa memberikan pemenuhan kebutuhan informasi dan layanan HIV bagi penyandang disabilitas
2. Melakukan pemantauan terhadap layanan HIV bagi penyandang disabilitas, baik di fasilitas kesehatan maupun LSM
3. Memastikan ketersediaan alat kesehatan (material pencegahan dan tes) dan obat di layanan HIV telah mencakup kebutuhan kelompok penyandang disabilitas

C. Fasilitas Kesehatan

1. Memperkuat promosi HIV di tingkat faskes; misalnya penanggung jawab program HIV dapat melakukan sosialisasi dalam bentuk media cetak, elektronik, ataupun dalam pertemuan bulanan di faskes
2. Memperkuat kapasitas kader dan petugas kesehatan untuk dapat memberikan informasi dan layanan HIV
3. Mendorong penyandang disabilitas untuk tes HIV
4. Memastikan penyandang disabilitas yang HIV positif mendapatkan standar pelayanan HIV yang lengkap

D. LSM/Komunitas Penyandang Disabilitas

1. Melakukan edukasi mengenai HIV pada komunitas penyandang disabilitas dengan bekerja sama dengan LSM HIV; misalnya mengadakan forum-forum diskusi
2. Bekerja sama dengan faskes dan LSM HIV untuk menyelenggarakan layanan HIV

E. LSM HIV

1. Menjadikan penyandang disabilitas sebagai salah satu target sasaran program promosi informasi dan layanan HIV

2. Bekerja sama dengan LSM/komunitas penyandang disabilitas untuk melakukan kegiatan promosi informasi dan layanan HIV dengan mempertimbangkan kebutuhan berbagai karakteristik ragam disabilitas.

BAGIAN 1: PENDAHULUAN

LATAR BELAKANG

Penyandang disabilitas merupakan kelompok rentan di dalam isu HIV, namun selalu luput dari perhatian program. Studi menunjukkan bahwa penyandang disabilitas menjadi salah satu kelompok yang berisiko tinggi dalam isu HIV karena minimnya pengetahuan dan pemahaman terkait HIV.¹ Lebih lanjut, adanya misinformasi bahwa penyandang disabilitas tidak aktif secara seksual semakin menyebabkan mereka termarginalkan dari isu kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk di dalamnya isu HIV.² Pandangan ini menyebabkan penyandang disabilitas tidak dianggap penting untuk mendapatkan informasi terkait HIV, akibatnya media KIE yang tersedia tidak inklusif terhadap penyandang disabilitas (khususnya untuk disabilitas netra dan rungu).³ Tentunya, terbatasnya akses terhadap informasi juga menyebabkan terhambatnya akses terhadap layanan kesehatan, termasuk layanan terkait HIV. Tidak adanya lift, *ramp* (jalur landai), atau *guiding block* (jalan pemandu) merupakan beberapa hambatan terkait infrastruktur yang membatasi akses penyandang disabilitas ke layanan kesehatan.

Minimnya informasi terkait jumlah penyandang disabilitas juga menjadi hambatan untuk mengadvokasi kebutuhan kelompok ini terhadap informasi maupun layanan kesehatan. Data UNAIDS dan WHO menunjukkan bahwa 15% dari penduduk dunia hidup dengan disabilitas.^{4,5} Di Indonesia, perbedaan definisi disabilitas dan metodologi dalam pengumpulan data menyebabkan tersedianya beberapa versi mengenai jumlah penyandang disabilitas. Susenas 2018 yang dilakukan oleh BPS melaporkan bahwa 14,2% penduduk Indonesia hidup dengan disabilitas.⁶ Sementara hasil dari Riskesdas 2018 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan menunjukkan angka prevalensi disabilitas sebesar 22%.⁷ Seluruh data yang tersedia di Indonesia belum memuat disagregasi data terkait kesehatan, khususnya data HIV.

Belum tersedianya data yang mencukupi terkait penyandang disabilitas menghambat penyediaan informasi dan layanan yang inklusif untuk penyandang disabilitas. Studi ini merupakan asesmen awal untuk memahami isu penyandang disabilitas dalam konteks HIV. Asesmen awal ini bertujuan menyediakan bukti dalam pengembangan kebijakan program terkait HIV yang inklusif untuk penyandang disabilitas. Penyediaan informasi dan program terkait HIV yang inklusif terhadap penyandang disabilitas diharapkan dapat mengakhiri kesenjangan untuk mencapai target nasional HIV.

TUJUAN

Asesmen awal ini bertujuan untuk membantu menyediakan bukti dalam pengembangan kebijakan penguatan layanan HIV untuk menjawab kebutuhan penyandang disabilitas.

Secara khusus, tujuan asesmen ini adalah:

1. Memetakan pengetahuan, persepsi, dan faktor risiko HIV pada penyandang disabilitas
2. Menggali faktor-faktor yang mendukung dan menghambat aksesibilitas penyandang disabilitas ke layanan pencegahan, perawatan, dan dukungan terkait HIV
3. Mengidentifikasi kebutuhan spesifik layanan HIV untuk penyandang disabilitas

METODOLOGI

Asesmen ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kajian literatur untuk menjawab tujuan penelitian. Pendekatan kuantitatif dirancang untuk bisa mendapatkan gambaran secara umum mengenai pengetahuan, sikap, dan perilaku terkait risiko HIV pada penyandang disabilitas. Sedangkan kajian literatur digunakan untuk memahami situasi disabilitas dalam konteks HIV. Asesmen ini dilakukan di delapan wilayah, yaitu, Kota Medan, DKI Jakarta, Kota Bandung, Kota Yogyakarta, Kota Surabaya, Kota Denpasar, Kota Makassar, dan Kota/Kabupaten Sorong. Pemilihan lokasi dalam asesmen ini berdasarkan diskusi dengan para pemangku kepentingan di isu HIV dan disabilitas. Sedangkan, ragam disabilitas yang terlibat dalam penelitian ini adalah daksa, netra, psikososial, dan tuli. Penentuan ragam disabilitas ini dilakukan pada saat pertemuan konsultatif di tahap persiapan dengan lembaga mitra yang bekerja sama dalam penelitian ini.

KAJIAN LITERATUR

Kajian literatur dalam asesmen ini bertujuan untuk memahami situasi disabilitas dalam konteks HIV baik di tingkat global maupun nasional. Pencarian literatur dalam kajian literatur ini menggunakan PubMed dan Google Scholar. Pencarian literatur menggunakan beberapa kombinasi frase dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia: “hiv knowledge” AND “people with disability”; “hiv risk behavior” AND “people with disability”; dan “hiv service” access AND people with disability. Dalam pencarian referensi, tahun publikasi dibatasi selama periode 2018-2023. Rentang waktu ini dipilih untuk memastikan hanya literatur dengan versi terbaru yang dipilih. Semua literatur yang ditemukan, diunduh dan diseleksi secara manual.

Pencarian literatur dilakukan di bulan November 2023. Secara total ditemukan 287 literatur, dengan terdapat dua artikel duplikat, satu berbahasa Perancis, satu berupa buku, sehingga menjadikan 150 literatur yang dikaji. Selanjutnya, sembilan artikel dikeluarkan karena tidak bisa diakses dan 103 literatur dikeluarkan pada saat proses ekstraksi karena tidak relevan dengan tujuan penelitian. Dari 37 literatur yang dikaji lengkap, sebagian besar menggunakan metode kuantitatif (n=14). Sedangkan sisanya menggunakan pendekatan yang bervariasi: kualitatif (n=6), metode campuran (n=5), kajian sistematis (n=2), kajian literatur (n=7), *scoping review* (n=2), dan laporan program (n=1). Sedangkan untuk negara asal penelitian, sebagian besar dilakukan di Afrika, lainnya di Asia dan Eropa.

SURVEI

Pendekatan kuantitatif dalam penelitian ini menggunakan survei non-probabilitas. Proses pemilihan responden didasarkan pada jejaring penyandang disabilitas yang dimiliki oleh lembaga mitra (*convenience sampling*). Enumerator yang berasal dari lembaga mitra melakukan kontak awal dengan penyandang disabilitas yang sesuai dengan kriteria inklusi dan menanyakan kesediaan untuk terlibat dalam penelitian. Enumerator kemudian membuat janji pertemuan tatap muka untuk melakukan pengumpulan data. Kriteria inklusi untuk responden di dalam penelitian ini adalah:

1. Berusia ≥ 18 tahun
2. Penyandang disabilitas (daksa, netra, psikososial, dan tuli)
3. Berdomisili di wilayah yang menjadi lokasi studi
4. Memberikan persetujuan untuk terlibat dalam studi

Sampel

Jumlah penyandang disabilitas yang menjadi responden di setiap kota disesuaikan dengan kapasitas masing-masing organisasi mitra yang dibahas pada saat proses persiapan.

Tim peneliti menghitung jumlah sampel minimum adalah 384 responden sebagai acuan untuk memperkirakan jumlah responden yang memadai yang akan dihasilkan oleh survei. Ukuran sampel didasarkan pada perhitungan sampel Lemeshow:

$$n = (Z^2 * p * q) / E^2$$

n = besar sampel

Z = Z-score untuk tingkat kepercayaan yang diinginkan (95% *confidence*, Z=1,96)

p = estimasi proporsi (menggunakan nilai tengah (50%))

q = 1-p

E = *margin of error* (5% atau 0,05)

Besaran sampel untuk setiap wilayah dialokasikan secara proporsional sesuai dengan perkiraan jumlah penyandang disabilitas yang dilaporkan oleh lembaga mitra. Besaran sampel juga dialokasikan secara proporsional sesuai dengan kapasitas lembaga mitra untuk menjangkau penyandang disabilitas. Perkiraan jumlah penyandang disabilitas dan kapasitas lembaga mitra didiskusikan pada pertemuan konsultatif di tahap persiapan.

PROSEDUR PENGUMPULAN DATA

Enumerator

Proses pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan oleh enumerator yang berasal dari lembaga mitra di setiap daerah. Dengan estimasi ± 48 responden, direkrut dua orang enumerator di setiap daerah (total 16 orang). Enumerator direkrut berdasarkan rekomendasi lembaga mitra di daerah dengan kriteria:

1. Penyandang disabilitas
2. Berdomisili di lokasi studi
3. Dapat berkomunikasi baik dengan target responden

Peningkatan Kapasitas Enumerator

Enumerator mendapatkan pelatihan selama tiga hari dari tim peneliti. Materi dalam pelatihan ini mencakup:

1. *Overview* protokol studi
2. Peran dan tanggung jawab enumerator
3. Alur pengumpulan data
4. Etika penelitian
5. Pemahaman kuesioner
6. Prosedur dan persiapan pengumpulan data
7. Simulasi pengumpulan data

Kuesioner

Asesmen ini akan mengembangkan kuesioner yang dapat menjawab tujuan dari penelitian ini. Pertanyaan-pertanyaan terkait pengetahuan, sikap, dan perilaku terkait HIV dikembangkan dari kuesioner Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) pada kelompok populasi kunci yang rutin dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI. Pertanyaan disesuaikan dengan karakteristik dari penyandang disabilitas. Instrumen dari penelitian ini akan mencakup tujuh domain, yaitu:

Tabel 1. Domain dan Tipe Informasi Kuesioner

No.	Domain	Tipe Informasi
1	Karakteristik demografi	Karakteristik demografi dari responden (usia, gender, tingkat pendidikan, status pernikahan, ragam disabilitas, dsb)
2	Pengetahuan HIV	Pengetahuan HIV (penyebab, cara penularan, risiko, dsb)

No.	Domain	Tipe Informasi
3	Sikap terhadap HIV	Persepsi responden terhadap stigma dan diskriminasi pada HIV
4	Perilaku berisiko HIV	Perilaku berisiko terkait HIV, termasuk di dalamnya perilaku seks, penggunaan narkoba, dan konsumsi alkohol
5	Keterpaparan terhadap layanan HIV	Pengetahuan responden terhadap layanan terkait HIV (pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan)
6	Perilaku mencari kesehatan	Perilaku mencari kesehatan terkait kesehatan secara umum maupun terkait HIV
7	Kelayakan strategi HIV untuk penyandang disabilitas	Kebutuhan spesifik, faktor pendukung, faktor penghambat dalam penyediaan layanan terkait HIV untuk penyandang disabilitas

Platform Pengumpulan Data

Respons dari responden akan dikumpulkan secara elektronik dengan menggunakan kuesioner yang disusun pada platform Kobotoolbox. Pengisian dilakukan oleh enumerator pada perangkat tablet menggunakan aplikasi Kobocollect. Aplikasi ini memungkinkan enumerator untuk dapat mengisi kuesioner tanpa koneksi internet. Dalam situasi ini, data akan tersimpan secara lokal dan secara otomatis akan melanjutkan pengiriman data ke server setelah tersambung ke koneksi internet. Penggunaan platform daring juga memungkinkan data untuk bisa dipantau secara *real time*. Perangkat tablet dipinjamkan oleh PPH kepada enumerator dan dikirimkan sebelum pelatihan kepada enumerator dilaksanakan.

Jadwal Pengumpulan Data

Pengumpulan data berlangsung selama satu bulan, dimulai dari 20 Desember 2023 sampai dengan 6 Januari 2024. Pengumpulan data berlangsung serentak di delapan wilayah.

Prosedur Pengaturan Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada studi ini dilakukan dengan pertemuan tatap muka. Enumerator melakukan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner. Enumerator membacakan satu per satu setiap pertanyaan dan setiap pilihan jawaban. Responden akan memberikan jawaban dengan memberikan jawaban secara lisan atau dengan menunjuk jawaban yang dipilih. Enumerator akan mengisikan pada aplikasi pilihan jawaban dari responden. Pada responden dengan disabilitas tuli, enumerator didampingi oleh juru bahasa isyarat jika enumerator tidak bisa menggunakan bahasa isyarat. Berikut ini adalah langkah-langkah yang dilakukan oleh enumerator dalam proses pengumpulan data:

1. Membuat jadwal kerja harian: enumerator mengidentifikasi target calon responden yang akan diwawawancara setiap hari. Enumerator akan melakukan kontak awal setidaknya satu hari sebelum waktu wawancara:
 - Menginformasikan bahwa calon responden terpilih untuk berpartisipasi dalam studi ini

- Menginformasikan tentang studi ini
 - Menanyakan kesediaan untuk berpartisipasi dalam studi ini
 - Jika calon responden bersedia, enumerator akan mengatur waktu dan tempat wawancara
 - Menanyakan kepada responden lokasi yang paling nyaman baginya untuk melakukan wawancara. Enumerator perlu memastikan bahwa lokasi yang dipilih memenuhi kriteria privasi (tidak ada kehadiran orang lain selain responden dan enumerator; proses wawancara tidak terdengar oleh orang lain)
2. Jika calon responden tidak bersedia untuk terlibat dalam studi, enumerator perlu memberikan catatan pada responden tersebut agar tidak dihubungi kembali di kemudian hari untuk kepentingan studi ini.
 3. Membuat daftar tilik untuk kelengkapan logistik yang diperlukan untuk tiap proses wawancara:
 - Perangkat tablet dengan kondisi baterai yang mencukup untuk proses wawancara (membawa *charger* jika diperlukan)
 - Lembar kuesioner cetak braille untuk dibaca oleh responden dengan disabilitas netra
 - Amplop yang berisi kompensasi untuk responden
 - Lembar bukti terima kompensasi yang perlu ditandatangani oleh responden
 4. Melakukan proses wawancara:
 - Memastikan kenyamanan responden dan privasi lokasi wawancara (tidak ada kehadiran orang lain selain responden dan enumerator; pembicaraan tidak terdengar oleh orang lain)
 - Memastikan enumerator membacakan setiap kata dalam pertanyaan dan setiap pilihan jawaban secara utuh. Enumerator hanya memberikan penjelasan jika responden bertanya atau jika responden belum memahami pertanyaan atau pilihan jawaban
 5. Melakukan pemeriksaan kelengkapan respons pada akhir wawancara
 6. Memberikan kompensasi berupa uang sebesar Rp50.000 kepada responden dan meminta tanda tangan responden sebagai bukti pembayaran

ETIKA

Keseluruhan proses survei mengacu pada ketentuan etika penelitian yang berlaku dengan memperhatikan risiko dan manfaat penelitian bagi responden, serta menaati asas konfidensialitas. Persetujuan etika penelitian ini telah diperoleh dari Komisi Etik Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya dengan nomor: 0011K/III/PPPE.PM.10.05/12/2023

PROSEDUR ANALISIS

Setelah proses pengumpulan data selesai, tim peneliti melakukan pembersihan data untuk memeriksa kembali serta memastikan kelengkapan respons sebagai tahap akhir penjaminan

mutu. Data kuantitatif akan dianalisis menggunakan statistik deskriptif dengan pemilahan berdasarkan wilayah dan ragam disabilitas. Data kuantitatif akan diolah menggunakan aplikasi SPSS. Analisis data diharapkan menghasilkan data terpilah deskriptif mengenai tingkat pengetahuan dan sikap penyandang disabilitas mengenai HIV; diskriminasi terhadap ODHIV; perilaku berisiko terkait HIV; keterpaparan terhadap layanan HIV; dan kebutuhan khusus penyandang disabilitas terhadap layanan HIV.

BAGIAN 2: DISABILITAS DALAM KONTEKS HIV

Disabilitas adalah isu yang terlupakan dalam konteks HIV, faktanya berbagai studi telah menunjukkan bahwa disabilitas dan HIV memiliki irisan yang besar. Secara definisi, CRPD memaknai disabilitas sebagai hasil interaksi antara kondisi kesehatan (fisik, intelektual, mental, dan/atau sensori) dengan berbagai kondisi lingkungan yang membatasi partisipasi secara penuh dalam masyarakat, berdasarkan asas kesamaan hak.⁸ Definisi ini juga diadopsi oleh Indonesia yang telah meratifikasi CRPD dengan Undang-Undang Nomor 19 tahun 2011. Lebih lanjut, dalam ICF yang disusun oleh WHO, terdapat tiga dimensi disabilitas: pelemahan struktur tubuh (fisik, sensori, mental, kognitif), keterbatasan aktivitas (pendengaran, pemecahan masalah), dan keterbatasan partisipasi (bekerja, mendapat layanan kesehatan).⁹ Merujuk pada definisi tersebut, penyandang disabilitas kemungkinan menghadapi hambatan untuk mengakses informasi HIV karena selama ini materi KIE yang inklusif masih sangat terbatas. Begitu juga dengan akses mereka terhadap layanan HIV yang terhambat karena tidak ada fasilitas yang memadai. Dalam kajian literatur yang dilakukan, sebagian besar studi menggunakan definisi disabilitas berdasarkan CRPD dan mengukur tingkat disabilitas menggunakan *The 6-item Washington Group Short Set of Disability Question*.

Berbagai keterbatasan dan hambatan yang dihadapi oleh penyandang disabilitas menciptakan kerentanan yang kompleks terhadap infeksi HIV. Kerentanan ini terlihat dari beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa prevalensi HIV pada penyandang disabilitas sama atau lebih tinggi dibandingkan populasi umum, dengan rentang 5.7-16.7%.^{4,10} Angka ini didukung oleh temuan lain yang menyatakan bahwa disabilitas meningkatkan risiko terinfeksi HIV.⁴ Penyandang disabilitas, khususnya sensori¹¹ dan intelektual¹² menghadapi risiko yang lebih tinggi untuk mengalami kekerasan dan eksploitasi seksual. Di sisi lain, disabilitas juga dapat memunculkan perilaku yang meningkatkan risiko terinfeksi HIV,¹³ bukan hanya karena pelemahan struktur tubuhnya, tetapi juga karena interaksi dengan kondisi sosial yang menyebabkan adanya perilaku berisiko tersebut. Kerentanan sosial dialami oleh penyandang disabilitas karena adanya persepsi yang muncul dari non-disabilitas bahwa penyandang disabilitas tidak memiliki keinginan seksual,^{14,15} sehingga tidak membutuhkan informasi terkait seksualitas.¹⁶ Dampaknya, penyandang disabilitas mengalami hambatan dalam membangun hubungan romantis dan tidak memiliki pengalaman positif dengan seksualitasnya.^{16,17} Tidak tersedianya media KIE ataupun fasilitas layanan HIV yang mengakomodasi kebutuhan penyandang disabilitas menyebabkan mereka semakin tereksklusi dari isu HIV.^{18,19} Semakin terlihat bahwa kerentanan terhadap infeksi

HIV bukan akibat dari pelemahan struktur tubuhnya, tetapi karena interaksinya dengan faktor sosial yang telah mengeksklusikan mereka dari isu HIV.

Tereksklusinya penyandang disabilitas karena minimnya media KIE HIV yang inklusif berakibat rendahnya pengetahuan HIV pada kelompok ini. Studi menunjukkan bahwa hampir semua penyandang disabilitas pernah mendengar istilah HIV dan/atau AIDS,^{20,28} sayangnya hanya setengahnya yang mengetahui perbedaan antara keduanya. Jika dilihat lebih mendalam, pengetahuan mengenai cara pencegahan HIV juga sangat terbatas, hanya sekitar 12% yang mengetahui cara pencegahan HIV,^{10,21} dan kurang dari setengah yang mengetahui pengobatan HIV.²⁰ Dengan fakta ini, tidak mengherankan jika pengetahuan komprehensif HIV pada penyandang disabilitas selalu lebih rendah dibandingkan kelompok non-disabilitas.^{1,14}

Rendahnya tingkat pengetahuan HIV ini semakin diperparah karena banyaknya mispersepsi terhadap HIV yang berasal dari penyandang disabilitas itu sendiri.²³ Kesulitan dalam mengakses materi KIE HIV inklusif menjadi hambatan bagi penyandang disabilitas untuk mendapatkan informasi HIV yang benar. Sebagian besar penyandang disabilitas mendapatkan informasi HIV dari radio dan televisi,^{24,25} bukan dari tenaga kesehatan. Sementara, studi lain menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan HIV pada penyandang disabilitas setelah menerima pendidikan seksual.²⁶ Hasil yang bertentangan ditunjukkan oleh studi lain, meskipun sudah menerima pendidikan seksual, penyandang disabilitas tetap memiliki pengetahuan HIV yang sangat rendah.¹⁹ Pertentangan ini dapat muncul karena metode pemberian pendidikan seksual yang kurang tepat. Dalam hal kaitannya dengan perilaku seksual berisiko, penelitian lain menyatakan pengetahuan HIV yang lebih tinggi tidak seiring dengan berkurangnya perilaku berisiko. Studi lain menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan perilaku seksual berisiko antara penyandang disabilitas yang mengikuti dan tidak mengikuti pendidikan seksual.¹² Ini menunjukkan bahwa pengetahuan HIV saja belum cukup untuk bisa mengurangi kerentanan penyandang disabilitas terhadap infeksi HIV akibat perilaku berisiko.

Temuan menunjukkan bahwa penyandang disabilitas memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk terlibat dalam perilaku berisiko dibandingkan non-disabilitas. Sebuah studi menunjukkan, penyandang disabilitas lebih banyak melakukan perilaku seksual berisiko (memiliki lebih dari satu pasangan seksual dan seks transaksional) dibandingkan non-disabilitas.¹ Penelitian lain kepada remaja dan orang muda dengan disabilitas, menunjukkan bahwa mereka telah aktif melakukan hubungan seks di usia 15 tahun atau kurang,^{27,28} yang berdampak pada terjadinya kasus kehamilan tidak diinginkan atau tertular IMS. Lebih lanjut, dalam hal penggunaan kondom, penyandang disabilitas juga tidak konsisten dalam penggunaan kondom. Hanya 6% yang menggunakan kondom secara konsisten dan hampir setengah dari sampel yang tidak menggunakan kondom pada hubungan seksual yang terakhir.²⁸ Spesifik pada penyandang disabilitas intelektual, mereka lebih sering melaporkan inkonsistensi penggunaan kondom dibandingkan penyandang disabilitas yang lain.^{12,14} Lebih lanjut, sebuah studi kualitatif pada penyandang tuli, mendapatkan temuan bahwa dua

pertiga responden memilih untuk menjadi pekerja seks karena tidak ada pekerjaan untuk mereka.²³ Temuan ini menunjukkan tersingkirkannya penyandang disabilitas secara ekonomi, semakin meningkatkan kerentanan mereka terhadap perilaku berisiko. Kerentanan terhadap perilaku berisiko semakin meningkat pada perempuan penyandang disabilitas dan penyandang disabilitas intelektual yang lebih rentan mengalami kekerasan seksual^{19,29} dibanding penyandang disabilitas yang lain. Terlepas dari berbagai perilaku berisiko yang dilakukan, sebagian penyandang disabilitas menyadari risiko mereka. Sebagian besar penyandang disabilitas menyadari bahwa kondisi disabilitas mereka meningkatkan kerentanannya terhadap infeksi HIV,²⁰ namun terbatasnya fasilitas kesehatan yang memadai memengaruhi perilaku mereka dalam mengakses layanan terkait HIV.

Hasil kajian literatur menemukan, berbagai faktor yang memengaruhi perilaku mengakses layanan terkait HIV: pengetahuan mengenai layanan, persepsi terhadap penyedia layanan, persepsi terhadap HIV dan AIDS, dan ketersediaan fasilitas yang mengakomodasi kebutuhan penyandang disabilitas. Ketidaktahuan adanya layanan menjadi salah satu faktor utama penyandang disabilitas tidak mengakses layanan.^{11,20,30} Sebagian lain yang mengetahui adanya layanan terkait HIV memilih untuk tidak mengakses dengan berbagai alasan, salah satunya karena merasa tidak membutuhkan.³⁰ Terkait dengan persepsi terhadap penyedia layanan, satu studi menemukan bahwa penyandang disabilitas yang memiliki persepsi positif terhadap layanan tiga kali lebih mungkin untuk mengakses layanan. Sayangnya, hasil studi yang sama menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada studi ini memiliki persepsi bahwa layanan terkait HIV tidak ramah terhadap disabilitas dan sulit untuk diakses secara fisik (tidak ada *ramp*, *guiding block*).²⁵ Temuan ini didukung oleh studi lainnya bahwa alasan tidak mengakses layanan HIV karena tidak adanya juru bahasa isyarat,¹¹ nakes tidak empati³⁰ dan tidak memiliki kemampuan untuk berkomunikasi dengan baik dengan penyandang tuli,²³ serta tidak ada petunjuk yang inklusif untuk mengakses layanan. Situasi ini menunjukkan bahwa penyandang disabilitas mengalami banyak kebutuhan yang tidak terpenuhi ketika datang ke layanan. Selain kebutuhan yang tidak terpenuhi, persepsi penyandang disabilitas terhadap HIV juga memengaruhi aksesnya ke layanan terkait HIV. Stigma dan mitos terkait HIV yang ada di antara penyandang disabilitas menjadi penghambat untuk mengakses layanan terkait HIV.¹¹

Berbagai isu kompleks pada kelompok disabilitas dalam konteks HIV terlihat semakin jelas. Penyandang disabilitas tidak hanya termarginalkan karena pelemahan struktur tubuhnya, tetapi juga karena kondisi sosial yang tidak mendukung. Dari sisi penyedia layanan, tidak tersedianya media KIE serta fasilitas yang inklusif untuk semua ragam disabilitas semakin menghambat akses penyandang disabilitas ke dalam konteks HIV. Perlu pemahaman lebih mendalam terkait disabilitas dalam isu HIV di konteks Indonesia untuk bisa lebih tepat menyusun strategi intervensi HIV yang inklusif untuk semua ragam disabilitas.

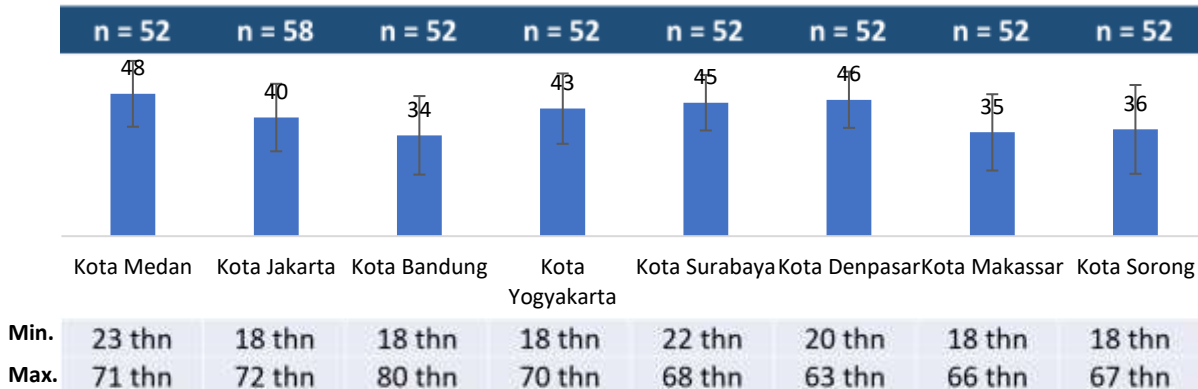
BAGIAN 3: HASIL SURVEI

HASIL REKRUTMEN

Pengambilan data berhasil dilakukan dalam rentang waktu 20 Desember 2023 s.d. 6 Januari 2024 di 8 kota/kabupaten di Indonesia. **Tabel 1** merinci jumlah dan usia responden yang direkrut di setiap kabupaten/kota dengan metode sampling yang telah ditetapkan. Berdasarkan perhitungan sampel minimal, maka kemudian ditetapkan besar sampel minimal untuk setiap kota adalah 52 orang. Namun dalam pelaksanaannya, pengambilan data berhasil dilakukan kepada 422 responden penyandang disabilitas yang tersebar di 8 kota/kabupaten di mana Kota Jakarta memperoleh responden lebih banyak yaitu 58 sampel. Khusus untuk wilayah Sorong, wilayah rekrutmen mencakup kota dan kabupaten Sorong selanjutnya akan disebut kota Sorong.

Rentang nilai tengah (median) usia dari responden yang berhasil direkrut adalah 35-48 tahun, usia termuda adalah 18 tahun, dan usia tertua adalah 80 tahun. Secara umum responden yang terambil lebih banyak berasal dari kelompok dewasa akhir (atau menuju dewasa akhir), sehingga perlu menjadi perhatian bahwa data mungkin tidak merepresentasikan kelompok usia yang lebih muda.

Gambar 1. Nilai tengah (median) usia responden



Dalam proses pengambilan data, setiap responden memiliki hak untuk tidak menjawab suatu pertanyaan. Respon tersebut tidak diperhitungkan dalam proses analisis data sehingga memungkinkan ditemukan adanya selisih antara jumlah responden ($n = 422$) yang direkrut dengan jumlah data yang dipaparkan.

Bagian berikutnya menyajikan hasil analisis data berupa gambaran umum dari sejumlah variabel penelitian, sebagai berikut:

1. Karakteristik Sosedemografi
2. Informasi & Pengetahuan HIV
3. Sikap terhadap HIV
4. Risiko terkait HIV
5. Perilaku mencari kesehatan terkait HIV

6. Intervensi terkait HIV

KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI

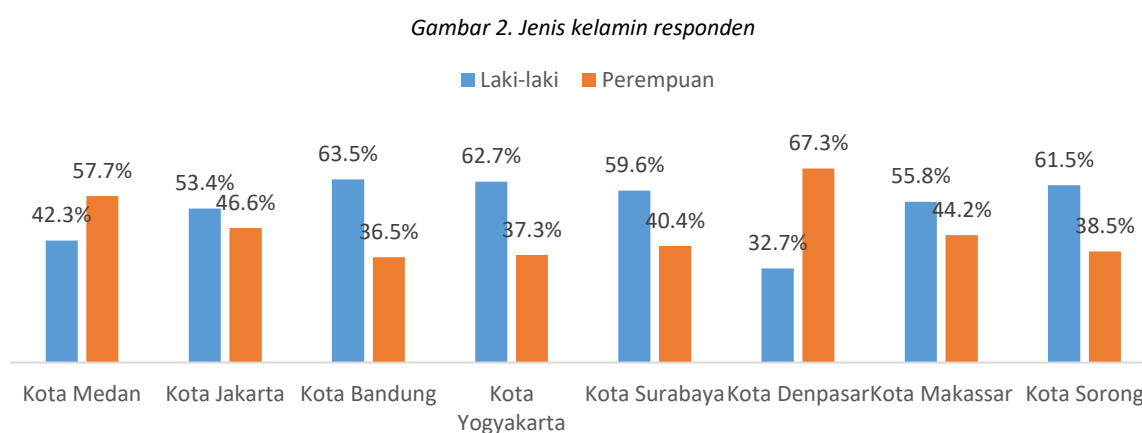
Bagian karakteristik sosiodemografi memberikan informasi latar belakang responden terkait hal-hal berikut:

1. Jenis kelamin
2. Tingkat pendidikan
3. Status memiliki pasangan tetap
4. Ragam disabilitas
5. Pengalaman bekerja & jumlah pendapatan
6. Kepemilikan KTP & jaminan kesehatan
7. Tempat & teman tinggal

Penyajian informasi akan dibedakan berdasarkan kota/kabupaten dan secara keseluruhan.

Jenis Kelamin

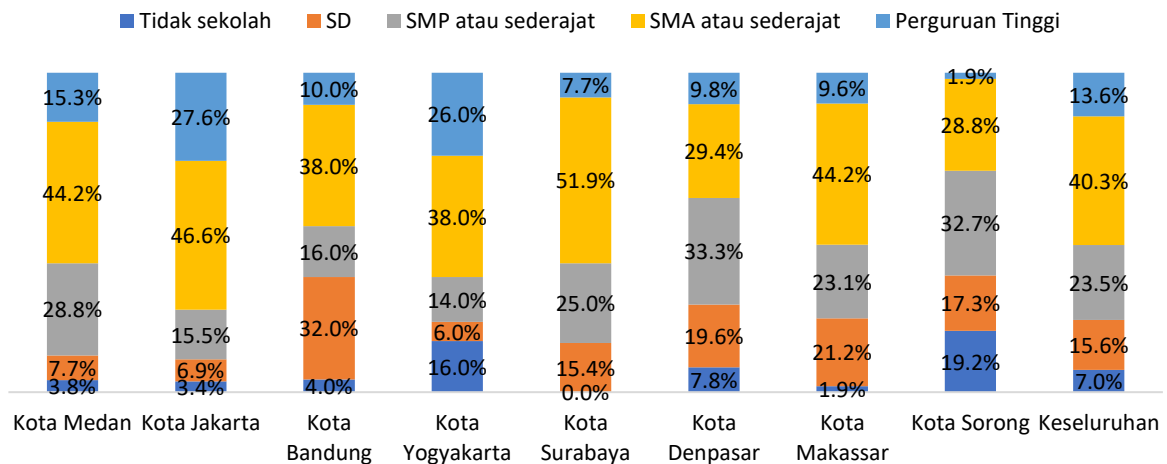
Gambar 2 merinci jumlah responden yang diperoleh di setiap kota berdasarkan jenis kelamin. Secara umum jumlah responden laki-laki di setiap kota lebih banyak dibandingkan perempuan, kecuali kota Medan dan Denpasar. Selisih antara jumlah responden laki-laki dan perempuan di setiap kota memiliki rentang sebesar 15.4% - 34.6%.



Tingkat Pendidikan

Gambar 3 merinci jumlah responden yang diperoleh di setiap kota berdasarkan tingkat pendidikan. Secara umum mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan SMA atau sederajat (40.3%). Sebesar 46.10% responden memiliki tingkat pendidikan di bawah SMA, dan hanya 13.6% responden yang memiliki tingkat pendidikan di atas SMA. Persebaran berbeda ditemukan pada kota Denpasar dan Sorong dengan mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan SMP. Melalui temuan ini, akses kepada pendidikan menjadi salah satu aspek yang perlu diperhatikan pada kelompok penyandang disabilitas.

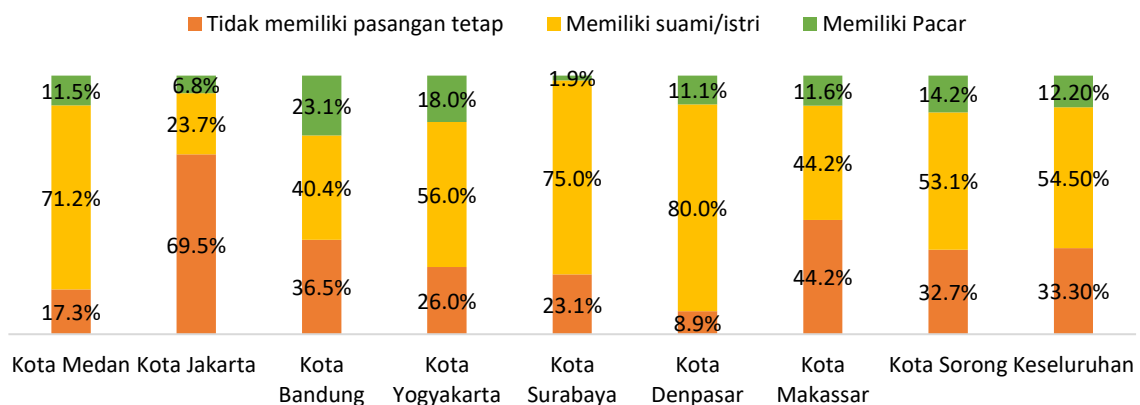
Gambar 3. Tingkat pendidikan responden



Status Memiliki Pasangan Tetap

Gambar 4 merinci jumlah responden di setiap kota berdasarkan status memiliki pasangan tetap. Secara umum jenis pasangan tetap yang dimiliki mayoritas responden di setiap kota adalah hubungan suami/istri (54.5%) dan 12.2 % responden melaporkan memiliki pacar. Sebanyak 33.3 % responden melaporkan tidak memiliki pasangan tetap yang dapat berarti mereka memiliki pasangan tidak tetap (pasangan kasual atau transaksional). Analisis lebih lanjut mengenai status pasangan akan dibahas pada bagian perilaku berisiko HIV.

Gambar 4. Status pasangan tetap responden



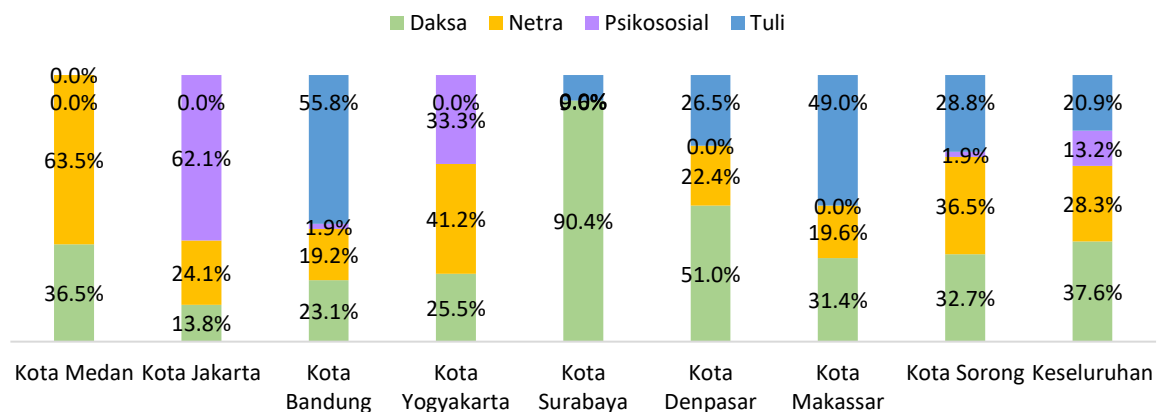
Ragam Disabilitas

Gambar 5 merinci jumlah responden di setiap kota berdasarkan ragam disabilitas yang disandang. Proporsi ragam disabilitas di setiap kota dipengaruhi oleh metode sampling dan aksesibilitas dari enumerator ketika merekrut responden, sehingga setiap kota belum tentu memiliki perwakilan responden dari setiap ragam disabilitas. Penelitian ini berfokus pada 4 ragam disabilitas, yaitu disabilitas daksa, netra, psikososial, dan tuli. Kelompok penyandang disabilitas intelektual belum dilibatkan sebagai responden dengan pertimbangan karakteristik dari disabilitas yang membutuhkan pendekatan berbeda dalam proses

pengambilan data (misalnya, instrumen survei dibuat sangat sederhana, membutuhkan pendampingan, waktu pengambilan data butuh beberapa kali).

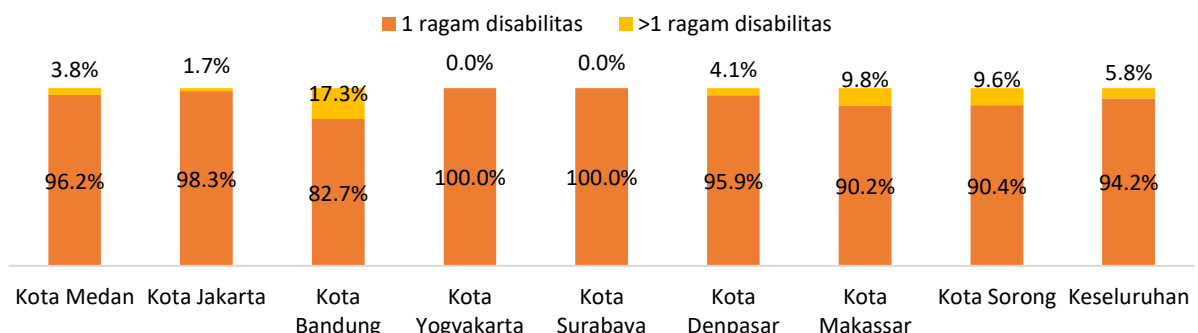
Secara umum mayoritas responden merupakan disabilitas daksa (37.6%) dan netra (28.3%) yang diikuti dengan disabilitas netra (28.3%), disabilitas tuli (20.9%), dan disabilitas psikososial (13.2%). Sejumlah kota memiliki fokus rekrutmen pada ragam disabilitas tertentu, sebagai contoh kota Bandung dan Makassar yang lebih banyak merekrut responden tuli, atau kota Jakarta yang lebih banyak merekrut responden dengan disabilitas psikososial.

Gambar 5. Ragam disabilitas responden



Gambar 6 merinci jumlah ragam disabilitas dari responden di setiap kota. Secara umum mayoritas responden memiliki 1 ragam disabilitas (95.9%), walaupun ada 4.1% responden yang menyandang lebih dari 1 ragam disabilitas yang terdiri dari penyandang disabilitas daksa dan netra, disabilitas daksa dan tuli, serta disabilitas netra dan psikososial.

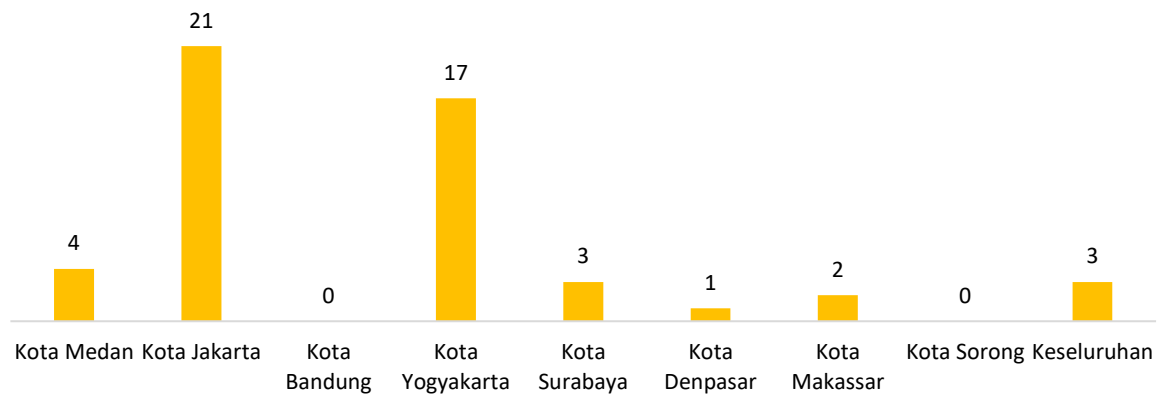
Gambar 6. Jumlah ragam disabilitas responden



Gambar 7 merinci usia pertama kali responden menyandang disabilitas. Secara umum responden menyandang disabilitas pada usia balita dengan nilai median 3 tahun, meskipun ada responden yang menyandang disabilitas sejak lahir (ditandai dengan usia 0). Variasi berbeda ditemukan pada kota Jakarta dan Yogyakarta yang memiliki nilai median lebih besar dibandingkan kota lainnya. Hal ini dipengaruhi oleh ragam disabilitas dari responden

yang direkrut di kota tersebut, yaitu ragam disabilitas psikososial yang umumnya baru mulai disandang pada usia remaja hingga dewasa.

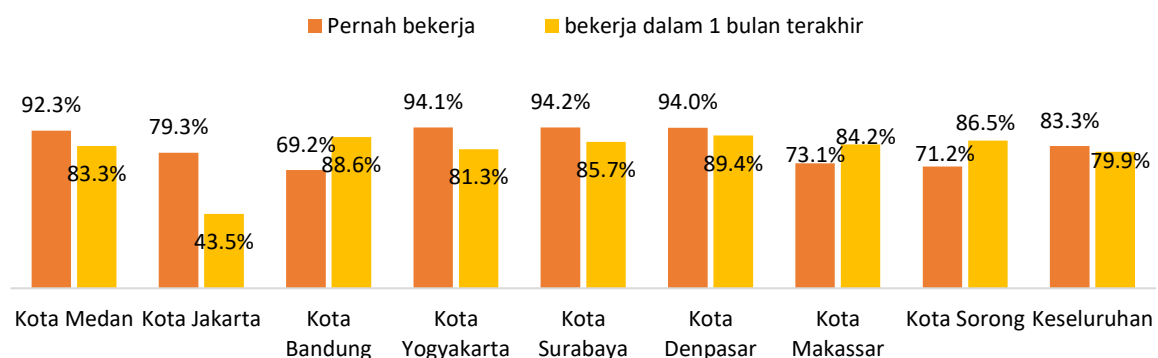
Gambar 7. Nilai tengah (median) usia menyandang Disabilitas



Pengalaman Bekerja & Jumlah Pendapatan

Gambar 8 merinci pengalaman bekerja dari responden dalam periode waktu sepanjang hidup dan 1 bulan terakhir. Mayoritas responden di setiap kota melaporkan pernah bekerja baik dalam periode waktu sepanjang hidup (83.3%) maupun 1 bulan terakhir (79.9%). Jika dilihat berdasarkan usia, nilai median dari usia responden yang tidak pernah bekerja sepanjang hidupnya adalah 30 tahun dan nilai median dari usia responden yang tidak pernah bekerja dalam 1 bulan terakhir adalah 43 tahun. Hal ini berarti mayoritas dari mereka yang belum memiliki pengalaman bekerja ternyata tergolong pada usia yang produktif. Temuan ini secara tidak langsung menunjukkan tantangan dari penyandang disabilitas dalam mengakses pekerjaan.

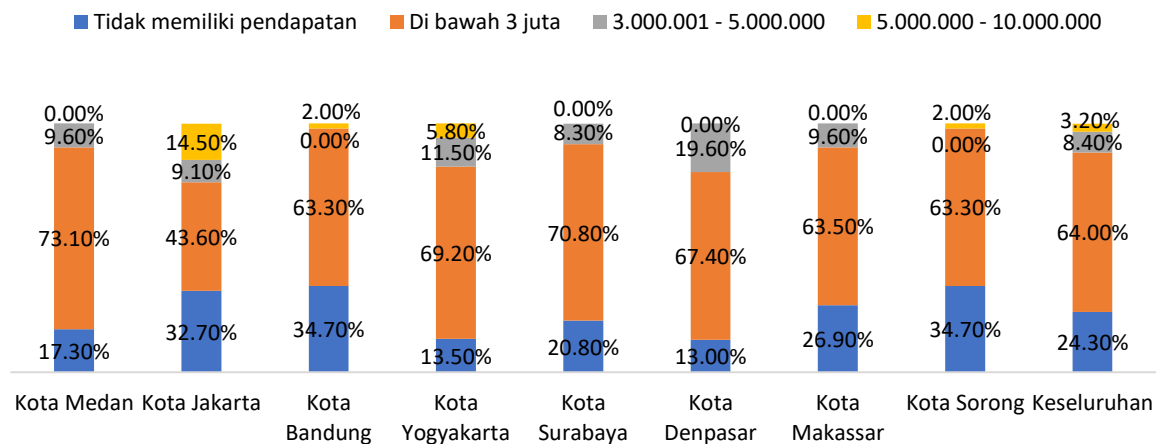
Gambar 8. Status bekerja responden



Gambar 9 merinci jumlah pendapatan responden dari berbagai sumber dalam 1 bulan terakhir. Mayoritas responden di setiap kota memiliki pendapatan di bawah 3 juta. Nominal ini lebih kecil dari Upah Minimum Kota/kabupaten (UMK) dari kota-kota yang menjadi lokasi penelitian (kecuali kota Yogyakarta). Dalam temuan ini bahkan sebesar 24.3% tidak memiliki

pendapatan dalam 1 bulan terakhir (dengan rentang sebesar 13%-34.7% responden dari 8 wilayah)

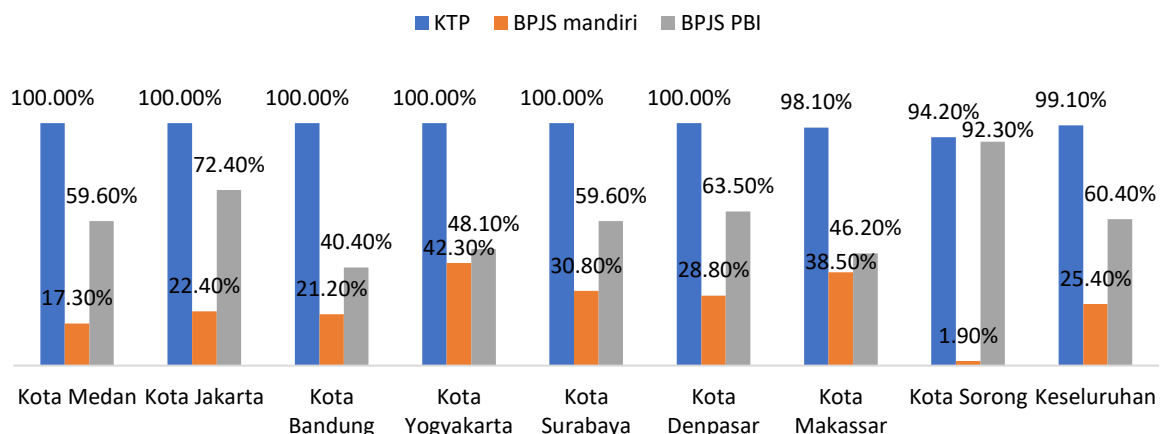
Gambar 9. Pendapatan responden sebulan terakhir



Kepemilikan KTP & Jaminan Kesehatan

Gambar 10 merinci status responden terkait dengan kepemilikan KTP dan Jaminan Kesehatan. Secara umum mayoritas responden telah memiliki KTP (99.1%) dan jaminan Kesehatan (85.8%). Hal ini berarti terdapat sekitar 14.2% responden yang berisiko terhambat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak akibat belum memiliki jaminan kesehatan yang proporsinya lebih besar di kota Bandung (38.5%), Medan (23.1%), dan Makassar (15.4%).

Gambar 10. Status kepemilikan KTP dan Jaminan Kesehatan

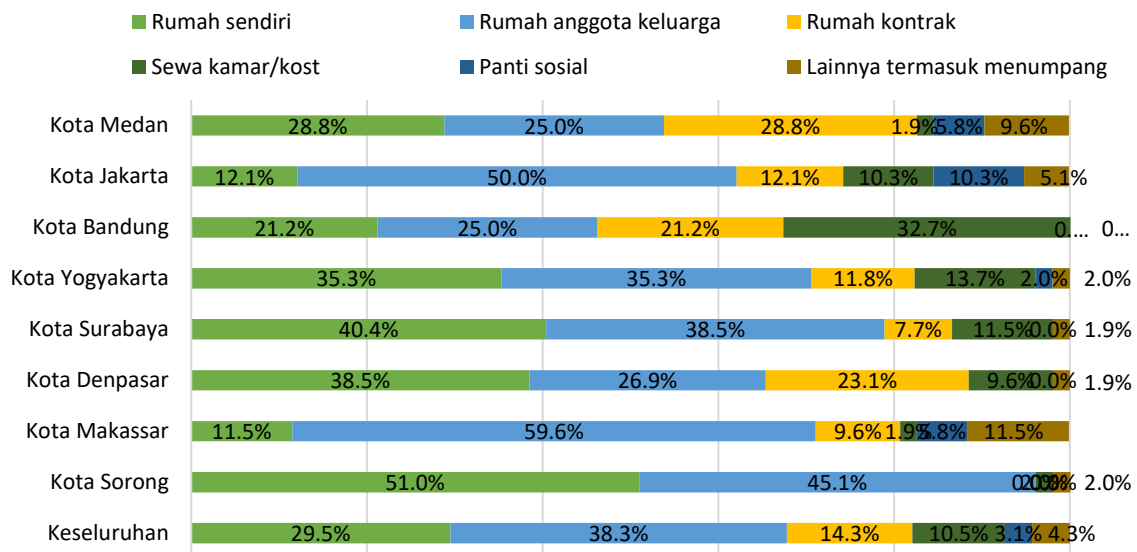


Status Tempat Tinggal dan Teman Tinggal

Gambar 11 merinci jenis tempat tinggal dari responden. Secara umum mayoritas responden tinggal di rumah anggota keluarga (38.3%) yang diikuti dengan tinggal di rumah sendiri

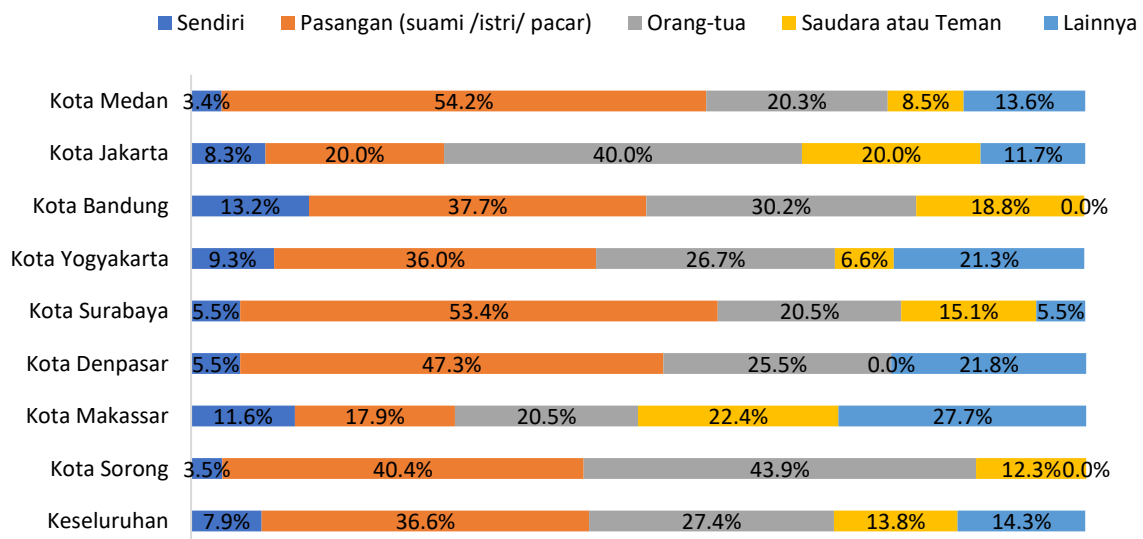
(29.5%) dan tinggal di rumah kontrak/sewa kos (24.8%). Variasi serupa juga ditemukan di setiap kota dengan proporsi paling besar berasal dari ketiga jenis tempat tinggal tersebut.

Gambar 11. Jenis tempat tinggal responden



Dalam kaitannya dengan tinggal bersama, **Gambar 12** menunjukkan bahwa mayoritas responden tinggal bersama pasangan tetap (36.6%) yang diikuti dengan tinggal bersama orang tua (27.4%) dan lainnya (14.3%). Dalam pilihan lainnya, mayoritas responden melaporkan bahwa mereka juga tinggal bersama anak, keponakan, dan ipar.

Gambar 12. Tinggal bersama



INFORMASI & PENGETAHUAN HIV

Bagian informasi & pengetahuan HIV memberikan informasi terkait hal-hal berikut:

1. Sumber informasi HIV
2. Pengetahuan komprehensif HIV

3. Persepsi terkait Pencegahan, Tes, dan Pengobatan HIV Ragam disabilitas
Penyajian informasi akan dibedakan berdasarkan ragam disabilitas dan secara keseluruhan

Sumber Informasi HIV

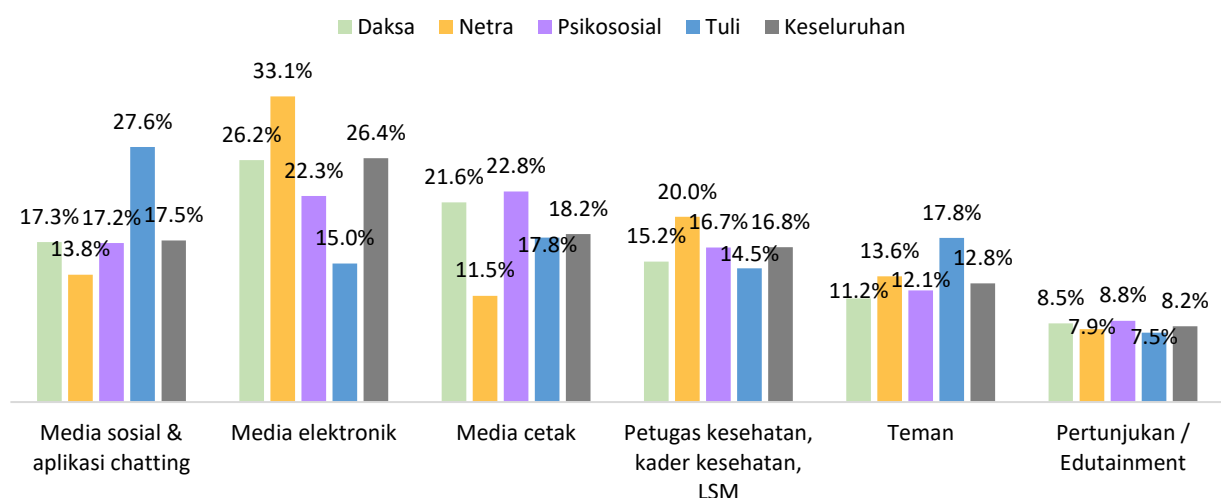
Gambar 13 dan **Gambar 14** merinci keterpaparan responden terhadap informasi HIV beserta dengan sumber informasinya. Mayoritas responden dari setiap ragam disabilitas melaporkan pernah mendengar/mengetahui istilah HIV AIDS yang sebagian besar bersumber dari media elektronik. Meskipun demikian, informasi mengenai HIV juga didapatkan dari berbagai sumber lain seperti media cetak, media sosial (termasuk aplikasi chatting), petugas dan kader kesehatan atau petugas LSM, dan teman sebaya. Sumber informasi yang paling sedikit dilaporkan adalah pertunjukan / edutainment.

Sumber informasi ini juga dapat dipengaruhi oleh karakteristik ragam disabilitas, sebagai contoh adalah responden tuli. Jika dibandingkan dengan ragam disabilitas lainnya, lebih banyak responden tuli yang mengenal istilah HIV AIDS dari media sosial dan aplikasi *chatting* daripada media elektronik yang mana informasi disampaikan secara audio. Karakteristik ini penting untuk diperhatikan di dalam menentukan media pemberian informasi bagi penyandang disabilitas. Selain aspek aksesibilitas informasi, ketepatan informasi terkait HIV dari berbagai sumber juga penting untuk diperhatikan agar stigma dan diskriminasi terhadap Orang dengan HIV (ODHIV) tidak meningkat.

Gambar 13. Pernah mendengar / mengetahui istilah HIV



Gambar 14. Sumber informasi HIV

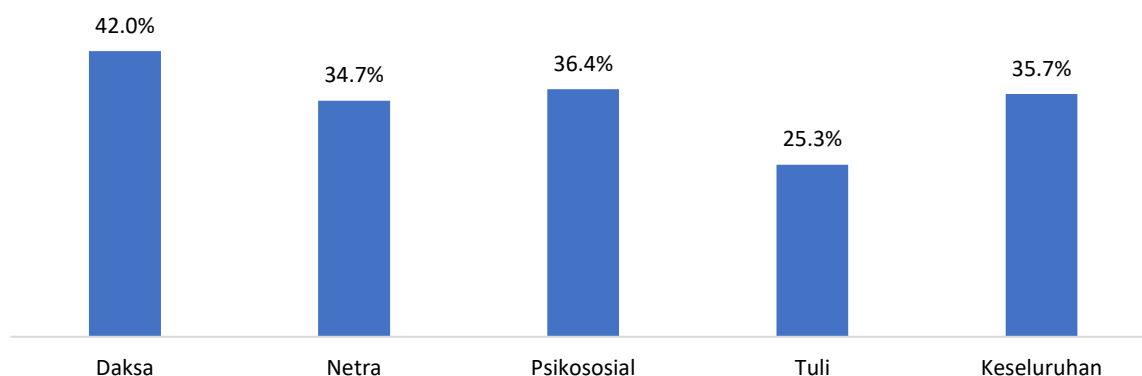


Pengetahuan Komprehensif HIV

Tingkat pengetahuan komprehensif HIV diukur melalui 5 pertanyaan benar dasar terkait HIV yang dapat dilihat pada **Tabel 2**. Tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi dua, yaitu “belum memiliki pengetahuan komprehensif” dan “memiliki pengetahuan komprehensif”. Apabila responden menjawab benar di seluruh pertanyaan, maka akan dikategorikan “memiliki pengetahuan komprehensif, sebaliknya apabila mereka menjawab salah di salah satu pertanyaan, maka akan dikategorikan “belum memiliki pengetahuan komprehensif.

Gambar 15 merinci tingkat pengetahuan komprehensif terkait HIV dari responden. Mayoritas responden di setiap ragam disabilitas ternyata belum memiliki pengetahuan komprehensif terkait HIV. Secara keseluruhan, hanya 35.7% responden yang memiliki pengetahuan komprehensif HIV. Dalam temuan ini sebagian besar responden masih memiliki pengetahuan yang salah terkait dengan penularan HIV yang dapat berdampak pada munculnya stigma dan perilaku diskriminatif terhadap ODIHV. Temuan ini memperkuat kebutuhan terkait akses informasi HIV yang mudah dan akurat bagi penyandang disabilitas.

Gambar 15. Memiliki pengetahuan komprehensif HIV



Tabel 2 merinci 5 pertanyaan dari pengetahuan komprehensif terkait HIV. Secara keseluruhan, lebih dari 30% responden menjawab salah di pertanyaan nomor 1 (31.1%) dan nomor 2 (43.7%), sedangkan proporsi responden yang menjawab salah di 3 pertanyaan lainnya cenderung lebih rendah ($\pm$ 13%-17%). Meskipun demikian, proporsi responden tuli yang menjawab salah di 3 pertanyaan ini tampak lebih besar dibandingkan dengan ragam disabilitas lainnya. Temuan ini dapat menjadi masukan terkait jenis informasi yang perlu disampaikan dalam promosi kesehatan HIV dalam rangka menghilangkan mitos-mitos terkait penularan HIV.

Tabel 2. Butir pertanyaan pengetahuan komprehensif HIV

	Daksa	%	Netra	%	Psiko	%	Tuli	%	Keseluruhan	%
					- sosial					
1. Dapatkan seseorang terinfeksi										

	Daksa	%	Netra	%	Psiko - sosial	%	Tuli	%	Keselur uhan	%
HIV dari gigitan nyamuk?										
Salah	44	28.2%	46	39.0%	15	27.3%	22	27.8%	127	31.1%
Betul	112	71.8%	72	61.0%	40	72.7%	57	72.2%	281	68.9%
Total	156	100.0%	118	100.0%	55	100.0%	79	100.0%	408	100.0%
2. Dapatkah seseorang tertular HIV dengan cara menggunakan alat makan atau minum secara bersama dengan seseorang yang sudah terinfeksi HIV?										
Salah	75	47.8%	54	46.6%	19	34.5%	30	38.0%	178	43.7%
Betul	82	52.2%	62	53.4%	36	65.5%	49	62.0%	229	56.3%
Total	157	100.0%	116	100.0%	55	100.0%	79	100.0%	407	100.0%
3. Dapatkah seseorang tertular HIV jika melakukan hubungan seks tanpa kondom?										
Salah	16	10.2%	11	9.4%	11	20.4%	22	27.8%	60	14.7%
Betul	141	89.8%	106	90.6%	43	79.6%	57	72.2%	347	85.3%
Total	157	100.0%	117	100.0%	54	100.0%	79	100.0%	407	100.0%
4. Dapatkah seseorang terinfeksi HIV karena guna-guna, santet, dukun, dsb?										
Salah	15	9.7%	12	10.3%	10	18.2%	17	21.5%	54	13.3%
Betul	140	90.3%	104	89.7%	45	81.8%	62	78.5%	351	86.7%
Total	155	100.0%	116	100.0%	55	100.0%	79	100.0%	405	100.0%
5. Dapatkah seseorang terinfeksi HIV karena menggunakan jarum suntik secara bergantian?										
Salah	18	11.5%	14	11.9%	11	20.0%	28	35.9%	71	17.4%
Betul	139	88.5%	104	88.1%	44	80.0%	50	64.1%	337	82.6%
Total	157	100.0%	118	100.0%	55	100.0%	78	100.0%	408	100.0%

Tabel 3 merinci hasil uji chi-square antara variabel keterpaparan informasi HIV dengan tingkat pengetahuan komprehensif HIV. Hasil pengujian menunjukkan adanya asosiasi antara kedua variabel tersebut ($p < 0.05$) meskipun asosiasi bersifat lemah. Artinya, semakin tinggi tingkat keterpaparan responden terhadap informasi HIV, maka tingkat pengetahuan komprehensif HIV-nya juga akan semakin tinggi.

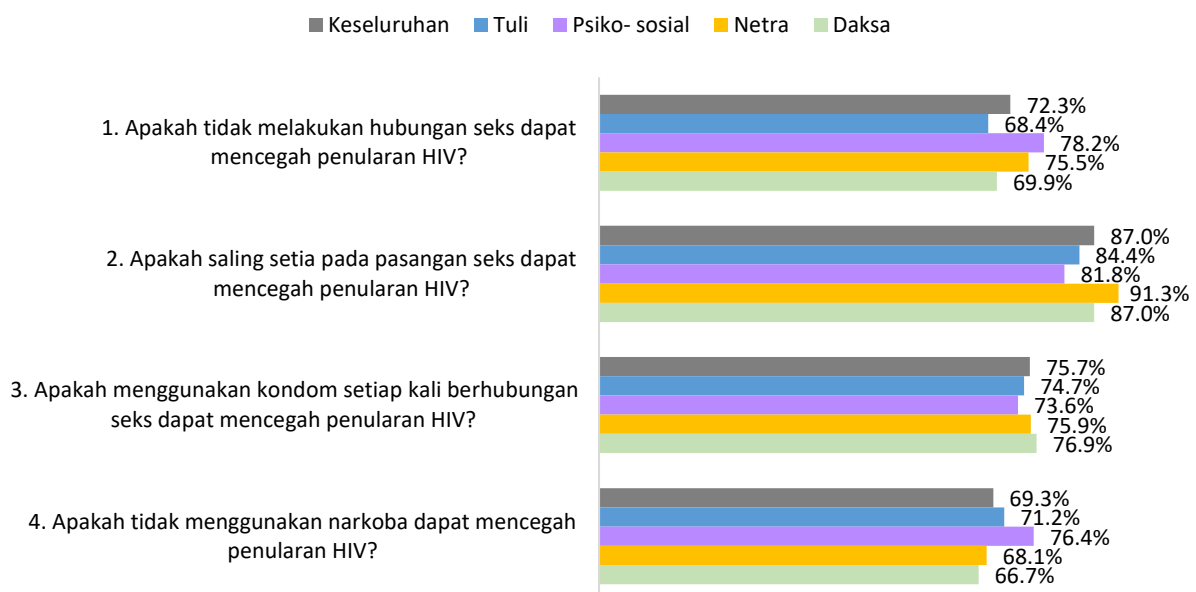
Tabel 3. Uji Chi-square Keterpaparan Informasi HIV dengan Pengetahuan Komprehensif HIV

	Keterpaparan terhadap informasi HIV						Uji signifikansi
	Tidak pernah mendengar HIIV AIDS	%	Pernah mendengar HIV AIDS	%	Total	%	
Pengetahuan komprehensif HIV							
Belum memiliki pengetahuan komprehensif	41	77.4%	223	61.8%	264	63.8%	$\chi^2 (1, 414) = 4.86, p < 0.05$ Effect size cramer's v = 0.11 (lemah)
Sudah memiliki pengetahuan komprehensif	12	22.6%	138	38.2%	150	36.2%	
Total	53	100.0%	361	100.0%	414	100.0%	

Persepsi terkait Pencegahan, Tes, dan Pengobatan HIV

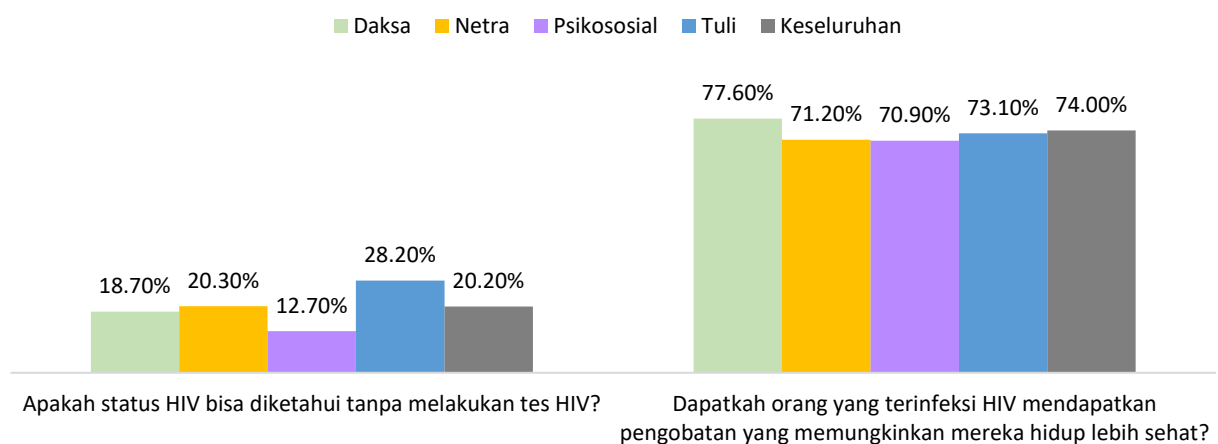
Gambar 16 menggambarkan responden yang menjawab “Ya” pada pertanyaan terkait pencegahan penularan HIV yang dinilai melalui empat pertanyaan. Perilaku yang paling banyak diyakini dapat mencegah penularan HIV adalah saling setia pada pasangan seks (87%). Di sisi lain, masih ditemukan 24.3% responden yang memiliki persepsi bahwa penggunaan kondom tidak dapat mencegah penularan HIV, serta 30.7% responden yang memiliki persepsi bahwa penggunaan narkoba tidak berkaitan dengan pencegahan penularan HIV. Persepsi ini perlu menjadi perhatian karena dapat berdampak pada munculnya perilaku berisiko terkait HIV.

Gambar 16. Persepsi tentang pencegahan HIV



Gambar 17 merinci responden yang menjawab ‘ya’ pada pertanyaan terkait dengan tes dan pengobatan HIV. Secara keseluruhan 20.2% memiliki persepsi bahwa status HIV bisa diketahui tanpa melakukan tes dengan proporsi terbesar pada responden tuli (28.2%). Terkait dengan pengobatan HIV, mayoritas responden melaporkan bahwa orang dengan HIV bisa mendapatkan pengobatan yang memungkinkan mereka hidup lebih sehat (74%) dan 18.4% memiliki persepsi sebaliknya. Temuan ini menunjukkan bahwa penyebaran informasi kesehatan terkait HIV juga perlu diberikan secara komprehensif yang mencakup tidak hanya aspek pencegahan, tetapi juga aspek tes dan pengobatan. Keterpaparan terhadap informasi ini diharapkan dapat mendorong penyandang disabilitas untuk melakukan tes HIV, serta menerima pengobatan yang diperlukan jika mereka memiliki status HIV+.

Gambar 17. Persepsi tentang tes dan pengobatan HIV

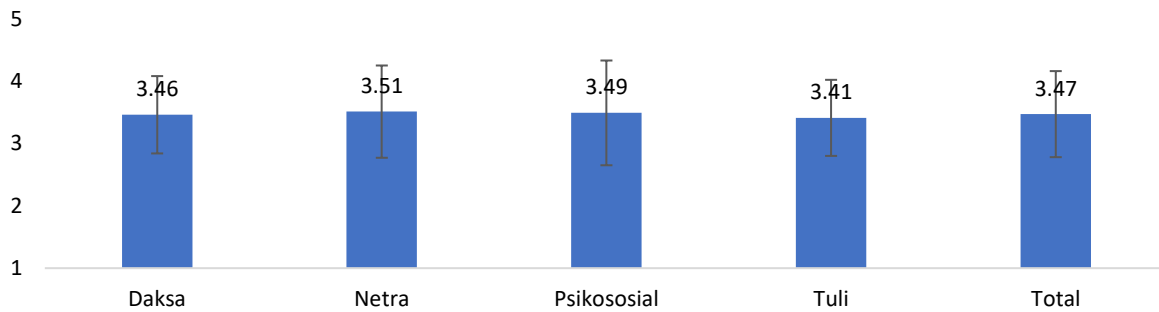


SIKAP TERHADAP HIV

Bagian sikap terhadap HIV yang diukur melalui skala likert 1-5 (Sangat tidak setuju s.d. Setuju) yang terdiri dari 8 item pernyataan. Semakin tinggi skor yang diberikan, maka dapat diinterpretasikan bahwa responden memiliki sikap yang positif terhadap HIV. Hasil uji reliabilitas menunjukkan koefisien korelasi item-total dengan rentang 0.39 – 0.68 dan koefisien Cronbach's Alpha sebesar 0.844. Hal ini menunjukkan bahwa skala memiliki konsistensi item yang baik dan bersifat reliabel.

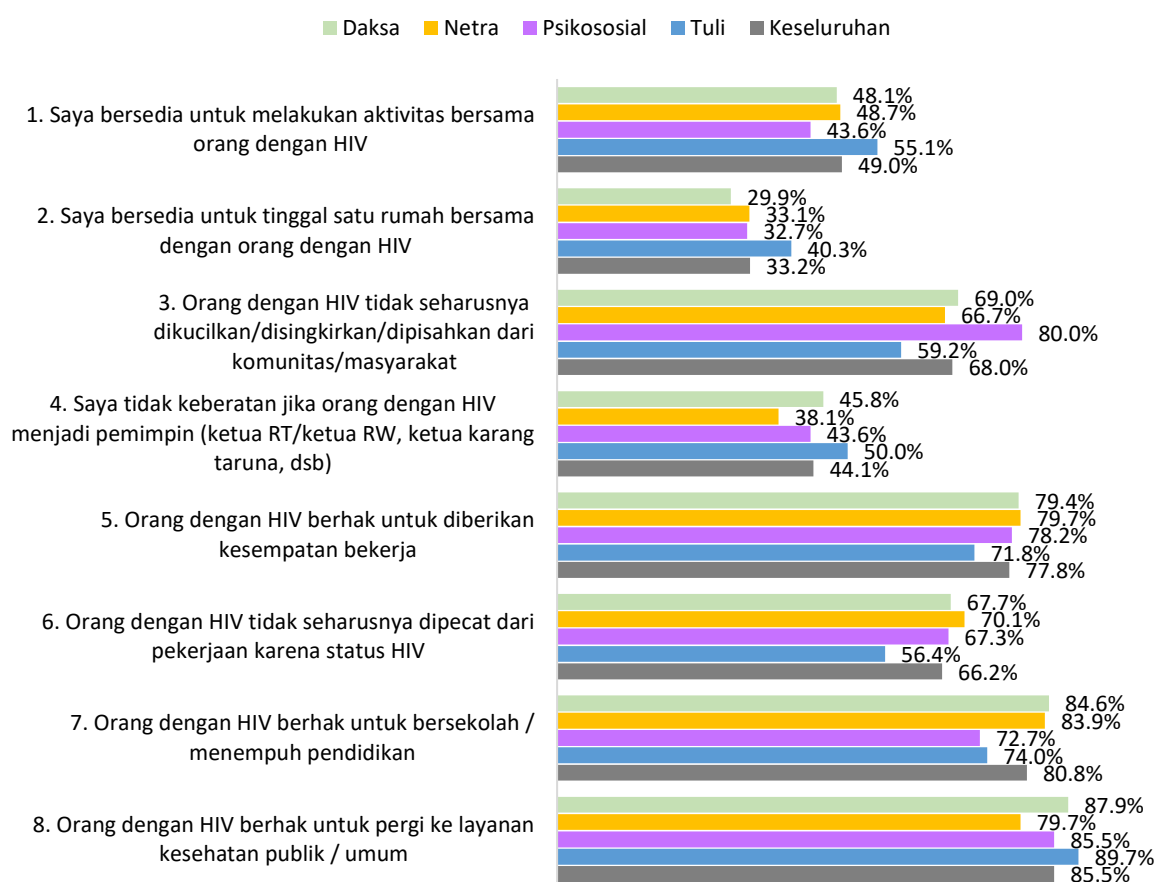
Gambar 18 merinci sikap responden terhadap HIV. Secara keseluruhan rata-rata skor sikap adalah 3.47 (dari skala 1-5) yang menunjukkan sikap yang cenderung positif terhadap ODHIV.

Gambar 18. Nilai rata-rata sikap terhadap Orang dengan HIV



Gambar 19 merinci sikap responden terhadap HIV di setiap item pernyataan. Hasil analisis data disajikan dalam bentuk persentase yang merujuk pada persentase responden yang memberikan penilaian setuju s.d sangat setuju. Secara keseluruhan terdapat 5 item pernyataan yang memperoleh persentase kesetujuan di atas 50% (dalam rentang 66.2% - 85.5%), yaitu item pernyataan yang berkaitan dengan pemenuhan hak ODHIV secara normatif, seperti ODHIV tidak layak untuk dikucilkan/didiskriminasi, berhak mendapatkan pekerjaan, pendidikan, dan kesehatan. Di sisi lain, 3 item yang mendapatkan persentase kesetujuan di bawah 50% (dalam rentang 33.2% - 49%) adalah item pernyataan yang berkaitan dengan perilaku responden terhadap ODHIV seperti melakukan aktivitas bersama ODHIV, tinggal satu rumah bersama ODHIV, dan berinteraksi dengan ODHIV. Hal ini menunjukkan bahwa sikap positif responden terhadap ODHIV masih berada pada tataran kognitif dan belum sampai pada tataran perilaku.

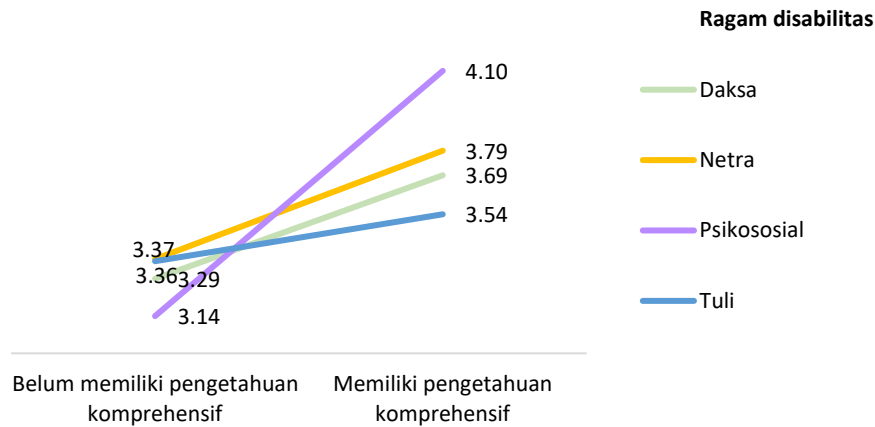
Gambar 19. Sikap positif terhadap Orang dengan HIV



Catatan: % merujuk pada jumlah responden yang memberikan responden Setuju s.d. Sangat Setuju

Gambar 20 menunjukkan keterkaitan antara pengetahuan komprehensif dengan sikap positif terhadap ODHIV. Pada gambar tersebut terlihat bahwa skor sikap dari setiap kelompok disabilitas konsisten meningkat ketika mereka memiliki pengetahuan komprehensif terkait HIV.

Gambar 20. Hubungan pengetahuan komprehensif HIV dengan sikap positif terhadap ODHIV



Tabel 4 merinci hasil uji t-test terkait sikap terhadap HIV berdasarkan tingkat pengetahuan komprehensif HIV. Uji t-test dilakukan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan dalam hal sikap positif terhadap ODHIV di antara responden yang telah memiliki pengetahuan komprehensif dan yang belum. Hasil pengujian menunjukkan adanya perbedaan signifikan dalam hal sikap terhadap HIV, antara kelompok responden yang memiliki pemahaman komprehensif HIV ($M = 3.75$, $SD = 0.64$) dengan kelompok responden yang belum memiliki pemahaman komprehensif ($M = 3.30$, $SD = 0.67$), $p < 0.01$ dengan besaran efek bersifat moderat. Artinya, tingkat pengetahuan memiliki efek yang moderat di dalam memengaruhi sikap seseorang terhadap HIV. Dapat diartikan bahwa semakin komprehensif tingkat pengetahuan yang dimiliki, maka semakin positif sikap seseorang terhadap HIV.

Tabel 4. Uji t-test Sikap terhadap HIV Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Komprehensif HIV

	M	SD	Uji signifikansi
Pengetahuan komprehensif HIV			
Belum memiliki pengetahuan komprehensif	3.30	0.67	t (411) = 6.90, p < 0.01 (s)
Sudah memiliki pengetahuan komprehensif	3.75	0.64	
			Effect size Cohen's d = 0.70 (moderat)

Catatan: (s): asosiasi signifikan / (ns): asosiasi tidak signifikan

PERILAKU BERISIKO HIV

Bagian perilaku berisiko HIV memberikan informasi terkait dengan:

1. Perilaku seks responden
2. Perilaku konsumsi NAPZA responden

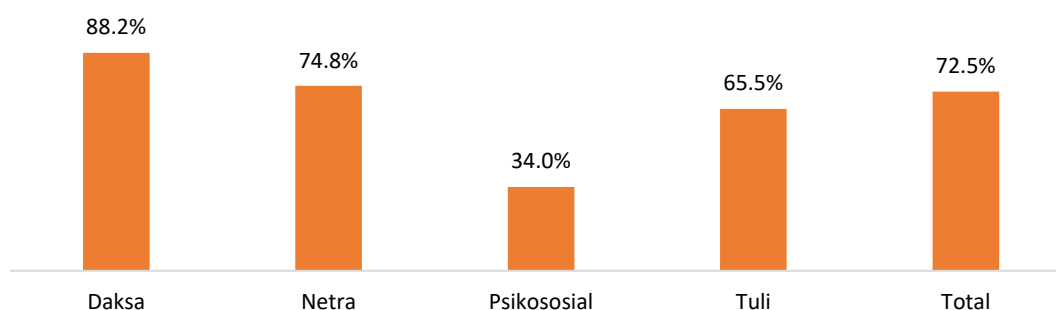
3. Persepsi risiko tertular HIV

Penyajian informasi akan dibedakan berdasarkan ragam disabilitas dan secara keseluruhan

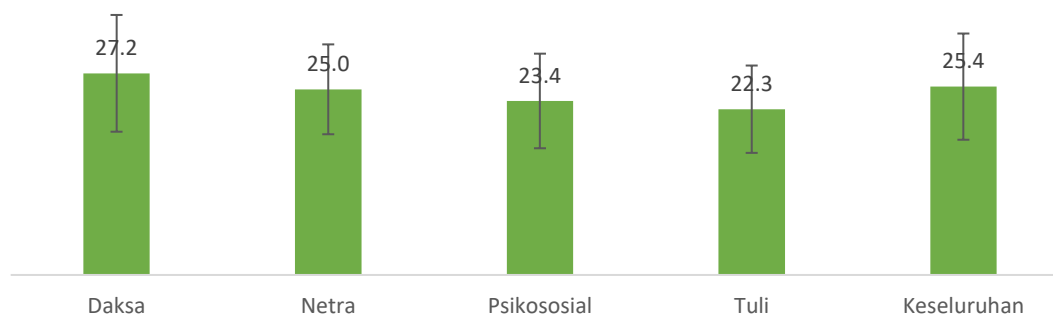
Perilaku seks

Bagian ini merinci pengalaman responden di dalam melakukan hubungan seks. Mayoritas dari mereka melaporkan pernah berhubungan seks, kecuali responden dengan ragam disabilitas psikososial yang memiliki pola sebaliknya (**lihat gambar 21**). Usia rata-rata pertama kali mereka berhubungan seks adalah umur 25 tahun, walaupun ada responden yang mulai berhubungan seks sejak umur 12 tahun (**lihat gambar 22**). Hal ini menunjukkan pentingnya memberikan perhatian terkait dengan pendidikan seksual dari usia dini.

Gambar 21. Pengalaman Berhubungan Seks

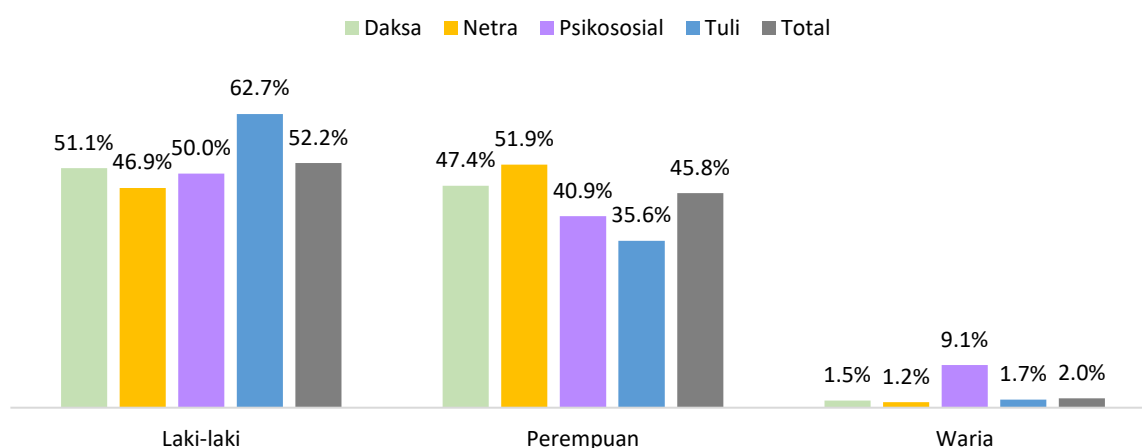


Gambar 22. Rata-rata usia pertama kali berhubungan seks



Gambar 23 menunjukkan bahwa setiap kelompok responden juga melaporkan pernah berhubungan seks dengan waria, walaupun proporsi secara keseluruhan hanya sebesar 2%. Hal ini menunjukkan adanya interseksionalitas antara orientasi seksual dan disabilitas yang perlu menjadi catatan di dalam merancang kebijakan dan program HIV yang lebih inklusif.

Gambar 23. Pasangan Seks Berdasarkan Gender

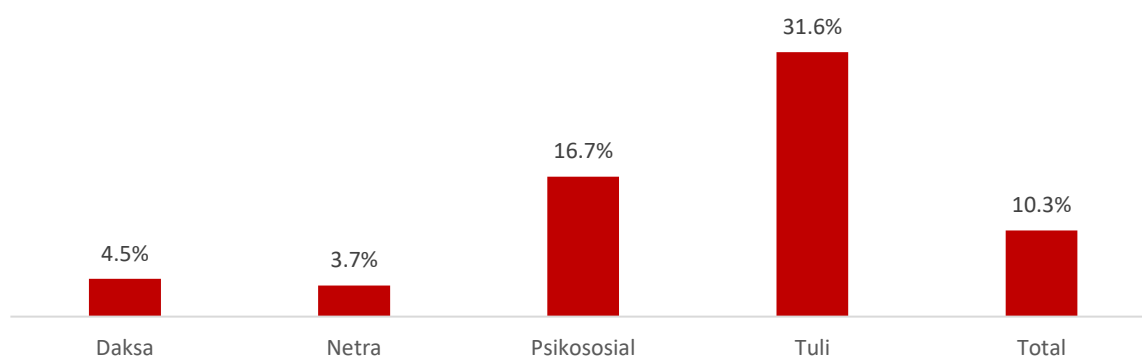


Terkait dengan pemaksaan berhubungan seks, **gambar 24** menunjukkan bahwa responden dari setiap ragam disabilitas melaporkan pernah mengalami pemaksaan untuk berhubungan seks. Dalam hal ini, proporsi terbesar dilaporkan oleh responden tuli (31.6%) yang diikuti oleh responden disabilitas psikososial (16.7%), responden disabilitas daksa (4.5%), dan responden disabilitas netra (3.7%).

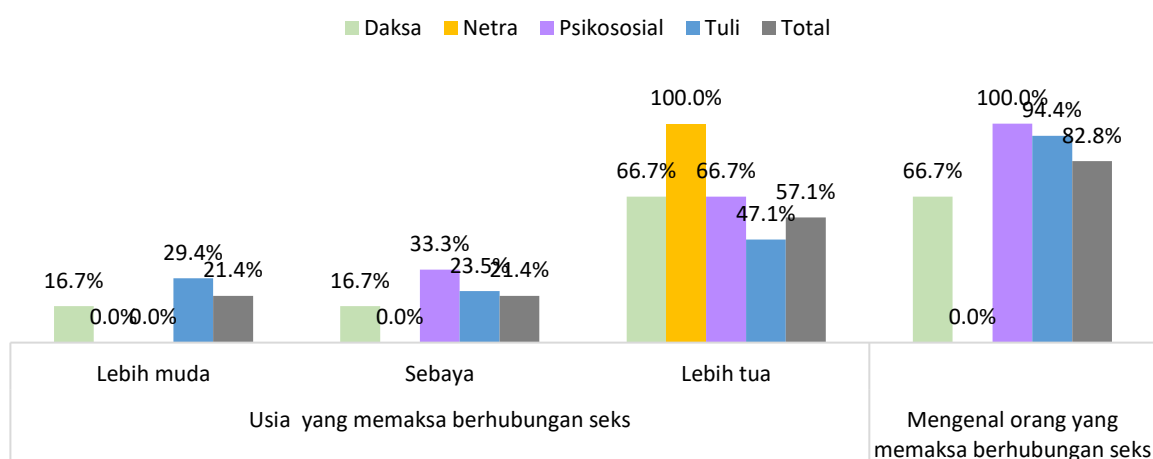
Pada **gambar 25** ditemukan bahwa mayoritas dari mereka yang pernah mengalami pemaksaan untuk berhubungan seks melaporkan bahwa orang yang melakukan pemaksaan berusia lebih tua (57.1%), meskipun ada juga orang-orang yang berusia sebaya (21.4%) atau bahkan lebih muda (21.4%). Lebih lanjut, mayoritas responden melaporkan bahwa mereka mengenal orang yang memaksa mereka untuk berhubungan seks (82.8%).

Temuan ini menunjukkan bahwa penyandang disabilitas juga rentan mengalami kekerasan seksual, bahkan dari orang-orang yang mereka kenal. Kenyataan bahwa mayoritas pelaku berusia lebih tua juga menunjukkan adanya relasi kuasa antara responden dan pelaku. Kerentanan ini tentu juga dapat meningkatkan kerentanan penyandang disabilitas terhadap HIV.

Gambar 24. Pengalaman dipaksa melakukan hubungan seks



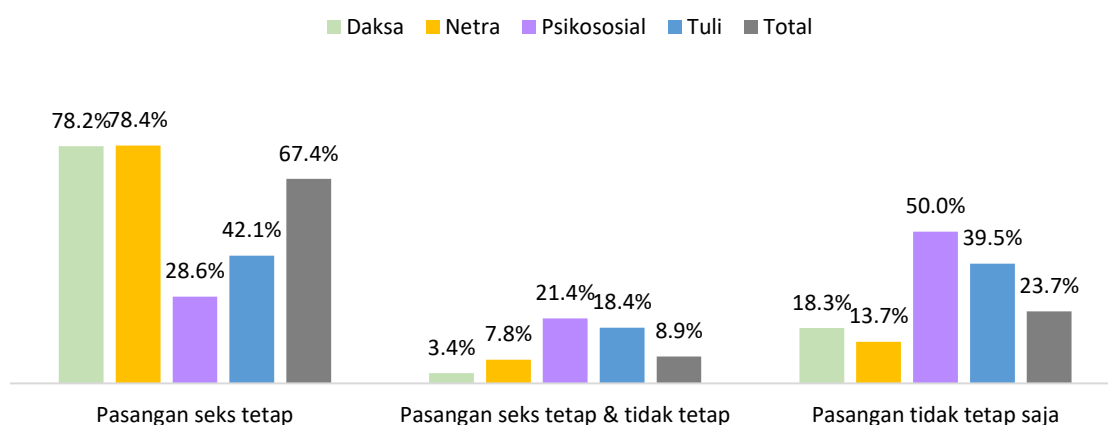
Gambar 25. Pelaku pemaksaan hubungan seks



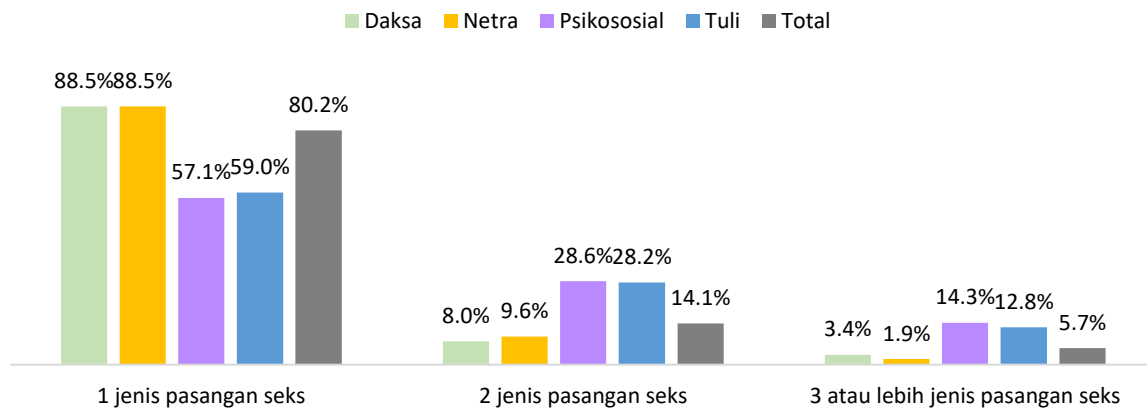
Gambar 26 merinci perilaku seks yang responden pernah lakukan. Mayoritas dari responden melaporkan memiliki pasangan seks tetap yang bisa diidentifikasi sebagai suami/istri/pacar (67.4%), serta 32.6 % responden melaporkan mereka pernah memiliki pasangan seks tidak tetap yang bisa diidentifikasi sebagai pasangan kasual (suka sama suka) dan pasangn komersial (membayar atau dibayar). Hasil terkait dengan memiliki pasangan seks tidak tetap ditemukan pada responden di setiap ragam disabilitas.

Terkait dengan jumlah jenis pasangan seks, **gambar 27** menunjukkan bahwa mayoritas responden melaporkan hanya memiliki 1 jenis pasangan seks, namun ditemukan 19.8% responden yang memiliki lebih dari 1 jenis pasangan seks. Hasil ini dapat menunjukkan risiko penyangang disabilitas untuk tertular atau menularkan HIV akibat jenis pasangan tidak tetap, terutama mereka yang memiliki lebih dari 1 jenis pasangan seks.

Gambar 26. Jenis Pasangan Seks

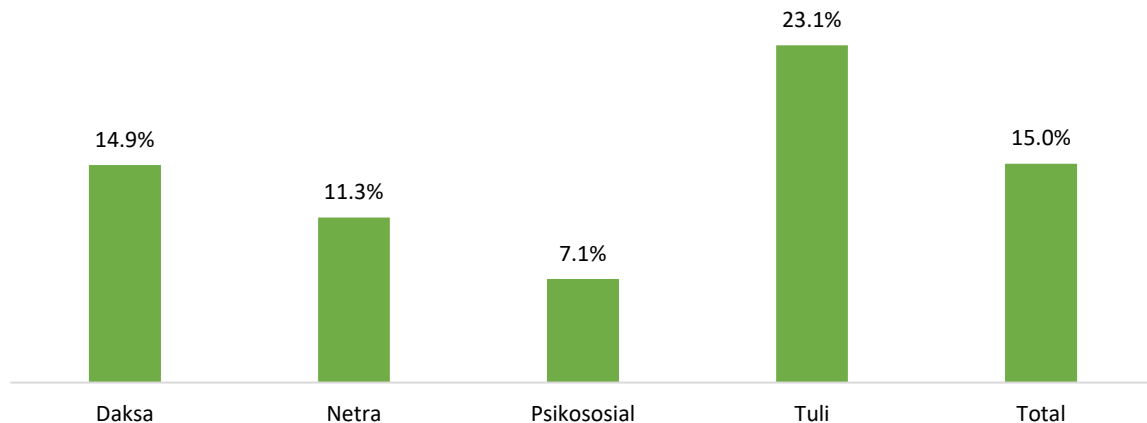


Gambar 27. Jumlah Jenis Pasangan Seks

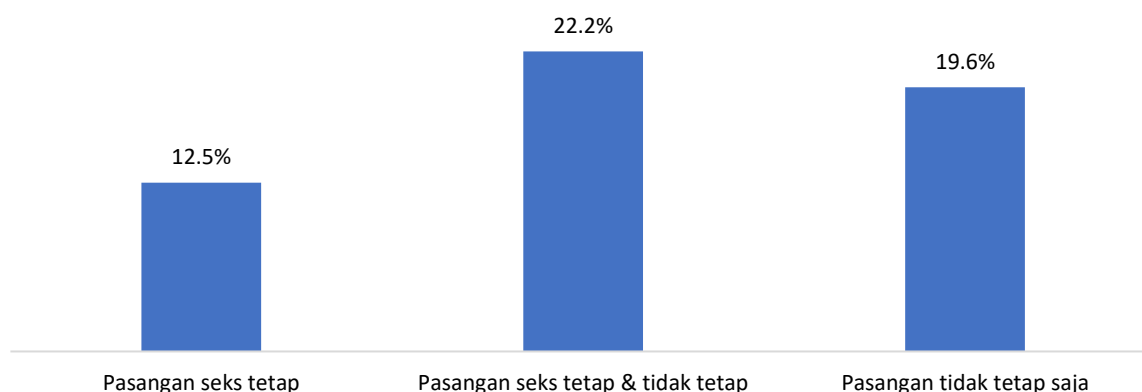


Gambar 28 merinci terkait perilaku seks berisiko yang secara spesifik melihat penggunaan kondom ketika berhubungan seks. Mayoritas dari responden melaporkan tidak pernah menggunakan kondom terlepas dari jenis pasangan seks mereka dan hanya 15% yang melaporkan pernah menggunakan kondom. Lebih lanjut, **gambar 29** menunjukkan bahwa perilaku tidak menggunakan kondom ini juga terjadi pada mereka yang memiliki lebih dari 1 jenis pasangan seks, terutama responden yang memiliki 2 jenis pasangan seks. Melalui temuan ini, penyandang disabilitas dapat diidentifikasi sebagai kelompok yang rentan terkena HIV akibat status pasangan tidak tetap dan perilaku seksual yang berisiko. Dengan demikian perlu dipertimbangkan untuk memasukkan kelompok disabilitas ke dalam sasaran program HIV yang diinisiasi oleh pemerintah maupun LSM.

Gambar 28. Pengalaman pernah menggunakan kondom



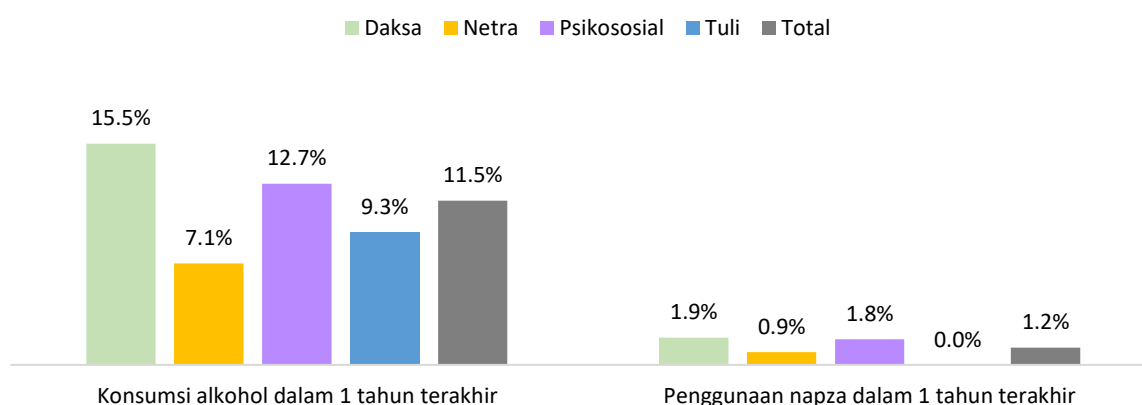
Gambar 29. Pengalaman pernah menggunakan kondom berdasarkan jenis pasangan



Perilaku Konsumsi NAPZA

Gambar 30 merinci perilaku responden dalam mengonsumsi alkohol dan napza dalam 1 tahun terakhir. Secara keseluruhan terdapat 11.5% responden yang melaporkan pernah mengonsumsi alkohol dalam 1 tahun terakhir dan hanya 1.2% responden yang pernah menggunakan narkoba dalam 1 tahun terakhir. Jika dikaitkan dengan risiko penularan HIV, maka risiko penularan HIV pada penyandang disabilitas melalui penggunaan jarum suntik secara bersamaan dan perilaku seksual berisiko di bawah pengaruh alkohol dan NAPZA menjadi lebih rendah.

Gambar 30. Perilaku penggunaan alkohol dan penggunaan Napza

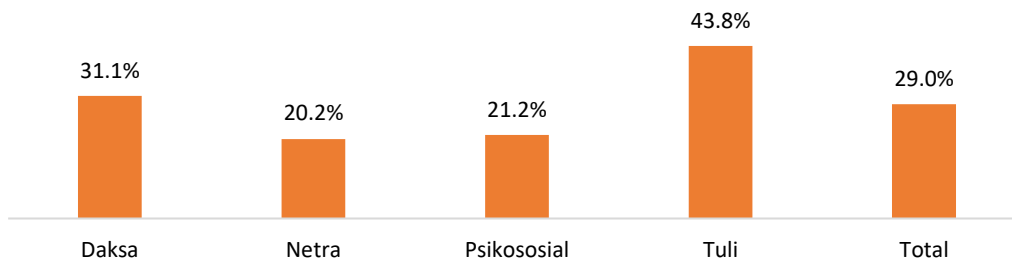


Persepsi Risiko

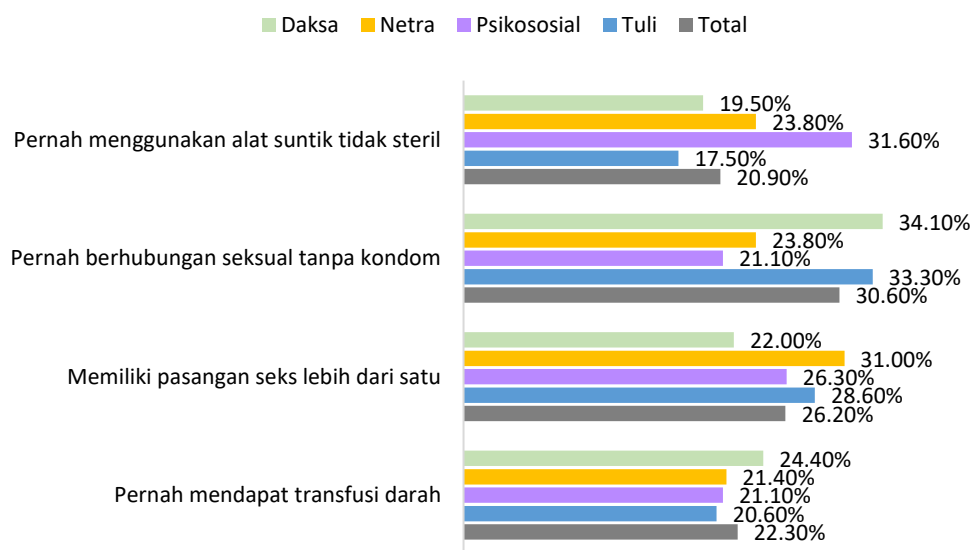
Gambar 31 dan 32 merinci persepsi responden terkait risiko tertular HIV. Secara keseluruhan mayoritas dari mereka melaporkan tidak merasa berisiko (71%) dan 29% responden lainnya merasa berisiko tertular HIV. Dalam hal ini proporsi responden yang merasa berisiko paling banyak ditemukan pada responden tuli (43.8%). Alasan merasa berisiko bervariasi yang mana mayoritas dari mereka merasa berisiko karena melakukan hubungan seks tanpa kondom (30.6%) yang diikuti dengan memiliki pasangan seks lebih dari

satu (26.2%), pernah mendapat transfusi darah (22.3%), dan pernah menggunakan alat suntik tidak steril (20.9%).

Gambar 31. Merasa berisiko tertular HIV



Gambar 32. Alasan Merasa Berisiko Terinfeksi HIV

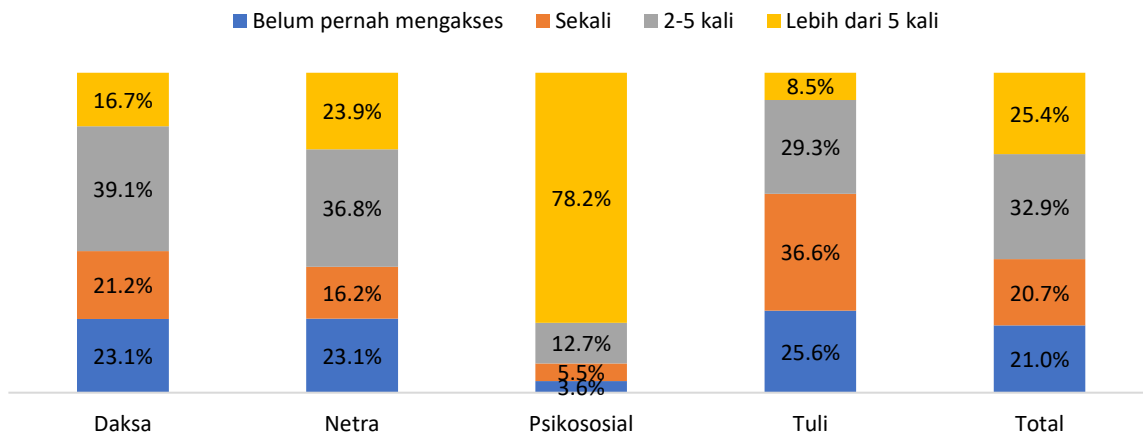


PERILAKU Mencari Kesehatan dan Tes HIV

Bagian perilaku mencari kesehatan memberikan informasi terkait perilaku responden dalam mengakses layanan kesehatan, baik layanan kesehatan secara umum maupun terkait tes HIV. Penyajian informasi akan dibedakan berdasarkan ragam disabilitas dan secara keseluruhan.

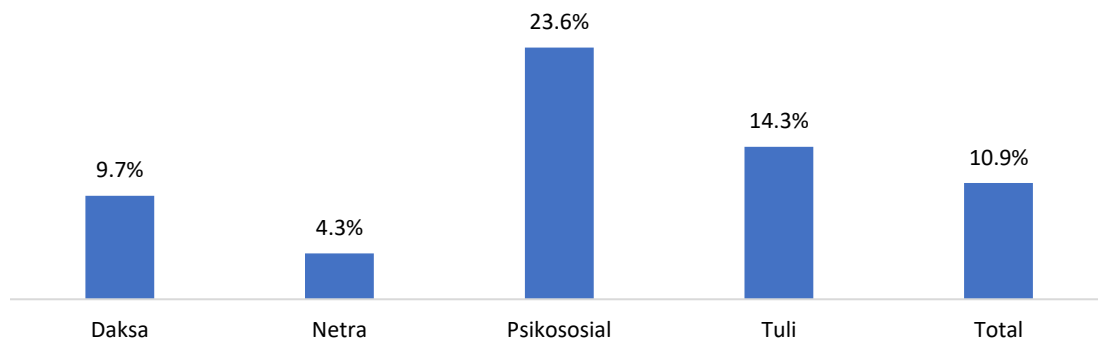
Gambar 33 merinci frekuensi responden mengakses layanan kesehatan dalam 1 tahun terakhir. Mayoritas responden di setiap ragam disabilitas (> 70%) melaporkan pernah mengakses layanan kesehatan dengan intensitas yang berbeda-beda. Secara keseluruhan, terdapat 21% responden yang melaporkan belum pernah mengakses layanan kesehatan dalam 1 tahun terakhir, meskipun proporsi lebih kecil ditemukan pada responden disabilitas psikososial sebesar 3.6%.

Gambar 33. Akses layanan kesehatan 1 tahun terakhir



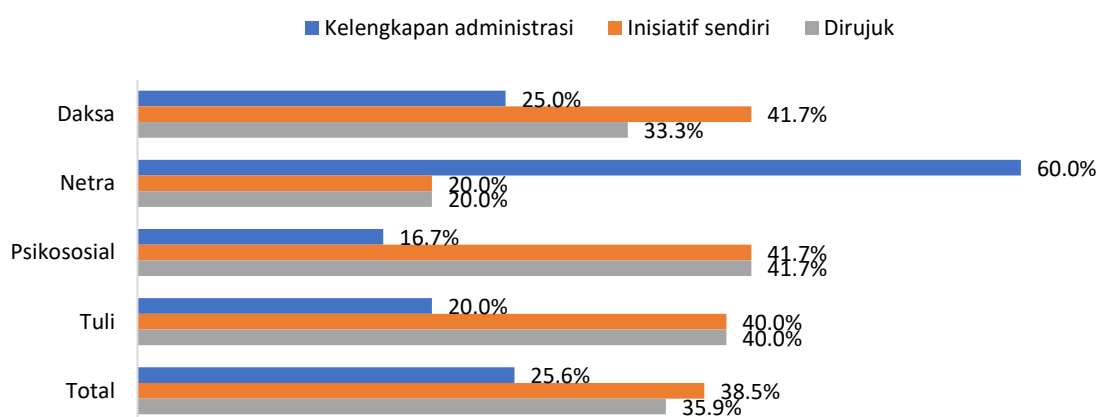
Gambar 34 merinci pengalaman responden dalam mengakses layanan tes HIV. Mayoritas responden di setiap ragam disabilitas melaporkan belum pernah melakukan tes darah untuk mengetahui status HIV (89.1%), sehingga hanya 10.9% responden yang pernah melakukan tes HIV. Meskipun demikian, responden dengan disabilitas psikososial melaporkan pengalaman tes HIV yang lebih besar dibandingkan ragam disabilitas lainnya. Dalam hal ini memastikan keberlanjutan perawatan bagi penyandang disabilitas yang memiliki status HIV+ menjadi penting untuk diperhatikan, termasuk mereka yang tinggal di panti sosial.

Gambar 34. Pengalaman Tes HIV

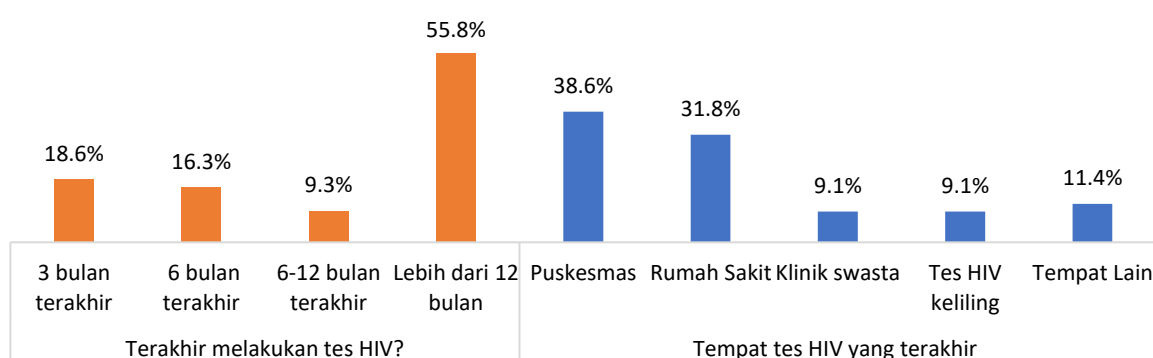


Lebih lanjut, **gambar 35 dan 36** menunjukkan bahwa mayoritas dari mereka yang pernah melakukan tes HIV, melaporkan terakhir kali mengakses layanan tes HIV lebih dari 12 bulan yang lalu (55.8%) dan lokasi utama yang diakses untuk melakukan tes HIV adalah Puskesmas (38.6%) dan Rumah sakit (31.8%). Alasan utama responden melakukan tes HIV cukup beragam, yaitu untuk melengkapi administrasi, baik untuk kepentingan pekerjaan, pernikahan, atau lainnya (25.6%), inisiatif sendiri karena merasa sakit atau merasa berisiko (38.5%), dan diminta /disarankan /dirujuk oleh orang lain (35.9%).

Gambar 35. Alasan tes HIV



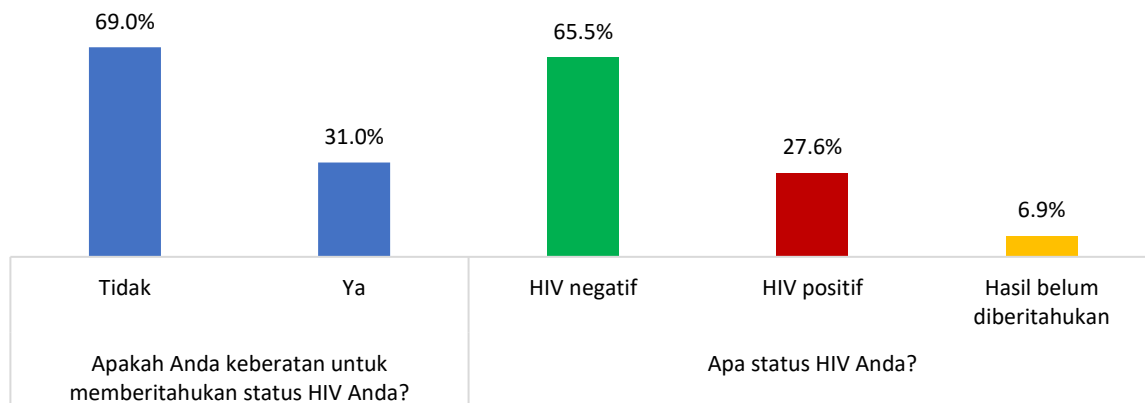
Gambar 36. Terakhir tes HIV dan lokasi tes HIV



Gambar 37 merinci status HIV yang disandang oleh responden. Sebanyak 31% responden merasa keberatan untuk memberitahukan status HIV mereka sehingga menyisakan 69% responden yang bersedia untuk memberitahukan status HIV-nya. Mayoritas dari mereka yang bersedia melaporkan, sebesar 65.5% memiliki status HIV negatif dan 27.6% responden memiliki status HIV positif.

Proporsi status HIV positif ini setara dengan 1.9% apabila dibandingkan dengan total keseluruhan sampel ($n=522$). Persentase ini tentu tergolong besar apabila dibandingkan dengan prevalensi HIV pada populasi kunci sebesar 1,6%-25,27%, utamanya mendekati prevalensi pada wanita pekerja seks. Selain itu, hasil analisis juga menunjukkan *positivity rate* sebesar $\pm 18\%$ yang berarti ketika tes HIV dilakukan pada 100 orang penyandang disabilitas, maka dapat diasumsikan 18 orang memiliki status HIV+. Informasi ini tentu menambah urgensi untuk memasukkan kelompok penyandang disabilitas sebagai sasaran intervensi dari program HIV.

Gambar 37. Hasil tes HIV



KELAYAKAN INTERVENSI HIV

Bagian kelayakan intervensi HIV bagi penyandang disabilitas diukur melalui skala likert 1-5 (Sangat tidak setuju s.d. Setuju) yang terdiri dari 2 bagian, yaitu:

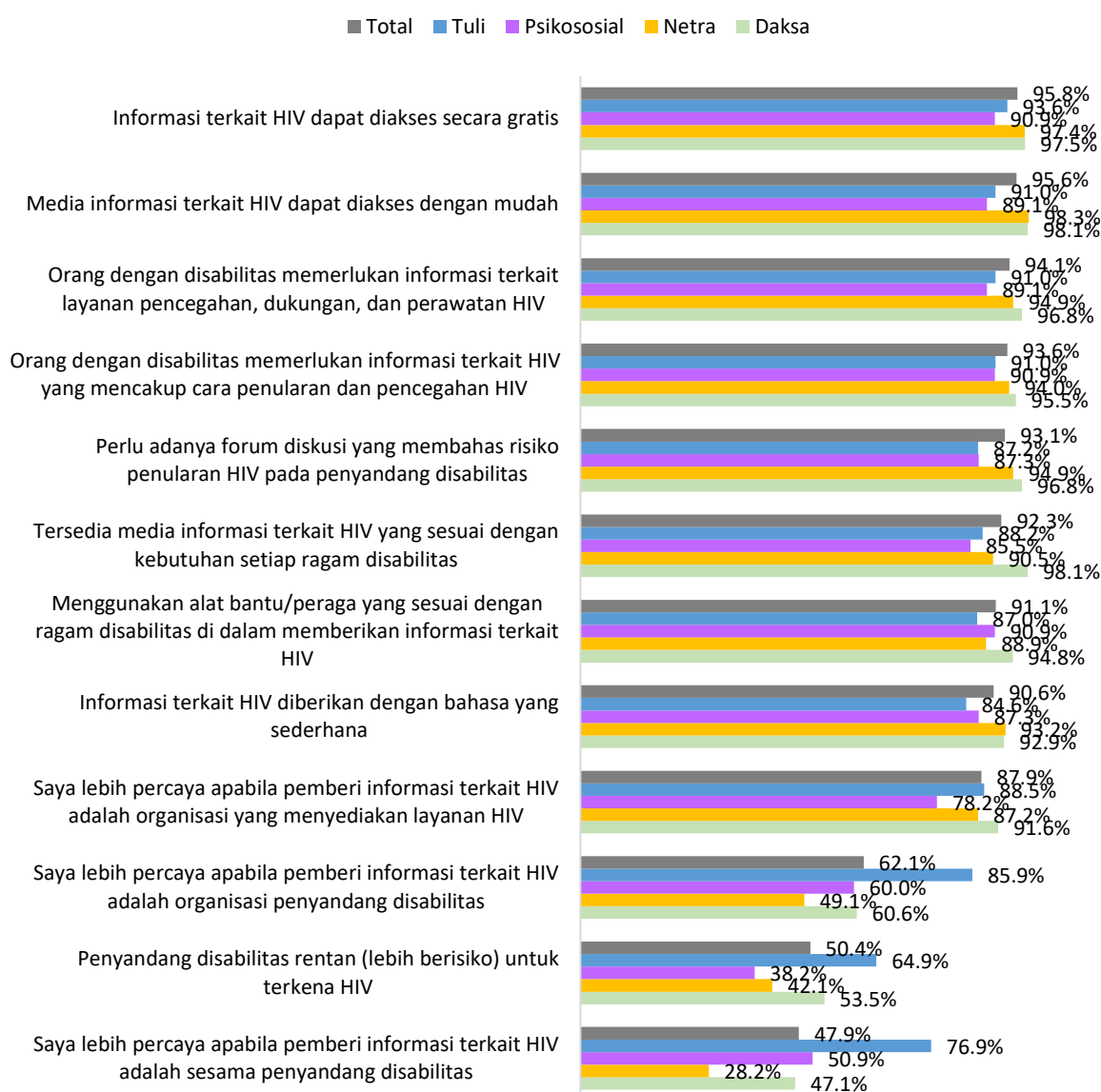
1. Pertimbangan penyediaan informasi HIV bagi penyandang disabilitas (12 item)
2. Pertimbangan penyediaan layanan HIV bagi penyandang disabilitas (11 item)

Hasil analisis data disajikan dalam bentuk persentase yang merujuk pada persentase responden yang memberikan penilaian setuju s.d sangat setuju.

Gambar 38 merinci hal-hal yang perlu dipertimbangkan di dalam memberikan layanan informasi HIV bagi penyandang disabilitas. Sebagian besar pernyataan (9 dari 12 pernyataan) dinilai perlu diterapkan ketika memberikan informasi HIV bagi penyandang disabilitas dengan persentase persetujuan 87.9% - 95.8%. Sedangkan 3 item lain yang mendapatkan tingkat persetujuan lebih rendah (47.9% - 62.1%) adalah pertimbangan bahwa penyandang disabilitas lebih berisiko terkena HIV, serta pemberian informasi HIV yang dilakukan oleh sesama penyandang disabilitas atau organisasi disabilitas.

Temuan ini mengandung makna bahwa penyandang disabilitas tetap lebih percaya apabila informasi terkait HIV diberikan oleh organisasi yang berfokus pada HIV. Selain itu, penyebaran informasi juga perlu menjelaskan keterkaitan antara disabilitas dengan risiko HIV agar informasi HIV menjadi lebih mudah diterima.

Gambar 38. Persetujuan terhadap penyediaan informasi HIV bagi penyandang disabilitas

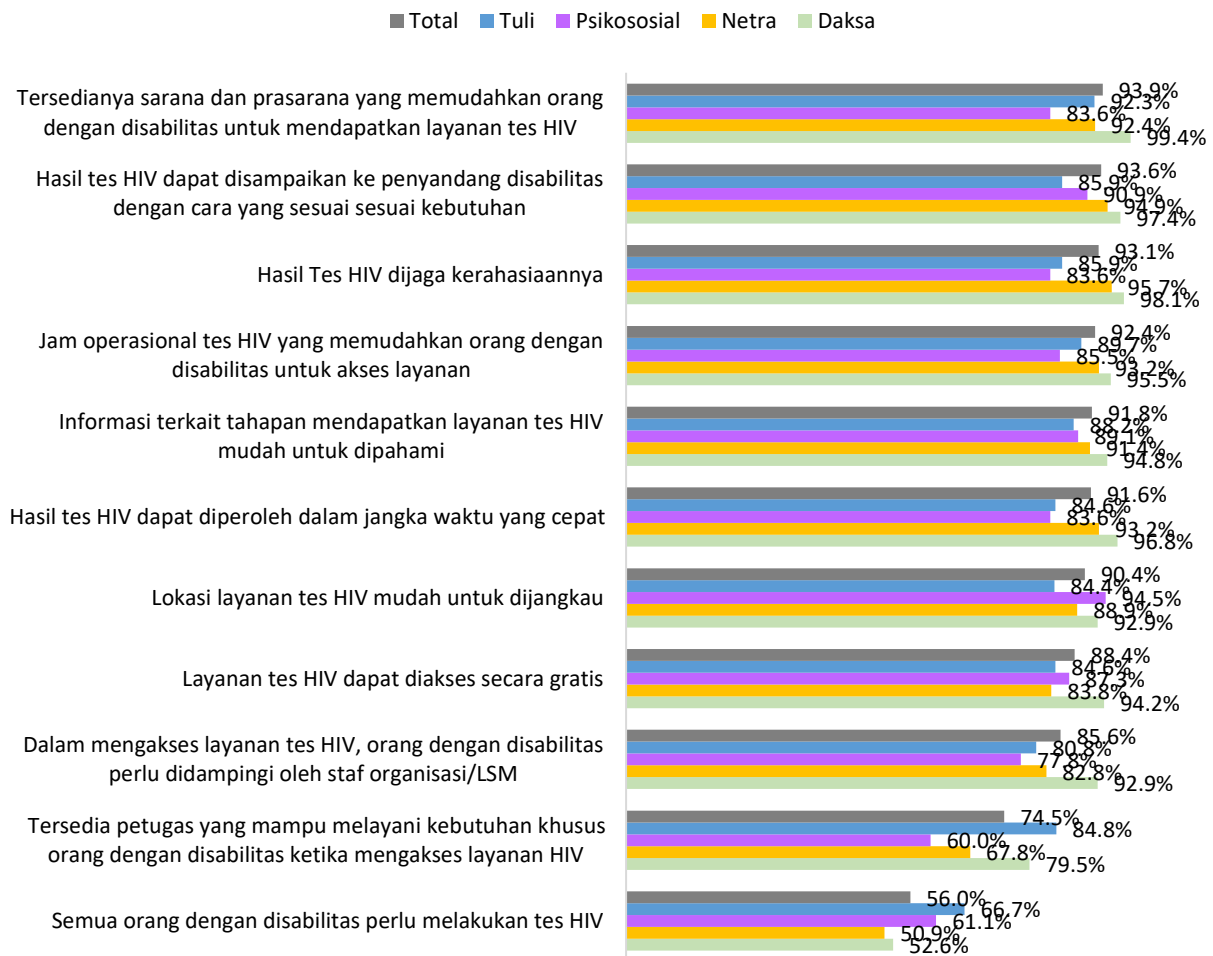


% merujuk pada jumlah responden yang memberikan responden Setuju s.d. Sangat Setuju

Gambar 39 merinci hal-hal yang perlu dipertimbangkan di dalam memberikan layanan HIV bagi penyandang disabilitas. Sebagian besar pernyataan (10 dari 11 pernyataan) dinilai perlu diterapkan ketika memberikan layanan HIV bagi penyandang disabilitas dengan persentase persetujuan 74.5% - 93.9%. Sedangkan 2 item lain yang mendapatkan tingkat persetujuan lebih rendah (56%) adalah terkait pertimbangan bahwa semua orang disabilitas perlu melakukan tes HIV.

Temuan ini mengandung makna bahwa persepsi terhadap risiko berpotensi untuk mendorong seseorang melakukan tes HIV, termasuk pada kelompok penyandang disabilitas. Dalam hal ini, pemberian informasi komprehensif terkait hubungan antara disabilitas akan dengan risiko HIV diharapkan mampu meningkatkan kesadaran penyandang disabilitas untuk melakukan tes HIV.

Gambar 39. Persetujuan terhadap bentuk Layanan HIV Bagi Penyandang Disabilitas



% merujuk pada jumlah responden yang memberikan responden Setuju s.d. Sangat Setuju

FAKTOR PENDUKUNG DAN PENGHAMBAT AKSES TERHADAP LAYANAN TERKAIT HIV

Bagian ini menjelaskan faktor-faktor yang berkaitan dengan akses terhadap layanan HIV yang secara spesifik merujuk pada perilaku tes HIV. Analisis dilakukan dengan teknik statistik *chi-square* dan korelasi *point-biserial*. Pemilihan teknis statistik menyesuaikan dengan jenis data yang akan dianalisis. Meskipun demikian, tujuan dari kedua teknik statistik ini adalah untuk mengidentifikasi asosiasi yang terbentuk antara variabel yang diuji sehingga dapat disimpulkan apakah variabel tersebut menjadi pendukung atau penghambat terhadap tes HIV.

Tabel 4. Uji *chi-square* variabel terkait demografi dengan tes HIV

Demografi		Tes HIV		Total	chi-square	Effect size
		Tidak pernah tes HIV	Pernah tes HIV			
Jenis kelamin	Laki-laki	190	34	224	$\chi^2 (1, 407) = 8.608, p < 0.01 (s)$	Cramer's V = .15 (kecil)
	Perempuan	172	11	183		
	Total	362	45	407		
Daksa		140	15	155	$\chi^2 (3, 403) = 15.498,$	

Ragam disabilitas	Netra	111	5	116	$p < 0.01$ (s)	Cramer's V = .20 (kecil)
	Psikososial	42	13	55		
	Tuli	66	11	77		
	<i>Total</i>	359	44	403		
Tingkat pendidikan	Tidak sekolah	27	1	28	χ^2 (4, 405) = 9.926, $p < 0.05$ (s)	Cramer's V = .157 (kecil)
	SD	55	4	59		
	SMP / sederajat	88	6	94		
	SMA / sederajat	144	23	167		
	Perguruan Tinggi	46	11	57		
	<i>Total</i>	360	45	405		
Usia	< 26 tahun	49	7	56	χ^2 (3, 408) = 14.641, $p < 0.01$ (s)	Cramer's V = .189 (kecil)
	26-45 tahun	162	32	194		
	46-65 tahun	140	6	146		
	> 65 tahun	12	0	12		
	<i>Total</i>	363	45	408		
Wilayah	Medan	50	1	51	χ^2 (7, 408) = 39.78, $p < 0.01$ (s)	Cramer's V = .312 (sedang)
	Jakarta	47	11	58		
	Bandung	29	13	42		
	Yogyakarta	41	11	52		
	Surabaya	50	2	52		
	Denpasar	48	2	50		
	Makassar	50	2	52		
	Sorong	48	3	51		
	<i>Total</i>	363	45	408		

Catatan: (s): asosiasi signifikan | (ns): asosiasi tidak signifikan

Tabel 4 merinci asosiasi yang terbentuk antara sejumlah variabel demografi dengan perilaku tes HIV, di antaranya adalah jenis kelamin, ragam disabilitas, tingkat pendidikan, usia, dan wilayah dengan tes HIV, walaupun kuat asosiasi tergolong kecil. Artinya, sebenarnya terdapat variabel-variabel selain variabel demografi yang mungkin lebih memengaruhi perilaku tes HIV. Meskipun demikian, temuan ini secara tidak langsung dapat menggambarkan perilaku berisiko HIV yang nampaknya lebih banyak dilakukan pada kelompok demografi tertentu, seperti pada kelompok laki-laki, tingkat pendidikan lebih tinggi dari SMA, serta pada kelompok usia 26-45 tahun. Persepsi merasa berisiko yang kemudian mendorong mereka untuk melakukan tes HIV. Hal ini sejalan dengan data HIV tahun 2023 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan bahwa kasus HIV s.d tahun 2023 triwulan 1 lebih banyak ditemukan pada kelompok demografi tersebut.

Terkait dengan ragam disabilitas dan wilayah, proporsi responden yang pernah melakukan tes HIV tampak lebih banyak di wilayah kota Jakarta, Bandung, dan Yogyakarta. Kuat asosiasi yang tergolong sedang, memperkuat dugaan bahwa program HIV di wilayah-wilayah ini sudah lebih melibatkan kelompok penyandang disabilitas, sehingga mereka lebih terpapar dengan akses terhadap layanan HIV.

Tabel 5. Uji chi-square variabel terkait informasi dan pengetahuan HIV dengan tes HIV

Informasi HIV		Tes HIV		Total	chi-square	Effect size
		Tidak pernah tes HIV	Pernah tes HIV			
Pernah mendengar informasi HIV	Tidak	50	1	51	$\chi^2 (1, 408) = 4.885$, $p < 0.05$ (s)	Cramer's V = .11 (kecil)
	Ya	313	44	357		
	Total	363	45	408		
Pengetahuan komprehensif HIV	Belum memiliki pengetahuan komprehensif	235	24	259	$\chi^2 (1, 408) = 2.246$, $p > 0.05$ (ns)	Cramer's V = -
	Memiliki pengetahuan komprehensif	128	21	149		
	Total	363	45	408		

Catatan: (s): asosiasi signifikan | (ns): asosiasi tidak signifikan

Tabel 5 menunjukkan asosiasi antara keterpaparan terhadap informasi HIV, pengetahuan komprehensif HIV dengan perilaku tes HIV. Dalam temuan ini, keterpaparan terhadap informasi HIV ternyata berkaitan dengan perilaku tes HIV, walaupun kuat asosiasi tergolong kecil. Hasil ini mengisyaratkan bahwa promosi informasi HIV tetap penting dilakukan untuk bisa mendorong tes HIV bagi penyandang disabilitas. Penyampaian informasi ini tentu perlu dilakukan dengan cara dan melalui media yang sesuai dengan karakteristik dari penyandang disabilitas.

Temuan ini juga menunjukkan bahwa pengetahuan komprehensif ternyata belum mampu mendorong seseorang untuk melakukan tes HIV. Tampaknya pengetahuan perlu disertai dengan persepsi berisiko agar seseorang lebih termotivasi untuk melakukan tes HIV. Dalam hal ini, pengetahuan komprehensif dapat membantu seseorang untuk lebih mawas terhadap perilaku-perilaku berisiko HIV, sehingga mereka memiliki evaluasi yang tepat terhadap risiko kesehatan yang mereka miliki.

Tabel 6. Uji chi-square variabel terkait risiko HIV dengan tes HIV

Risiko HIV		Tes HIV		Total	chi-square	Effect size
		Tidak pernah tes HIV	Pernah tes HIV			
Persepsi berisiko tertular HIV	Tidak merasa berisiko	254	22	276	$\chi^2 (1, 390) = 7.694$, $p < 0.01$ (s)	Cramer's V = .14 (kecil)
	Merasa berisiko	94	20	114		
	Total	348	42	390		
Jumlah jenis pasangan seks	1 jenis pasangan seks	142	13	155	$\chi^2 (3, 193) = 37.549$, $p < 0.01$ (s)	Cramer's V = .441 (sedang)
	2 jenis pasangan seks	18	8	26		
	3 jenis pasangan seks	4	6	10		
	4 jenis pasangan seks	0	2	2		
	Total	164	29	193		
Penggunaan kondom	Tidak pernah menggunakan kondom	144	21	165	$\chi^2 (1, 194) = 4.283$, $p < 0.05$ (s)	Cramer's V = .15 (kecil)

<u>Risiko HIV</u>	<u>Tes HIV</u>		Total	chi-square	Effect size
	Tidak pernah tes HIV	Pernah tes HIV			
Pernah menggunakan kondom	21	8	29		
<i>Total</i>	<i>165</i>	<i>29</i>	<i>194</i>		

Catatan: (s): asosiasi signifikan / (ns): asosiasi tidak signifikan

Tabel 6 menunjukkan asosiasi yang signifikan antara persepsi berisiko HIV, perilaku berisiko HIV, dengan perilaku tes HIV. Dalam hal ini, proporsi yang melakukan tes HIV lebih besar pada mereka yang merasa dirinya berisiko tertular HIV, begitu halnya dengan mereka yang memiliki lebih dari 1 jenis pasangan seks dan tidak pernah menggunakan kondom. Nampaknya, perilaku berisiko tersebut memperkuat persepsi berisiko dari seseorang sehingga mendorong mereka untuk melakukan tes HIV.

Dalam proses analisis, uji hubungan dengan korelasi poin-biserial juga dilakukan untuk melihat hubungan antara sikap terhadap ODHIV dengan perilaku tes HIV. Teknis korelasi ini digunakan karena peneliti ingin mengidentifikasi hubungan antara data yang bersifat kontinu (sikap terhadap ODHIV) dengan data yang bersifat dikotomi (tes HIV). Hasil pengujian menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif yang signifikan antara sikap terhadap ODHIV dengan tes HIV ($r_{pb} = 0.18$, $n = 413$, $p < 0.01$), meskipun kuat korelasi tergolong lemah / kecil. Hasil ini dapat dimaknai bahwa sikap positif terhadap ODHIV bukan menjadi faktor yang dominan, meskipun sedikit banyak mendorong seseorang untuk melakukan tes HIV. Patut diduga bahwa individu yang memiliki sikap positif terhadap ODHIV lebih bisa menerima kondisi terkait hidup dengan HIV, sehingga mengurangi resistensi atau kekhawatiran untuk melakukan tes HIV.

Melalui pemaparan hasil di bagian ini, maka dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang memiliki asosiasi signifikan dengan tes HIV adalah jenis kelamin, ragam disabilitas, tingkat pendidikan, usia, wilayah domisili, keterpaparan terhadap informasi HIV, persepsi berisiko tertular HIV, jumlah pasangan seks, dan perilaku menggunakan kondom. Sedangkan variabel pengujian yang ditemukan tidak signifikan adalah tingkat pengetahuan komprehensif HIV.

BAGIAN 4: DISKUSI & KESIMPULAN

DISKUSI

Temuan dari asesmen ini menunjukkan bahwa belum adanya inklusivitas terhadap penyandang disabilitas dari program HIV di Indonesia. Tereksklusinya penyandang disabilitas dalam program HIV terlihat dari temuan pertama yang menarik dari asesmen ini. terdapat 1.9% yang melaporkan HIV positif dari 422 responden dan tersebar di semua ragam disabilitas. Meskipun angka ini lebih rendah dari estimasi prevalensi HIV global (5.7-16.7%)^{4,10} pada penyandang disabilitas, namun angka ini menjadi menarik karena

persentase ini jauh lebih besar dibandingkan estimasi prevalensi HIV di populasi umum secara nasional (0.32%).³¹ Sayangnya angka prevalensi HIV di populasi penyandang disabilitas di Indonesia belum tersedia. Angka kasus HIV pada penyandang disabilitas yang dilaporkan dalam asesmen ini juga hampir mendekati proporsi HIV di kelompok pekerja seks (2.1%)³¹ dan proporsi HIV di populasi umum di Papua (2.3%).³² Temuan ini dapat menjadi salah satu bukti bahwa penyandang disabilitas masih terabaikan dalam program HIV di Indonesia.

Terbaikannya penyandang disabilitas dalam program HIV juga terlihat dari rendahnya pengetahuan komprehensif HIV pada responden dalam asesmen ini. Secara umum, hampir 90% responden pernah mendengar istilah HIV, namun angka ini masih lebih rendah dibandingkan di populasi umum (98.4%)³³ di Indonesia. Sayangnya, meskipun mayoritas responden pernah mendengar istilah HIV, hanya sepertiganya yang memiliki pengetahuan komprehensif HIV. Temuan ini juga dihasilkan oleh studi pada responden daksa, netra, dan tuli di Ethiopia Selatan. Mayoritas responden pernah mendengar istilah HIV dan AIDS, tetapi setengahnya tidak memahami perbedaan di antara keduanya dan tidak mengetahui pengobatan HIV.²⁰

Temuan terkait pengetahuan komprehensif HIV pada asesmen ini juga sejalan dengan hasil studi di negara lain. Sebuah studi kuantitatif di Afrika Selatan menunjukkan bahwa pengetahuan komprehensif HIV pada penyandang disabilitas lebih rendah dibandingkan populasi umum. Situasi ini terjadi karena secara umum penyandang disabilitas memiliki tingkat pendidikan dan pendapatan yang lebih rendah, sehingga menyebabkan mereka termarginalkan dan lebih berisiko terhadap HIV.¹ Studi lain yang spesifik pada penyandang disabilitas intelektual juga memberikan hasil yang sama, mispersepsi bahwa penyandang disabilitas tidak aktif seksual menyebabkan mereka dibatasi dari informasi seksualitas, sehingga pengetahuan komprehensifnya lebih rendah dibandingkan non-disabilitas.¹⁴ Studi lainnya di Indonesia juga memperoleh hasil yang mirip, orangtua dari penyandang disabilitas mengabaikan pemberian pengetahuan tentang seksualitas karena adanya mispersepsi bahwa anaknya tidak aktif secara seksual.³⁴ Temuan-temuan ini menunjukkan bahwa rendahnya pengetahuan komprehensif HIV pada penyandang disabilitas juga terjadi karena kondisi sosialnya tidak supportif terhadap kebutuhannya. Banyaknya mispersepsi mengenai seksualitas penyandang disabilitas menyebabkan mereka tereksklusi dari pengetahuan terkait HIV.

Jika dilihat lebih mendalam, responden daksa yang paling banyak memiliki pengetahuan komprehensif HIV dibandingkan ragam disabilitas yang lain. Situasi sebaliknya di responden tuli yang memiliki pengetahuan komprehensifnya paling sedikit dibandingkan ragam disabilitas yang lain. Salah satu yang menjadi hambatan bagi responden tuli untuk memperoleh pengetahuan HIV adalah kesenjangan komunikasi dengan tenaga kesehatan dengan kelompok tuli.³⁵ Minimnya tenaga kesehatan yang dapat berkomunikasi baik dengan

kelompok tuli memungkinkan terjadinya kesalahan penyampaian dan penerimaan informasi yang dapat menyebabkan misinformasi HIV. Dengan demikian, perlu memberikan peningkatan kapasitas bagi tenaga kesehatan agar dapat berkomunikasi dengan baik dengan penyandang disabilitas, khususnya kelompok tuli.

Peningkatan kapasitas komunikasi bagi tenaga kesehatan juga menjadi penting karena hasil asesmen menunjukkan bahwa salah satu sumber informasi HIV terbanyak berasal dari tenaga kesehatan. Namun, media elektronik dan media cetak menjadi dua sumber informasi HIV tertinggi di antara responden pada asesmen ini. Temuan ini juga didukung oleh hasil studi lainnya yang menyatakan bahwa radio dan televisi menjadi sumber utama informasi kesehatan seksual bagi penyandang disabilitas dibandingkan dari tenaga kesehatan.^{24,25} Media elektronik, khususnya video juga dinyatakan lebih efektif untuk memberikan pemahaman mengenai kesehatan bagi kelompok tuli.^{36,37} Temuan-temuan ini dapat menjadi dasar untuk pengembangan strategi promosi HIV di Indonesia. Pemanfaatan media video dapat menjadi salah satu pertimbangan agar dapat lebih inklusif, dengan tujuan penyandang disabilitas lebih terpapar terhadap informasi dan layanan terkait HIV.

Kurang terpaparnya penyandang disabilitas terhadap informasi dan layanan terkait HIV tentunya berdampak pada munculnya persepsi negatif pada HIV atau ODHIV dan munculnya perilaku berisiko. Pada asesmen ini persepsi negatif ditunjukkan jika mereka dihadapkan pada situasi harus berinteraksi dekat atau beraktivitas bersama orang dengan HIV. Situasi ini tidak jauh berbeda dengan temuan di populasi umum di Indonesia yang menunjukkan bahwa sebagian besar masih memiliki miskonsepsi tentang penularan HIV³³ dan memberikan stereotipe negatif pada ODHIV.³⁹ Temuan ini tentunya perlu menjadi perhatian karena persepsi negatif dapat terwujud menjadi perilaku diskriminasi. Di sisi lain, persepsi negatif pada HIV juga dapat berkembang menjadi resistensi bagi penyandang disabilitas untuk mengakses layanan HIV karena enggan untuk distigma oleh penyandang disabilitas lainnya.

Selain persepsi negatif, minimnya pengetahuan juga dapat memunculkan perilaku berisiko pada penyandang disabilitas. Hasil dari asesmen ini menunjukkan seperlima dari responden yang pernah melakukan hubungan seks memiliki lebih dari satu tipe pasangan seks, lebih lanjut, dari keseluruhan yang pernah melakukan hubungan seks, hanya 15% yang pernah menggunakan kondom. Tentunya hasil ini perlu menjadi pengingat bagi intervensi HIV di Indonesia untuk menysasar penyandang disabilitas sebagai salah satu prioritas dalam program. Hasil ini didukung oleh studi di negara lain. Penyandang disabilitas yang melaporkan perilaku seksual berisiko sama atau lebih banyak dibandingkan non-disabilitas,^{1,13} karena rendahnya keterampilan hidup dan terbatasnya pilihan bagi mereka karena lingkungan yang terlalu protektif terhadap mereka.²⁷ Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, kerentanan penyandang disabilitas terhadap infeksi HIV juga terbentuk karena lingkungan yang kurang mendukung terhadap seksualitasnya. Maka ketika mengembangkan

strategi intervensi HIV untuk penyandang disabilitas, tidak hanya sampai di tataran pengetahuan, tetapi juga harus melibatkan lingkungan terdekatnya untuk bisa memberikan dukungan terhadap kebutuhan seksualitasnya, termasuk informasi terkait HIV.

Kerentanan penyandang disabilitas terhadap infeksi HIV bukan hanya karena perilaku berisikonya, tetapi juga karena penyandang disabilitas rentan mengalami kekerasan seksual. Pada asesmen ini terlihat bahwa pemaksaan hubungan seksual terjadi pada semua ragam disabilitas. Situasi ini serupa dengan literatur yang menyatakan bahwa penyandang disabilitas lebih rentan mengalami eksploitasi seksual yang berakibat pada kehamilan tidak diinginkan dan infeksi menular seksual.³⁸ Karakteristik pelaku kekerasan seksual pada asesmen ini sebagian besar adalah orang yang dikenal dan berusia lebih tua. Situasi ini menunjukkan bahwa lingkungannya belum tentu menjadi ruang aman bagi penyandang disabilitas. Hal ini semakin diperparah dengan adanya kelompok non-disabilitas yang memercayai mitos bahwa penyandang disabilitas tidak memiliki keinginan seksual. Pandangan ini dapat berdampak pada munculnya persepsi bahwa penyandang disabilitas tidak mungkin mengalami kekerasan seksual.²⁴ Selain itu, situasi ini tentunya semakin menyulitkan untuk mencari dukungan dalam menyediakan informasi terkait seksualitas maupun infeksi menular seksual, khususnya HIV pada penyandang disabilitas.

Dukungan terhadap penyandang disabilitas tidak hanya sebatas pencegahan atau mitigasi perilaku seksual berisiko, namun juga dorongan untuk mengakses layanan terkait HIV. Dari hasil asesmen ini tampak bahwa sebagian besar responden mengakses layanan kesehatan dalam satu tahun terakhir, bahkan lebih dari setengah mengakses layanan kesehatan lebih dari satu kali. Namun demikian, hanya kurang lebih 10% yang pernah tes HIV, dengan alasan merasa berisiko, dirujuk atau disarankan, atau karena kebutuhan administrasi. Di sisi lain, dua alasan terbesar bagi responden yang tidak pernah tes HIV adalah tidak merasa sakit atau tidak merasa berisiko; hanya sebagian kecil yang merasa takut mendapat perlakuan diskriminatif dari penyedia layanan. Temuan penelitian lain terkait alasan tidak mengakses layanan HIV juga masih beraneka ragam. Beberapa penelitian menemukan bahwa penyandang disabilitas memiliki persepsi bahwa layanan terkait HIV tidak ramah disabilitas,²⁵ baik karena tidak adanya fasilitas fisik (jalur landai, jalur pemandu, lift),¹⁸ tenaga kesehatan yang tidak empati,¹¹ ataupun petugas yang tidak memiliki kapasitas komunikasi dengan tuli sehingga informasi yang disampaikan tidak dipahami.²³ Dalam asesmen ini poin-poin ini muncul dalam kriteria kelayakan intervensi HIV untuk penyandang disabilitas. Meskipun alasan takut mendapat perlakuan diskriminatif dan layanan kesehatan tidak menyediakan kebutuhan muncul dalam proporsi yang besar dalam asesmen ini, namun kedua hal ini diakui oleh responden menjadi kriteria penting dalam pelaksanaan intervensi HIV untuk penyandang disabilitas.

Pada domain kelayakan intervensi tergambar beberapa hal yang penting menurut responden terkait penyediaan informasi dan layanan HIV yang inklusif. Temuan menarik

dalam domain ini adalah responden merasa disabilitas yang disandanginya tidak membuatnya lebih rentan terinfeksi HIV. Temuan ini bertentangan dengan salah satu studi yang menyebutkan bahwa penyandang disabilitas menyadari bahwa disabilitasnya membuatnya lebih rentan terhadap HIV.²⁰ Di sisi lain, kesadaran akan risiko muncul pada item pernyataan lain yang menyatakan bahwa penyandang disabilitas membutuhkan forum yang mendiskusikan risiko HIV pada penyandang disabilitas. Hasil ini menunjukkan bahwa adanya kebutuhan dari penyandang disabilitas untuk memperoleh informasi HIV, khususnya terkait risiko pada kelompoknya.

Hasil lainnya pada domain ini adalah penyandang disabilitas lebih percaya jika informasi HIV disampaikan oleh lembaga di isu HIV dibandingkan oleh teman atau lembaga di isu disabilitas. Hasil ini sejalan dengan temuan di domain pengetahuan HIV yang menyatakan bahwa salah satu sumber informasi utama adalah dari petugas kesehatan. Tentunya petugas kesehatan yang menyampaikan perlu ditingkatkan kapasitasnya untuk bisa berkomunikasi baik dengan penyandang disabilitas. Pada temuan sebelumnya juga dijelaskan bahwa media elektronik menjadi sumber informasi terbesar bagi penyandang disabilitas, hal ini tersampaikan kembali di domain kelayakan intervensi. Penggunaan bahasa yang sederhana, dengan media dan alat peraga yang ramah terhadap berbagai disabilitas menjadi hal esensial dalam mengembangkan strategi informasi HIV bagi penyandang disabilitas.

Terakhir, terkait hal penting dalam menyediakan layanan adalah lokasi yang mudah diakses dilengkapi fasilitas yang ramah terhadap disabilitas. Kedua hal ini vital untuk disediakan dalam menyusun strategi intervensi HIV, agar tidak muncul persepsi dari penyandang disabilitas terkait layanan HIV yang tidak inklusif terhadap penyandang disabilitas.²⁵

Secara umum, hasil dari asesmen ini tidak banyak berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Serupa dengan hasil studi lainnya, asesmen ini juga menemukan bahwa pengetahuan komprehensif HIV cenderung rendah dan memiliki perilaku seksual berisiko yang tinggi. Terkait kerentanan terhadap kekerasan seksual, temuan pada asesmen ini juga memvalidasi temuan pada studi lain; terlihat dari pengalaman kekerasan seksual yang dialami oleh semua ragam disabilitas. Selanjutnya, terkait akses pada layanan HIV, asesmen ini juga melengkapi temuan pada studi lain yang menyatakan bahwa adanya persepsi dari penyandang disabilitas bahwa layanan HIV tidak inklusif. Hasil asesmen ini menunjukkan bahwa ketersediaan petugas kesehatan yang peka dan fasilitatif terhadap kebutuhan penyandang disabilitas merupakan salah satu hal yang esensial dalam menyediakan layanan HIV bagi penyandang disabilitas.

Hal spesifik dari asesmen ini adalah, luasnya cakupan ragam disabilitas dalam penelitian ini. Asesmen ini juga merupakan studi pertama di Indonesia yang berupaya untuk memahami pengetahuan, sikap, dan perilaku penyandang disabilitas dalam isu HIV. Asesmen ini juga berhasil untuk bisa memperoleh responden dengan disabilitas yang cukup beragam. Namun

demikian, hasil dari asesmen ini perlu diinterpretasikan dengan berhati-hati ketika akan membandingkan antar wilayah; karena sebaran ragam disabilitas yang tidak merata di setiap wilayah.

KESIMPULAN

Sebagai penelitian awal isu disabilitas dalam konteks HIV di Indonesia, asesmen ini bertujuan untuk membantu menyediakan bukti dalam pengembangan kebijakan penguatan layanan HIV untuk menjawab kebutuhan penyandang disabilitas. Untuk mencapai tujuan tersebut, asesmen ini berupaya untuk memperoleh gambaran mengenai pengetahuan, persepsi, dan faktor risiko HIV pada penyandang disabilitas. Selain itu, asesmen ini juga menggali faktor yang mendukung dan menghambat penyandang disabilitas untuk datang ke layanan, serta mengidentifikasi kebutuhan spesifik untuk membantu pengembangan intervensi HIV yang inklusif terhadap berbagai ragam disabilitas. Pendekatan kuantitatif digunakan sebagai metode utama dalam melakukan asesmen, juga kajian literatur untuk memahami isu disabilitas dalam konteks HIV. Dari kedua metode ini terdapat beberapa temuan hasil pengolahan data yang dilakukan.

Salah satu temuan dari asesmen ini yang perlu menjadi catatan penting adalah proporsi penyandang disabilitas yang melaporkan HIV mencapai 1.9%, angka yang jauh lebih tinggi dibandingkan estimasi prevalensi HIV secara nasional. Proporsi ini terdiri dari seluruh ragam disabilitas yang terlibat dalam asesmen ini (daksa, netra, psikososial, dan tuli) dan tersebar di Bandung dan Yogyakarta. Angka proporsi ini dapat menjadi catatan penting bahwa penyandang disabilitas perlu untuk menjadi prioritas di dalam penyelenggaraan program HIV. Temuan mengenai pengetahuan komprehensif HIV pada asesmen ini juga menggambarkan pengabaian penyandang disabilitas dalam isu HIV. Hanya sepertiga dari responden yang memiliki pemahaman komprehensif HIV, padahal sebagian besar responden menyatakan pernah mendengar istilah HIV dan/atau AIDS. Hanya sekitar 16% yang pernah terpapar informasi HIV dari tenaga kesehatan atau penyuluh, di sisi lain, hampir 60% responden mengakses layanan kesehatan lebih dari dua kali dalam satu tahun terakhir. Terlihat bahwa meskipun jumlah frekuensi datang ke layanan cukup tinggi, tidak berarti penyandang disabilitas mendapatkan informasi HIV.

Rendahnya pengetahuan komprehensif HIV pada penyandang disabilitas juga tercermin dari persepsi mereka terhadap HIV. Secara umum terlihat bahwa penyandang disabilitas memiliki persepsi positif terhadap HIV. Akan tetapi, persepsi positif ini hanya tampak pada hal-hal yang bersifat hak dasar (pekerjaan, pendidikan, kesehatan). Sedangkan pada hal-hal yang bersifat lebih personal dan membutuhkan interaksi yang intens dengan ODHIV (tinggal bersama, melakukan aktivitas, menjadi pemimpin komunitas) responden memberikan persetujuan yang lebih rendah. Temuan ini menunjukkan bahwa masih terdapat mispersepsi terutama terkait penularan HIV pada penyandang disabilitas.

Lebih lanjut, minimnya pemahaman terhadap penularan HIV juga tampak dari perilaku berisiko yang dilakukan, terutama terkait dengan perilaku seks berisiko. Secara umum, usia pertama kali melakukan hubungan seks berada di rentang 12-15 tahun merata di semua ragam disabilitas. Sepertiga dari responden yang pernah melakukan hubungan seks melaporkan bahwa mereka pernah memiliki pasangan tidak tetap (kasual dan/atau komersial). Jika melihat dari jumlah tipe pasangan seks, hampir seperlima responden yang pernah melakukan hubungan seks memiliki lebih dari satu tipe pasangan seks. Sayangnya, hanya 15% dari responden yang pernah melakukan hubungan seks melaporkan pernah menggunakan kondom, terlepas dari tipe pasangan seksualnya. Merujuk pada perilaku seksual yang berisiko, angka penggunaan kondom yang sangat rendah perlu menjadi salah satu prioritas ketika merancang program HIV untuk penyandang disabilitas.

Namun demikian, pengalaman kekerasan seksual yang dialami oleh penyandang disabilitas juga perlu menjadi prioritas lainnya ketika mengembangkan program HIV untuk penyandang disabilitas. Dalam asesmen ini, setiap ragam disabilitas melaporkan pernah mengalami pemaksaan hubungan seks, dengan proporsi terbesar di responden tuli. Sebagian besar pelaku pemaksaan hubungan seks (82.8%) dikenal oleh responden dan lebih dari setengahnya berusia lebih tua dari responden. Meskipun asesmen ini tidak menanyakan lebih detail mengenai pengalaman kekerasan, namun hasil ini telah menunjukkan bahwa penyandang disabilitas mengalami ketimpangan relasi kuasa yang menempatkannya semakin rentan terhadap infeksi HIV sebagai dampak dari kekerasan seksual yang dialami.

Pengalaman melakukan perilaku seksual berisiko dalam asesmen ini divalidasi oleh persepsi risiko HIV yang dirasakan oleh responden. Setiap ragam disabilitas merasa berisiko terinfeksi HIV, dengan proporsi paling besar pada responden tuli. Alasan paling banyak merasa berisiko adalah terkait penggunaan kondom dan memiliki pasangan seks lebih dari satu, hasil ini sejalan dengan temuan di domain perilaku seksual berisiko. Sayangnya, pada domain perilaku mencari kesehatan di layanan HIV, hampir 90% responden belum pernah melakukan tes HIV. Sementara itu, pada temuan lain menunjukkan 80% responden mengakses layanan kesehatan dalam setahun terakhir, bahkan lebih dari setengahnya mengakses lebih dari satu kali. Hasil ini dapat menunjukkan masih minimnya promosi untuk tes HIV khususnya untuk penyandang disabilitas di fasilitas kesehatan. Meskipun mayoritas responden sangat sering mengunjungi fasilitas kesehatan, namun sebagian besar belum terpapar dengan informasi tes HIV.

Melihat hasil temuan pada asesmen ini, tampak adanya kebutuhan untuk menyediakan program HIV yang spesifik mengakomodasi kebutuhan penyandang disabilitas. Sebagian besar responden dalam asesmen ini menyatakan bahwa penyandang disabilitas membutuhkan informasi terkait HIV maupun layanan HIV, mulai dari pencegahan sampai pengobatan. Penggunaan bahasa yang sederhana dan penggunaan media yang mudah diakses oleh semua ragam disabilitas juga perlu menjadi poin esensial yang perlu dipertimbangkan. Salah satu hal penting lainnya adalah responden menyatakan bahwa penyampaian informasi terkait HIV akan lebih bisa dipercaya jika berasal dari lembaga yang

menyediakan layanan HIV. Hal ini menunjukkan bahwa penting untuk dapat menyediakan tenaga kesehatan, petugas penjangkau, atau pendamping dari lembaga HIV yang dapat mengakomodasi kebutuhan semua ragam disabilitas.

Temuan pada asesmen ini menunjukkan bahwa adanya kebutuhan dari penyandang disabilitas untuk mengakses informasi dan layanan HIV. Terlihat dari rendahnya pengetahuan komprehensif HIV dan kasus HIV yang dilaporkan oleh responden menandakan kurang terpaparnya para penyandang disabilitas terhadap informasi HIV. Meskipun frekuensi berkunjung ke fasilitas kesehatan terbilang cukup sering, sayangnya informasi HIV ataupun layanan HIV belum cukup tersampaikan kepada penyandang disabilitas. Materi dan media promosi informasi dan layanan HIV perlu lebih inklusif agar tidak ada lagi kebutuhan para penyandang disabilitas yang terabaikan.

Temuan dari penelitian ini juga dapat dimaknai bahwa tidak ada faktor tunggal yang memengaruhi seseorang untuk melakukan tes HIV, meskipun tampaknya persepsi berisiko menjadi pendorong utama seseorang untuk melakukan tes HIV. Keterpaparan terhadap informasi dan pengetahuan komprehensif HIV dapat dimaknai sebagai faktor pendukung karena selain menurunkan stigma dan diskriminasi terhadap HIV, pengetahuan HIV diharapkan dapat membantu individu untuk mengevaluasi risiko kesehatannya dengan lebih tepat. Melalui temuan ini, faktor demografi seperti ragam disabilitas, tingkat pendidikan, dan usia, berpotensi menjadi penghambat karena membatasi akses penyandang disabilitas kepada informasi dan intervensi HIV. Oleh karena itu penting bahwa penyediaan informasi dan intervensi dilaksanakan dengan prinsip GEDSI, sehingga menjadi lebih inklusif terhadap penyandang disabilitas.

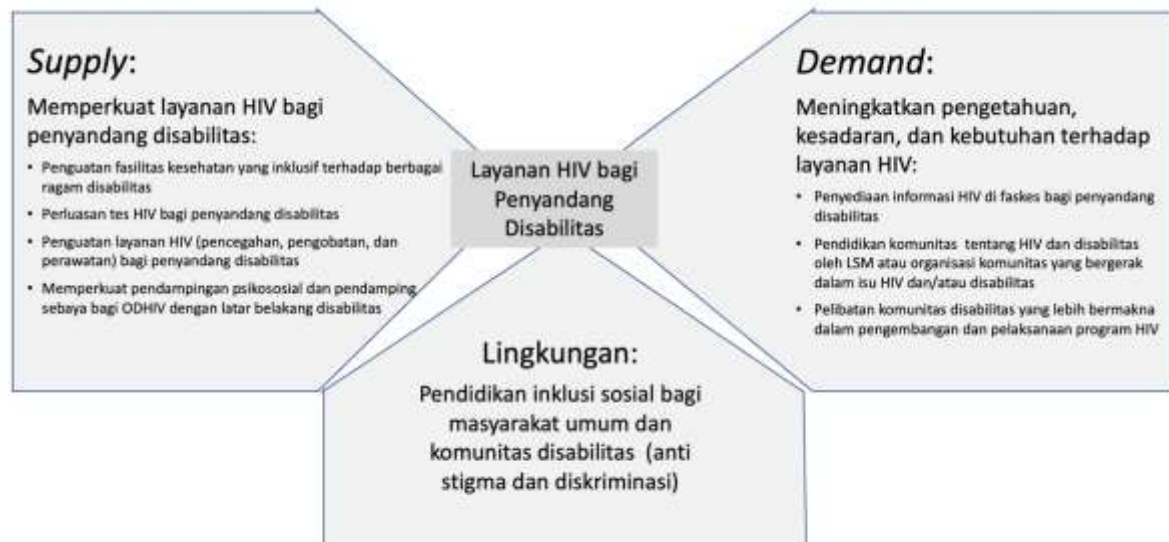
BAGIAN 5: REKOMENDASI

Pesan utama dari hasil asesmen ini adalah belum terpaparnya para penyandang disabilitas terhadap program HIV secara keseluruhan. Belum terpaparnya para penyandang disabilitas terhadap program HIV secara keseluruhan dapat mengarah pada rendahnya pengetahuan komprehensif, kesadaran terhadap HIV, dan meningkatnya perilaku berisiko. Rendahnya kesadaran terhadap HIV juga dapat menempatkan penyandang disabilitas menjadi semakin rentan terhadap kekerasan seksual yang memungkinkannya terinfeksi HIV. Selain itu, rendahnya pemahaman terhadap HIV dapat memunculkan persepsi negatif dan stigma dari penyandang disabilitas kepada HIV ataupun orang dengan HIV. Penelitian ini merupakan langkah awal untuk mulai meningkatkan kesadaran para pemangku kepentingan di isu HIV mengenai kebutuhan penyandang disabilitas pada informasi dan layanan HIV. Maka rekomendasi dari hasil asesmen ini mengarahkan untuk pengembangan strategi intervensi HIV yang lebih inklusif untuk memenuhi kebutuhan penyandang disabilitas.

BENTUK INTERVENSI

Asesmen ini menyorot dua bentuk intervensi yang perlu dilakukan untuk menyelenggarakan intervensi HIV yang inklusif terhadap penyandang disabilitas.

Gambar 40. Kerangka Kerja Intervensi HIV bagi Penyandang Disabilitas



Intervensi Pemberian Informasi HIV

Rekomendasi dari hasil asesmen ini adalah adanya kebutuhan untuk intervensi pemberian informasi HIV yang inklusif. Hasil asesmen ini menunjukkan bahwa meskipun hampir seluruh responden pernah mengetahui istilah HIV atau AIDS, namun masih memiliki pengetahuan komprehensif HIV yang rendah terutama terkait mitos penularan HIV. Maka informasi yang benar, terutama terkait penularan HIV perlu menjadi salah satu materi utama untuk dapat meluruskan informasi HIV kepada penyandang disabilitas. Selanjutnya, bentuk media KIE juga perlu menjadi perhatian untuk bisa menjangkau berbagai ragam disabilitas. Hasil asesmen menunjukkan bahwa media elektronik menjadi sumber informasi yang utama, berdasarkan hasil ini, media KIE dalam rupa video dengan takarir dan bahasa isyarat dapat menjadi salah satu pertimbangan utama dalam memberikan informasi HIV yang inklusif. Sedangkan untuk penyebaran informasi dapat dilakukan melalui televisi atau menayangkan video promosi di layanan kesehatan. Penayangan video informasi HIV menjadi salah satu strategi promosi yang dipertimbangkan karena sebagian besar penyandang disabilitas mengunjungi layanan kesehatan dalam satu tahun terakhir dengan frekuensi yang cukup sering.

Selain media elektronik, petugas kesehatan atau petugas LSM juga menjadi salah satu sumber informasi HIV bagi penyandang disabilitas. Secara spesifik, penyandang disabilitas

memiliki preferensi bahwa informasi HIV lebih baik disampaikan oleh petugas kesehatan atau petugas LSM yang bekerja di isu HIV. Untuk memfasilitasi hal ini, maka petugas kesehatan di layanan HIV ataupun petugas LSM HIV perlu dibekali kapasitas untuk bisa menyampaikan informasi HIV pada penyandang disabilitas. Begitu juga pada petugas kesehatan atau petugas LSM yang bekerja di isu disabilitas, perlu ditingkatkan kepekaannya untuk bisa menyampaikan informasi HIV pada penyandang disabilitas.

Dari sisi *demand*, LSM HIV dapat mulai menjadikan penyandang disabilitas sebagai sasaran program. LSM HIV dapat mengadakan edukasi HIV dengan bekerja sama dengan LSM penyandang disabilitas. Hasil dari studi ini menunjukkan bahwa penyandang disabilitas lebih memercayai jika informasi HIV disampaikan oleh lembaga yang bekerja di isu HIV, maka LSM HIV dapat mengundang komunitas penyandang disabilitas ketika mengadakan kegiatan edukasi HIV. Atau pun juga sebaliknya menyelenggarakan kegiatan khusus untuk komunitas penyandang disabilitas.

Intervensi Pemberian Layanan HIV

Rekomendasi lain dari hasil asesmen ini adalah memperluas layanan HIV untuk meningkatkan akses penyandang disabilitas di layanan HIV. Hasil asesmen ini menunjukkan hanya sebagian kecil penyandang disabilitas yang mengakses tes HIV. Di sisi lain, penyandang disabilitas berkunjung ke fasilitas kesehatan (puskesmas dan rumah sakit) dalam frekuensi yang cukup sering. Promosi layanan HIV yang lebih masif di fasilitas kesehatan perlu dilakukan dalam upaya mengarahkan penyandang disabilitas untuk masuk ke layanan HIV. Promosi layanan HIV di fasilitas kesehatan perlu mencakup layanan pencegahan, pengobatan dan perawatan. Selain melalui media KIE, promosi layanan HIV di fasilitas kesehatan juga dapat dilakukan dengan memberikan waktu khusus bagi layanan HIV untuk mempromosikan layanannya pada pertemuan bulanan.

Promosi layanan HIV di fasilitas kesehatan juga perlu ditunjang dengan sumber daya manusia serta fasilitas yang mumpuni. Petugas kesehatan di layanan HIV perlu memiliki kapasitas untuk dapat berkomunikasi dengan berbagai ragam disabilitas. Sebaliknya, petugas kesehatan lainnya perlu memiliki pengetahuan tentang layanan HIV yang ada di fasilitas kesehatan tersebut. Selain sumber daya manusia, fasilitas yang ada di layanan HIV juga perlu dipastikan inklusif terhadap penyandang disabilitas. Ketersediaan lift, jalur landai, jalur pemandu, ataupun ruang tunggu yang cukup luas untuk kursi roda perlu dipastikan supaya layanan HIV inklusif terhadap berbagai ragam disabilitas.

Lebih lanjut, kerentanan penyandang disabilitas pada kekerasan seksual juga perlu disadari oleh layanan HIV. ODHIV yang memiliki latar belakang disabilitas perlu mendapatkan perhatian khusus karena kerentanan terhadap kekerasan seksual juga dapat mengarah pada

permasalahan psikologis. Dengan demikian, intervensi layanan HIV pada penyandang disabilitas perlu juga terintegrasi dengan penampungan psikososial dan layanan kekerasan.

Untuk menciptakan *demand*, LSM yang mendampingi penyandang disabilitas dapat bekerja sama dengan LSM HIV untuk mengadakan pertemuan edukasi dan promosi layanan HIV. Selanjutnya, dapat bekerja sama dengan fasilitas kesehatan untuk bisa mengadakan *mobile clinic* pada kegiatan yang diselenggarakan oleh LSM yang mendampingi penyandang disabilitas.

IMPLEMENTASI INTERVENSI

Dalam melaksanakan kedua intervensi tersebut membutuhkan kerja sama dari berbagai pihak. Penelitian ini memberikan beberapa rekomendasi yang perlu dilakukan oleh beberapa pihak yang memiliki peran untuk menyediakan informasi dan layanan HIV bagi penyandang disabilitas:

A. Kementerian Kesehatan

1. Memastikan implementasi pelayanan kesehatan yang inklusif dengan memfasilitasi kebutuhan berbagai ragam disabilitas
2. Memastikan pemerataan layanan HIV yang inklusif di semua wilayah untuk meningkatkan keterpaparan penyandang disabilitas pada layanan HIV
3. Memasukkan penyandang disabilitas sebagai sasaran program HIV; salah satunya dengan mendorong Dinas Kesehatan untuk mengidentifikasi penyandang disabilitas yang ada di daerahnya sebagai sasaran promosi pencegahan HIV
4. Melakukan peningkatan kapasitas penyedia layanan kesehatan terkait GEDSI

B. Dinas Kesehatan

1. Mengoordinasikan faskes dan LSM yang ada di wilayah masing-masing untuk bisa memberikan pemenuhan kebutuhan informasi dan layanan HIV bagi penyandang disabilitas
2. Melakukan pemantauan terhadap layanan HIV bagi penyandang disabilitas, baik di fasilitas kesehatan maupun LSM
3. Memastikan ketersediaan alat kesehatan (material pencegahan dan tes) dan obat di layanan HIV telah mencakup kebutuhan kelompok penyandang disabilitas

C. Fasilitas Kesehatan

1. Memperkuat promosi HIV di tingkat faskes; misalnya penanggung jawab program HIV dapat melakukan sosialisasi dalam bentuk media cetak, elektronik, ataupun dalam pertemuan bulanan di faskes
2. Memperkuat kapasitas kader dan petugas kesehatan untuk dapat memberikan informasi dan layanan HIV
3. Mendorong penyandang disabilitas untuk tes HIV

4. Memastikan penyandang disabilitas yang HIV positif mendapatkan standar pelayanan HIV yang lengkap

D. LSM/Komunitas Penyandang Disabilitas

1. Melakukan edukasi mengenai HIV pada komunitas penyandang disabilitas dengan bekerja sama dengan LSM HIV; misalnya mengadakan forum-forum diskusi
2. Bekerja sama dengan faskes dan LSM HIV untuk menyelenggarakan layanan HIV

E. LSM HIV

1. Menjadikan penyandang disabilitas sebagai salah satu target sasaran program promosi informasi dan layanan HIV
2. Bekerja sama dengan LSM/komunitas penyandang disabilitas untuk melakukan kegiatan promosi informasi dan layanan HIV dengan mempertimbangkan kebutuhan berbagai karakteristik ragam disabilitas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pengpid S, Peltzer K. HIV status, knowledge, attitudes and behaviour of persons with and without disability in South Africa: evidence from a national population-based survey. *The Pan African Medical Journal*. 2019;33.
2. Sango PN, Deveau R. A scoping review of empirical literature on people with intellectual disability in Nigeria. *Disabilities*. 2022 Aug 19;2(3):474-87.
3. Elliott R, Utyasheva L, Zack E. HIV, disability and discrimination: making the links in international and domestic human rights law. *Journal of the International AIDS Society*. 2009 Dec;12:1-5.
4. UNAIDS. The Gap Report. [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov 22]. Available from: https://unaids-test.unaids.org/sites/default/files/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
5. WHO. World Report on Disability. [Internet] 2011 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
6. Badan Pusat Statistik. Susenas 2018.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riskesdas 2018.
8. UN. United Nations Convention on The Rights of Persons with Disabilities. 2006. Diakses pada 1 Februari 2024. https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf
9. WHO. Disability. 2023. Diakses pada 1 Februari 2024. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
10. Chipanta D, Mitra S, Amo-Agyei S, Velarde MR, Amekudzi K, Osborne C, Estill J, Keiser O. Differences between persons with and without disability in HIV prevalence, testing, treatment, and care cascade in Tanzania: A cross-sectional study using population-based data.
11. Besoain-Saldaña A, Bustamante-Bravo J, Rebolledo Sanhueza J, Montt-Maray E. Experiences, Barriers, and Facilitators to Sexual and Reproductive Health Care Access of People with Sensory Impairments: A Scoping Review. *Sexuality and Disability*. 2023 Jun;41(2):411-49.
12. Roden RC, Schmidt EK, Holland-Hall C. Sexual health education for adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities: recommendations for accessible sexual and reproductive health information. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020 Sep 1;4(9):699-708.
13. Doyle KE, Sionea C, Paz-Bailey G, Hollis ND, Kanny D, Wejnert C, NHBS Study Group. High prevalence of disability and HIV risk among low socioeconomic status urban adults, 17 US cities. *Disability and health journal*. 2020 Jan 1;13(1):100834.
14. Sango PN, Deveau R. A scoping review of empirical literature on people with intellectual disability in Nigeria. *Disabilities*. 2022 Aug 19;2(3):474-87.
15. Midega-Ochieng, Justine & Atieli, Harrysone & Abong'o, Benard & Ouma, Collins. (2019). Content of sexual and reproductive health discussions between hearing-impaired adolescent children and their non-hearing-impaired parents in Kenya. 2411-6610.

16. Rohleder P, Braathen SH, Hunt X, Carew MT, Swartz L. Sexuality erased, questioned, and explored: the experiences of South Africans with physical disabilities. *Psychology & Sexuality*. 2018 Oct 2;9(4):369-79.
17. Gil-Llario MD, Fernández-García O, Castro-Calvo J, Caballero-Gascón L, Ballester-Arnal R. Validation of a tool to assess attitudes towards sexuality of individuals with intellectual disability (ASEXID): A preliminary study. *Sexuality and Disability*. 2021 Mar;39:147-65.
18. Schenk KD, Tun W, Sheehy M, Okal J, Kuffour E, Moono G, Mutale F, Kyeremaa R, Ngirabakunzi E, Amanyeie U, Leclerc-Madlala S. "Even the fowl has feelings": access to HIV information and services among persons with disabilities in Ghana, Uganda, and Zambia. *Disability and Rehabilitation*. 2020 Jan 30;42(3):335-48.
19. Malata MP, Chipeta EK, Mhango P, Kamanga R, Lupenga D. Comprehensive sexuality education for out-of-school young people living with HIV and young people with disabilities: findings from a formative research study in Malawi. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2023 Dec 1;31(2):2226345.
20. Mekonnen M, Behailu T, Wakgari N. Knowledge, attitude, and practice regarding HIV/AIDS among people with disability in Hawassa City, Southern Ethiopia. *Advances in Public Health*. 2018;2018:1-7.
21. Negussu M. The effect of awareness raising and accessibility modifications on use of family planning and HIV services among youth and women with disabilities in Oromia region, Ethiopia (Doctoral dissertation, Mzumbe University).
22. Pengpid S, Peltzer K. HIV status, knowledge, attitudes and behaviour of persons with and without disability in South Africa: evidence from a national population-based survey. *The Pan African Medical Journal*. 2019;33.
23. Rolle IV, Moyer A, Ogwal M, Logan N, Rogers J, Sande E, Kibalama R, Aluzimbi G, Nyende J, Awoii P, Juliet D. Positive Influences and Challenges for the Deaf Community Navigating Access to HIV Information, Testing, and Treatment in Kampala, Uganda: A Qualitative Study. *AIDS and Behavior*. 2022 Apr 1:1-7.
24. Hartini S, Chamidah AN, Herini ES. Sexual behavior problems in adolescents with intellectual disabilities: A systematic review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2021 May 14;9(F):163-70.
25. Diribsa T, Wakjira D, Atomsa G, Mekoya T, Mamo F, Fekecha B, Ebisa M, Teferi G. Determinant Factors of Sexual and Reproductive Health Service Utilization among In-School Adolescents with Disability in Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *International Journal of Reproductive Medicine*. 2022 Aug 18;2022.
26. Widya RR, Krismiyati M, Isnugroho H. Peningkatan Pengetahuan HIV/AIDS pada Difabel dan Guru Pendamping di SLB Negeri 1 Bantul sebagai Upaya Penanganan HIV/AIDS pada Anak Difabel: Increasing Knowledge of HIV/AIDS in Disabilities and Teacher at SLB Negeri 1 Bantul as An Effort to Treat HIV/AIDS in Children with Disabilities. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat: Kesehatan*. 2023 Jul 31;3(2):25-36.
27. Bukuluki P, Wandiembe SP, Kisaakye P, Kiwujja V, Kajungu C, Mugwanya W, Nabakooza S, Anyii C. The sexual behavior of young people living with a disability: Findings from the KAP study in Northern Uganda. *Frontiers in Reproductive Health*. 2023 Mar 15;5:1065437.
28. Lloyd J. Behavioural and protective factors contributing to the risk and vulnerability to HIV/AIDS among individuals with spinal cord injuries in South Africa.

29. DeBeaudrap P, Beninguisse G, Mouté C, Temgoua CD, Kayiro PC, Nizigiyimana V, Pasquier E, Zerbo A, Barutwanayo E, Niyondiko D, Ndayishimiye N. The multidimensional vulnerability of people with disability to HIV infection: Results from the handiSSR study in Bujumbura, Burundi. *EClinicalMedicine*. 2020 Aug 1;25.
30. Queen AC. THE SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS OF PEOPLE LIVING WITH DISABILITIES IN NIGERIA: Factors Influencing Access and Utilisation of Services.
31. Kementerian Kesehatan RI. Integrated Biological and Behavioral Survey 2018-2019. Kementerian Kesehatan RI. 2019.
32. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Tahunan HIV AIDS 2022. Kementerian Kesehatan RI. 2023.
33. Suantari D. Misconceptions and stigma against people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study from the 2017 Indonesia Demographic and Health Survey. *Epidemiology and Health*. 2021;43.
34. Ariadni DK, Prabandari YS, Sumarni DW. The Parents' Perception Having Children with Intellectual Disabilities Provided with Sex Education. *Indonesian Nursing Journal Of Education And Clinic (INJEC)*. 2017 Dec 1;2(2):164-9.
35. Naseribooriabadi T, Sadoughi F, Sheikhtaheri A. Barriers and facilitators of health literacy among D/deaf individuals: A review article. *Iranian journal of public health*. 2017 Nov;46(11):1465.
36. Chiriac IA, Stoicu-Tivadar L, Podoleanu E. Comparing video and avatar technology for a health education application for deaf people. In *Digital Healthcare Empowering Europeans 2015* (pp. 516-520). IOS Press.
37. Galindo Neto NM, Áfio AC, Leite SD, Silva MG, Pagliuca LM, Caetano JÁ. Technologies for health education for the deaf: integrative review. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2019 Jul 22;28:e20180221.
38. Rohleder P, Braathen SH, Carew M. Disability and sexual health: A critical exploration of key issues. Routledge; 2018 Jul 6.
39. Sadarangni RA. Prevalence and factors affecting discrimination towards people living with HIV/AIDS in Indonesia. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2022 Mar;55(2):205