

## ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIV/AIDS: MENUJU PENCAPAIAN TARGET "THREE ZERO" DI WILAYAH KABUPATEN CIREBON

*Analysis of The Implementation of Hiv/Aids Prevention and Control Policy: Toward Achieving The "Three Zero" Targets in Cirebon Regency*

Puji Melati<sup>1</sup> ; Awaludin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Puskesmas Kalimaro, Kabupaten Cirebon, Indonesia

<sup>2</sup>Prodi PJJ Administrasi Kesehatan, Universitas Siber Muhammadiyah, Yogyakarta.

### ABSTRACT

**Background:** HIV/AIDS remains a major public health challenge in Indonesia, particularly in regions where new cases continue to increase. Cirebon Regency is one of the high-vulnerability areas, reporting 464 new HIV cases in 2024, predominantly among men who have sex with men (MSM). Local government efforts to achieve the global Three Zero targets zero new HIV infections, zero AIDS-related deaths, and zero stigma and discrimination require critical examination to assess policy effectiveness and alignment.

**Objective:** This study aimed to analyze the implementation of HIV/AIDS prevention and control policies in Cirebon Regency, identify supporting and inhibiting factors in policy implementation, and assess the relevance of local policies to achieving the Three Zero targets.

**Methods:** This study employed a qualitative descriptive policy analysis approach. Primary data were collected through in-depth interviews and limited observation involving four key informants: the Head of the Disease Prevention and Control Section of the Cirebon District Health Office, the HIV Program Coordinator at the District Health Office, the HIV Program Officer at Kalimaro Community Health Center, and a representative of a non-governmental organization supporting people living with HIV (PLHIV). Secondary data were obtained from policy documents and official program reports, including the HIV/AIDS Information System (SIHA), and were used solely to provide contextual information on program coverage and service gaps. The study did not apply a mixed-methods design. Data were analyzed using the Miles and Huberman interactive model, comprising data reduction, data display, and conclusion drawing, with validity ensured through source and method triangulation.

**Results:** The findings indicate that HIV/AIDS policy implementation in Cirebon Regency has not yet fully aligned with the Three Zero targets. Major challenges include the absence of a specific regional regulation on HIV/AIDS, limited intersectoral coordination, and persistent social stigma toward PLHIV. Antiretroviral therapy (ARV) coverage reached 80.7%, remaining below the global target of 95%.

**Conclusions:** Strengthening regional regulations, expanding community-based education, and enhancing cross-sector collaboration are essential to accelerate progress toward achieving the Three Zero targets in Cirebon Regency.

**Keywords:** HIV/AIDS policy, Implementation, Cirebon Regency, Three Zero, Intersectoral Collaboration

### ABSTRAK

**Latar belakang:** HIV/AIDS masih menjadi tantangan utama kesehatan masyarakat di Indonesia, khususnya di daerah dengan peningkatan kasus baru yang berkelanjutan. Kabupaten Cirebon merupakan salah satu wilayah dengan tingkat kerentanan tinggi terhadap HIV/AIDS, dengan jumlah kasus baru mencapai 464 kasus pada tahun 2024 yang didominasi oleh kelompok Lelaki Seks Lelaki (LSL). Upaya pemerintah daerah dalam mencapai target global Three Zero Zero infeksi HIV baru, Zero kematian terkait AIDS, dan Zero stigma serta diskriminasi perlu dikaji secara mendalam untuk menilai efektivitas dan keselarasan kebijakan yang telah diterapkan.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon, mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan kebijakan, serta menilai relevansi kebijakan daerah terhadap pencapaian target Three Zero.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan orientasi analisis kebijakan. Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan observasi terbatas terhadap empat informan kunci, yaitu Ketua Tim Kerja Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (P2PM) Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, Penanggung Jawab Program HIV Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, Pengelola Program HIV Puskesmas Kalimaro, serta perwakilan LSM/komunitas pendukung Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Data sekunder diperoleh dari dokumen kebijakan dan laporan resmi, termasuk Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA), dan digunakan semata-mata sebagai informasi kontekstual untuk menggambarkan cakupan program dan kesenjangan layanan. Penelitian ini tidak menggunakan desain mixed methods. Analisis data dilakukan dengan model interaktif Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan, dengan validitas data dijaga melalui triangulasi sumber dan metode.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon belum sepenuhnya selaras dengan target Three Zero. Hambatan utama meliputi belum adanya Peraturan Daerah khusus HIV/AIDS, koordinasi lintas sektor yang masih terbatas, serta masih tingginya stigma sosial terhadap ODHA. Cakupan terapi antiretroviral (ARV) telah mencapai 80,7%, namun angka ini masih berada di bawah target global sebesar 95%.

**Kesimpulan:** Diperlukan penguatan regulasi daerah yang komprehensif, perluasan edukasi berbasis komunitas, serta peningkatan kolaborasi lintas sektor untuk mempercepat pencapaian target Three Zero di Kabupaten Cirebon.

**Kata Kunci:** Kebijakan HIV/AIDS, Implementasi, Kabupaten Cirebon, Three Zero, Intersektoral Kolaborasi

## PENDAHULUAN

HIV/AIDS hingga saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat global yang kompleks dan berkelanjutan. Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) dan UNAIDS menargetkan penghentian epidemi AIDS pada tahun 2030 melalui strategi global *Three Zero*, yaitu *Zero new HIV infection*, *Zero HIV-related death*, dan *Zero stigma and discrimination* yang diperkuat oleh target layanan jalur cepat (fast track) 95–95–95<sup>1, 2</sup>. Strategi ini menekankan pentingnya deteksi dini, perluasan akses terapi antiretroviral (ARV), serta penghapusan stigma dan diskriminasi sebagai prasyarat keberhasilan pengendalian epidemi HIV/AIDS.

Indonesia menghadapi tantangan signifikan dalam mencapai target tersebut, terutama dalam konteks sistem pemerintahan yang terdesentralisasi, dimana implementasi kebijakan kesehatan sangat bergantung pada kapasitas dan komitmen pemerintah daerah. Hingga akhir tahun 2024 jumlah kumulatif kasus HIV di Indonesia mencapai lebih dari 630.000 orang, dengan tingkat inisiasi terapi ARV yang belum sepenuhnya memenuhi target global<sup>3</sup>. Kondisi ini menunjukkan masih adanya kesenjangan signifikan antara penemuan kasus, akses layanan, dan keberlanjutan pengobatan, yang berimplikasi langsung pada pencapaian target *Three Zero*.

Provinsi Jawa Barat merupakan salah satu wilayah dengan beban HIV yang tinggi yakni sebanyak 9.893 kasus pada tahun 2024, namun hanya 73,2% yang memulai terapi ARV<sup>3</sup>. Kabupaten Cirebon termasuk daerah dengan tren peningkatan kasus yang menonjol. Sejak kasus pertama dilaporkan pada tahun 2001 hingga 2024, jumlah kumulatif kasus HIV di Kabupaten Cirebon mencapai 3.732 kasus, dengan 464 kasus baru pada tahun 2024<sup>3,4</sup>. Mayoritas kasus ditemukan pada kelompok usia produktif dan populasi kunci, khususnya Lelaki Seks Lelaki (LSL)<sup>4</sup>. Secara geografis, posisi Kabupaten Cirebon di jalur Pantura dengan mobilitas penduduk yang tinggi memperbesar kerentanan terhadap penularan HIV, sehingga menuntut kebijakan pencegahan dan pengendalian yang lebih adaptif dan terintegrasi. Namun demikian, hingga saat ini Kabupaten Cirebon belum memiliki Peraturan Daerah (Perda) khusus yang mengatur pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS. Kebijakan yang ada masih bertumpu pada Peraturan Bupati Nomor 33 Tahun 2016 tentang Kolaborasi TB-HIV, yang ruang lingkupnya terbatas dan belum secara komprehensif mengatur pencegahan primer, pengurangan stigma, serta koordinasi lintas sektor<sup>5</sup>. Kekosongan regulasi ini berpotensi melemahkan tata kelola kebijakan HIV/AIDS di tingkat daerah, terutama dalam aspek perencanaan, penganggaran, dan akuntabilitas lintas organisasi perangkat daerah (OPD).

Dalam perspektif kebijakan publik, implementasi kebijakan tidak hanya ditentukan oleh kejelasan tujuan, tetapi juga oleh proses koordinasi antar aktor, kapasitas institusional, dan konteks sosial yang melingkupinya. Pressman dan Wildavsky menekankan bahwa kegagalan implementasi seringkali terjadi pada tahap penerjemahan kebijakan ke dalam praktik, ketika regulasi aktor, dan mekanisme koordinasi tidak berjalan secara selaras<sup>6</sup>. Kerangka ini relevan untuk menganalisis implementasi kebijakan HIV/AIDS di tingkat daerah, dimana pencapaian target *Three Zero* sangat bergantung pada keterpaduan antara regulasi, layanan kesehatan primer, peran komunitas, serta respons sosial terhadap stigma dan diskriminasi.

Sejumlah penelitian sebelumnya di Indonesia menunjukkan bahwa keberhasilan pengendalian HIV/AIDS sangat dipengaruhi oleh keberadaan regulasi daerah, kolaborasi multi sektor, dan keterlibatan komunitas<sup>7, 8</sup>. Namun, sebagian besar studi tersebut berfokus pada wilayah perkotaan besar atau menekankan capaian program secara deskriptif, tanpa secara eksplisit menganalisis proses implementasi kebijakan dalam kerangka *Three Zero*, khususnya di tingkat Kabupaten dengan karakteristik sosial dan geografis non-metropolitan seperti Kabupaten Cirebon. Dengan demikian, masih terdapat kesenjangan pengetahuan mengenai bagaimana kebijakan HIV/AIDS di tingkat kabupaten diimplementasikan, hambatan apa yang muncul dalam proses tersebut, serta implikasinya terhadap pencapaian target *Three Zero*.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi kebijakan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon dengan menggunakan kerangka implementasi kebijakan sebagai alat analisis, serta menilai relevansinya terhadap pencapaian target *Three Zero*. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi empiris dan analitis bagi penguatan tata kelola kebijakan HIV/AIDS di tingkat daerah, khususnya dalam mendukung perencanaan, koordinasi lintas sektor, dan efektivitas layanan menuju eliminasi HIV/AIDS.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan orientasi analisis kebijakan untuk menganalisis secara mendalam proses implementasi kebijakan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon. Pendekatan ini dipilih karena memungkinkan pemahaman yang komprehensif terhadap dinamika regulasi, koordinasi antar aktor, kapasitas institusional, serta konteks sosial yang mempengaruhi pencapaian target *Three Zero* (*Zero new HIV infection*, *Zero HIV-related death*, dan *Zero stigma and discrimination*). Kerangka analisis mengacu pada teori implementasi kebijakan Pressman

dan Wildavsky, yang menekankan pentingnya kejelasan tujuan kebijakan, konsistensi mekanisme pelaksanaan, serta koordinasi antar aktor dalam menjembatani kebijakan dengan praktik di lapangan. Kerangka ini digunakan untuk membaca temuan penelitian secara sistematis mulai dari aspek regulasi hingga implikasinya terhadap kinerja layanan dan capaian Three Zero.

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Cirebon, Provinsi Jawa Barat, pada periode September–Oktober 2025, dengan pertimbangan tingginya beban kasus HIV dan ketiadaan Peraturan Daerah khusus HIV/AIDS. Informan dipilih secara purposive berdasarkan posisi strategis dalam implementasi kebijakan, terdiri atas empat informan kunci: (1) Ketua Tim Kerja Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (P2PM) Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon sebagai perwakilan pengambil kebijakan; (2) Penanggung Jawab Program HIV Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon sebagai pelaksana teknis kebijakan; (3) Pengelola Program HIV Puskesmas Kalimaro sebagai pelaksana layanan di tingkat fasilitas kesehatan primer; dan (4) Perwakilan lembaga swadaya masyarakat atau komunitas pendukung orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sebagai representasi perspektif sosial dan komunitas. Jumlah informan dinilai memadai untuk mencapai kedalaman data (*information-rich cases*) karena masing-masing mewakili level kebijakan, manajemen program, layanan primer, dan komunitas. Proses wawancara dihentikan ketika tidak ditemukan lagi tema substantif baru, sehingga saturasi data kualitatif dinilai telah tercapai.

Data penelitian terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan observasi terbatas. Wawancara dilakukan secara tatap muka dan daring sesuai ketersediaan informan, dengan durasi 45–90 menit, menggunakan pedoman semi-terstruktur agar eksplorasi isu implementasi kebijakan tetap sistematis namun fleksibel. Seluruh wawancara direkam dengan persetujuan informan dan ditranskripsikan secara verbatim. Observasi terbatas dilakukan pada layanan HIV di Puskesmas Kalimaro untuk memperoleh konteks operasional peran Puskesmas sebagai *gatekeeper* layanan HIV/AIDS.

Data sekunder diperoleh melalui telaah dokumen (*document review*), meliputi Peraturan Bupati Cirebon Nomor 33 Tahun 2016 tentang Kolaborasi TB-HIV, laporan Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA) tahun 2024, laporan Program Pencegahan dan Pengendalian HIV dan Infeksi Menular Seksual (IMS) Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, serta dokumen UNAIDS dan World Health Organization (WHO) periode 2022–2024. Data kuantitatif yang disajikan dalam tabel dan grafik digunakan semata-mata sebagai informasi kontekstual sekunder untuk menggambarkan cakupan program dan kesenjangan layanan, dan tidak digunakan sebagai dasar analisis

statistik. Dengan demikian, penelitian ini tidak menggunakan desain *mixed methods*, melainkan tetap berlandaskan pada analisis kualitatif implementasi kebijakan.

Analisis data dilakukan menggunakan model analisis interaktif Miles dan Huberman yang mencakup tahap reduksi data, penyajian data, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan. Proses analisis berlangsung secara simultan sejak tahap pengumpulan data untuk memastikan kedalaman dan ketajaman interpretasi. Pembentukan tema dan kategori dilakukan melalui kombinasi pendekatan deduktif dan induktif, dimana kerangka awal disusun berdasarkan teori implementasi kebijakan dan konsep Three Zero, kemudian dikembangkan berdasarkan pola dan isu yang muncul dari data lapangan. Analisis difokuskan pada mekanisme implementasi kebijakan dan implikasinya terhadap tata kelola serta layanan HIV/AIDS, bukan pada evaluasi kuantitatif capaian program.

Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber dan metode, dengan membandingkan informasi antar informan dan mencocokkannya dengan dokumen kebijakan serta laporan resmi. Selain itu, dilakukan pengecekan konsistensi interpretasi untuk meningkatkan kredibilitas temuan. Seluruh informan diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan memberikan persetujuan berpartisipasi (*informed consent*). Identitas informan dijaga kerahasiaannya dan data digunakan hanya untuk kepentingan penelitian. Peneliti menyadari potensi bias interpretatif akibat latar belakang sebagai praktisi kesehatan masyarakat, sehingga refleksi kritis dan perbandingan lintas sumber dilakukan secara sistematis selama proses analisis.

## HASIL

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif yang bertujuan menganalisis implementasi kebijakan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon dalam perspektif manajemen apa pelayanan kesehatan daerah. Data kuantitatif yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik bersumber dari data sekunder, yaitu Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA) dan laporan resmi Dinas Kesehatan, dan digunakan sebagai data pendukung untuk memberikan konteks capaian program. Analisis utama penelitian bertumpu pada data kualitatif hasil wawancara mendalam dan telaah dokumen kebijakan, sehingga desain penelitian ini bukan merupakan *mixed methods*. Analisis hasil disusun mengikuti alur implementasi kebijakan, yaitu regulasi, koordinasi lintas sektor, sistem layanan kesehatan, faktor stigma sosial, dan implikasinya terhadap pencapaian target *Three Zero*

## Regulasi Daerah dalam Implementasi Kebijakan HIV/AIDS

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Kabupaten Cirebon belum memiliki Peraturan Daerah (Perda) khusus HIV/AIDS. Implementasi kebijakan masih bertumpu pada Peraturan Bupati terkait kolaborasi TB-HIV yang ruang lingkupnya terbatas dan belum mengatur secara komprehensif aspek pencegahan, pengendalian, dan pengurangan stigma. Ketiadaan regulasi daerah ini berdampak langsung pada lemahnya posisi kebijakan HIV/AIDS dalam sistem tata kelola pemerintahan daerah. Salah satu informan menyatakan:

*"Kalau untuk HIV memang belum ada Perda khusus, jadi selama ini kita masih mengacu ke aturan pusat dan Perbup TB-HIV. Itu juga lebih ke teknis layanan, belum ke lintas sektor." (Informan 1, Pengambil Kebijakan)*

Dalam perspektif manajemen pelayanan publik, ketiadaan Perda HIV/AIDS menyebabkan kebijakan belum terinstitusionalisasi secara kuat dalam perencanaan dan penganggaran daerah. Program HIV/AIDS masih diposisikan sebagai urusan sektoral Dinas Kesehatan, sehingga tidak memiliki daya ikat yang kuat terhadap OPD lain. Kondisi ini membatasi kemampuan pemerintah daerah untuk menggerakkan sumber daya lintas sektor secara berkelanjutan.

## Koordinasi Lintas Sektor dan Tata Kelola Implementasi

Hasil wawancara menunjukkan bahwa koordinasi lintas sektor dalam implementasi kebijakan HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon belum berjalan optimal. Keterlibatan OPD non-kesehatan seperti dinas sosial, pendidikan, dan instansi lain masih bersifat terbatas dan tidak terstruktur dalam suatu mekanisme koordinasi formal. Seorang informan menyampaikan:

*"Koordinasi ada, tapi sifatnya insidental. Kalau ada kegiatan atau program tertentu baru kita libatkan OPD lain." (Informan 2, Pelaksana Teknis)*

Dalam perspektif implementasi kebijakan, kondisi ini mencerminkan lemahnya mekanisme orkestrasi kebijakan. Tanpa struktur koordinasi yang jelas dan regulasi pendukung, integrasi program HIV/AIDS ke dalam perencanaan lintas sektor dan penganggaran daerah menjadi sulit dilakukan. Akibatnya, pendekatan penanggulangan HIV/AIDS masih bersifat fragmentaris dan belum mencerminkan pendekatan sistem yang holistik.

## Sistem Layanan HIV dan Peran Puskesmas sebagai Gatekeeper

Berdasarkan data Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA) selama periode Januari–Agustus 2025 tercatat 228 orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Cirebon, dengan 184 orang (80,7%) telah memulai terapi antiretroviral (ARV). Secara capaian program,

angka ini menunjukkan kemajuan. Namun, analisis kualitatif menunjukkan bahwa capaian tersebut belum sepenuhnya mencerminkan sistem layanan yang merata dan berkelanjutan.

Layanan Pengobatan, Perawatan, dan Dukungan (PDP) masih terkonsentrasi pada sebagian kecil fasilitas kesehatan. Hal ini berdampak pada tingginya ketergantungan pada sistem rujukan dan potensi keterlambatan inisiasi terapi. Seorang informan menyatakan:

*"Tidak semua puskesmas bisa melayani PDP, jadi kalau ada kasus harus dirujuk. Kadang pasiennya jadi enggan lanjut." (Informan 3, Pelaksana Layanan Primer)*

Dalam perspektif manajemen pelayanan, kondisi ini menunjukkan bahwa peran Puskesmas sebagai gatekeeper layanan HIV belum optimal. Keterbatasan kapasitas SDM, pelatihan layanan PDP, serta kewenangan pengelolaan kasus HIV menjadi faktor penghambat desentralisasi layanan ke tingkat primer. Akibatnya, kesinambungan layanan dari deteksi hingga pengobatan belum sepenuhnya terjamin. Ringkasan capaian program HIV/AIDS disajikan pada Tabel 1.

**Tabel 1. Capaian Program HIV/AIDS Kabupaten Cirebon (Januari–Agustus 2025)**

Indikator	Jumlah Kasus	Persentase	Target Global (UNAIDS)	Keterangan
ODHA ditemukan	228	-	-	Kasus baru hasil deteksi 2025
ODHA memulai terapi ARV	184	80,7%	95%	Belum mencapai target global
Kasus baru (infeksi baru)	228	-	Turun ≥10%/thn	Masih tinggi
Layanan PDP aktif	25/74 Puskesmas, Rumah Sakit, Lapas dan Klinik	33,7%	100%	Perlu perluasan layanan
Kegiatan edukasi komunitas	7 kegiatan	-	-	Didukung oleh LSM & Dinkes

Sumber: Data Sekunder (2025)

Data pada Tabel 1 menunjukkan bahwa upaya penemuan kasus dan inisiasi terapi ARV di Kabupaten Cirebon telah mengalami perkembangan positif. Tingginya proporsi ODHA yang memulai terapi ARV mengindikasikan bahwa sistem deteksi dini dan mekanisme tindak lanjut pengobatan di tingkat layanan primer relatif telah berjalan dengan baik. Namun, kesenjangan antara capaian aktual dan target global UNAIDS menunjukkan masih adanya tantangan dalam mempertahankan kesinambungan pengobatan dan retensi pasien, khususnya pada kelompok tertentu yang belum mengakses layanan ARV.

Keterbatasan distribusi layanan ARV juga berimplikasi pada aksesibilitas pengobatan. Konsentrasi layanan pada sebagian kecil fasilitas kesehatan berpotensi menyebabkan hambatan geografis dan administratif bagi ODHA, terutama yang

berdomisili jauh dari fasilitas penyedia terapi. Temuan ini mengindikasikan perlunya perluasan layanan Pengobatan, Perawatan, dan Dukungan (PDP) untuk memperkuat pencapaian target pengendalian HIV/AIDS di tingkat daerah.

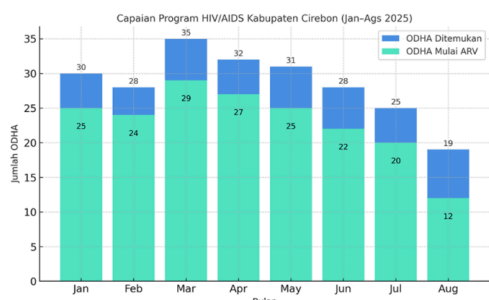
Pelaksanaan deteksi dini HIV di tingkat layanan primer terutama dilakukan melalui integrasi dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Berdasarkan hasil wawancara, pemeriksaan HIV pada ibu hamil dilaksanakan melalui kegiatan kelas ibu hamil dengan melibatkan bidan desa dan Bidan Praktek Mandiri (BPM). Pendekatan ini memungkinkan pemeriksaan dan konseling dilakukan sejak kunjungan pertama, sehingga mempercepat proses identifikasi kasus dan tindak lanjut awal di fasilitas kesehatan.

*“Untuk ibu hamil kita lakukan pemeriksaan HIV di kelas ibu hamil, bekerjasama dengan bidan desa dan BPM. Kalau ada ibu hamil yang periksa pertama kali di Puskesmas, langsung kita ambil sampel dan konseling di hari itu juga.” (Informan 3, Pelaksana Layanan Primer)*

Pernyataan informan tersebut menunjukkan bahwa integrasi layanan HIV dengan pelayanan KIA menjadi strategi penting dalam meningkatkan cakupan deteksi dini, khususnya pada kelompok ibu hamil. Temuan ini mengindikasikan bahwa pendekatan layanan terintegrasi berkontribusi terhadap peningkatan penemuan kasus HIV, meskipun masih diperlukan penguatan sistem rujukan dan perluasan layanan ARV untuk memastikan seluruh ODHA yang terdeteksi dapat segera mengakses pengobatan secara berkelanjutan.

### Kesenjangan antara Diagnosa dan Inisiasi Terapi ARV

Untuk menggambarkan hubungan antara penemuan kasus HIV dan inisiasi terapi ARV, tren bulanan selama Januari–Agustus 2025 disajikan pada Gambar 1. Grafik menunjukkan bahwa jumlah ODHA yang teridentifikasi setiap bulan relatif stabil, tanpa fluktuasi yang tajam. Pola ini mencerminkan bahwa kegiatan deteksi HIV dilakukan secara berkelanjutan dan konsisten sepanjang periode pengamatan.



Gambar 1. Capaian Penemuan Kasus dan Terapi ARV di Kabupaten Cirebon (Jan–Ags 2025)

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon (2025), Hasil Capaian dan Hambatan Program HIV/AIDS, Januari–Agustus 2025; diolah dari SIHA Kemenkes RI.

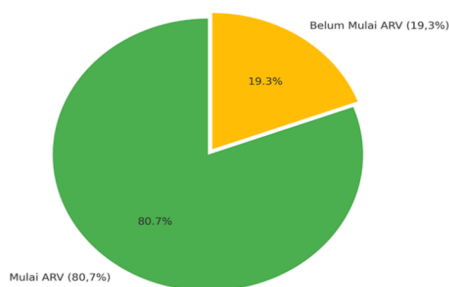
Hasil analisis menunjukkan adanya kesenjangan antara jumlah ODHA yang terdiagnosis dan yang memulai terapi ARV. Meskipun kegiatan skrining dan deteksi dini telah dilakukan secara konsisten, tidak semua ODHA segera memulai pengobatan. Seorang informan menyampaikan:

*“Ada yang sudah tahu statusnya, tapi belum siap minum obat. Takut ketahuan keluarga atau lingkungan.” (Informan 4, Perwakilan LSM)*

Temuan ini menunjukkan bahwa hambatan implementasi kebijakan tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga psikososial. Dalam konteks kebijakan, kesenjangan ini mencerminkan keterbatasan sistem layanan dalam mengelola transisi dari diagnosis ke pengobatan secara komprehensif, termasuk aspek konseling, pendampingan, dan dukungan sosial.

Jumlah ODHA yang memulai terapi ARV mengikuti pola yang hampir sejajar dengan penemuan kasus, meskipun secara konsisten berada pada tingkat yang lebih rendah. Selisih antara kedua kurva tersebut menunjukkan bahwa tidak seluruh ODHA yang terdiagnosis langsung memulai terapi ARV pada periode yang sama. Temuan ini mengindikasikan adanya jeda waktu antara diagnosis dan inisiasi pengobatan pada sebagian kasus, yang berpotensi dipengaruhi oleh faktor kesiapan individu, sistem rujukan, maupun ketersediaan layanan ARV di fasilitas kesehatan.

Proporsi ODHA yang telah dan belum memulai terapi ARV disajikan pada Gambar 2. Grafik ini menunjukkan bahwa meskipun mayoritas ODHA telah mengakses pengobatan, masih terdapat kelompok ODHA yang belum memulai terapi setelah diagnosis. Namun demikian, keselarasan pola antara penemuan kasus dan inisiasi terapi ARV mengindikasikan bahwa mekanisme tindak lanjut pengobatan telah berjalan relatif cepat pada sebagian besar kasus yang teridentifikasi, meskipun belum sepenuhnya menjangkau seluruh ODHA.



Gambar 2. Proporsi ODHA yang Memulai Terapi ARV di Kabupaten Cirebon (Jan–Ags 2025)  
(Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, 2025)

## Stigma Sosial sebagai Hambatan Implementasi Kebijakan

Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan populasi kunci masih menjadi hambatan signifikan dalam pemanfaatan layanan HIV. Hasil wawancara menunjukkan bahwa stigma mempengaruhi keterbukaan status HIV, kepatuhan pengobatan, dan keberlanjutan terapi. Seorang informan menyatakan:

*"Masih banyak yang takut ketahuan, takut dijauhi. Itu yang bikin mereka sering putus obat." (Informan 4, Perwakilan LSM)*

Dalam perspektif implementasi kebijakan, stigma berfungsi sebagai hambatan struktural non-medis yang secara langsung melemahkan efektivitas layanan

kesehatan. Dampak stigma tidak hanya berkaitan dengan indikator *zero stigma and discrimination*, tetapi juga berkontribusi terhadap rendahnya retensi terapi, yang pada akhirnya mempengaruhi pencapaian *Zero AIDS-related death*.

Hasil wawancara mendalam dengan informan utama mengidentifikasi berbagai hambatan dalam implementasi program HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon. Hambatan tersebut dikelompokkan ke dalam lima kategori utama, yaitu regulatif, operasional, sumber daya, sosial, dan koordinasi lintas sektor. Rangkuman hambatan dan upaya pemecahan yang telah dilakukan disajikan pada Tabel 2.

**Tabel 2. Hambatan dan Upaya Pemecahan Program HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon**

Kategori Hambatan	Uraian Masalah	Upaya Pemecahan yang Dilakukan	Sumber Informasi
Regulatif	Belum ada Perda HIV/AIDS	Advokasi penyusunan Perda bersama DPRD	Dinkes & PK Program
Operasional	Petugas terbatas, pelaporan lambat	Pelatihan kader dan supervisi rutin	Puskesmas
Sumber daya	Dana daerah minim	Pemanfaatan dukungan LSM/mitra	Dinkes
Sosial	Stigma ODHA dan LSL masih tinggi	Edukasi komunitas dan pendampingan	LSM & komunitas
Koordinasi	Keterlibatan OPD masih terbatas	Peningkatan koordinasi lintas sektor dan kejelasan tupoksi	Dinkes & LSM

Sumber: Data Primer (2025)

### 1. Hambatan Regulasi

Hambatan regulatif berkaitan dengan belum tersedianya Peraturan Daerah (Perda) khusus HIV/AIDS, sehingga pelaksanaan program masih mengacu pada peraturan bupati yang memiliki ruang lingkup terbatas.

*"...secara kebijakan masih mengacu pada Peraturan Bupati, belum ada Peraturan Daerah khusus HIV/AIDS. Seharusnya ada keterlibatan lintas sektor, tetapi saat ini masih didominasi oleh Dinas Kesehatan..." (Informan 1, Pengambil Kebijakan)*

### 2. Hambatan Operasional dan Sumber Daya

Hambatan operasional dan sumber daya meliputi keterbatasan jumlah petugas serta beban kerja ganda, yang berdampak pada keterlambatan pelaporan dan pemantauan kasus di sistem SIHA.

*"...jumlah petugas terbatas, pelaporan ke sistem SIHA sering terlambat karena petugas memegang beberapa program sekaligus..." (Informan 2, Pelaksana Teknis)*

Temuan wawancara tersebut menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya manusia mempengaruhi efektivitas pelaksanaan program, khususnya dalam aspek pemantauan dan evaluasi kasus secara real time.

### 3. Hambatan Sosial dan Stigma terhadap ODHA

Hasil wawancara mengungkapkan bahwa stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan populasi kunci masih menjadi hambatan sosial yang signifikan. Informan dari LSM menyampaikan bahwa HIV/AIDS di beberapa wilayah masih dikaitkan dengan perilaku yang dianggap menyimpang secara moral, sehingga ODHA cenderung menyembunyikan status kesehatannya.

*"Di beberapa wilayah, ODHA masih sering dikucilkan karena dianggap tidak bermoral. Stigma dari masyarakat masih tinggi dan menghambat keterbukaan pasien." (Informan 4, Perwakilan LSM)*

Selain itu, pelaksana program mengungkapkan bahwa stigma turut mempengaruhi keberlanjutan pengobatan, di mana sebagian ODHA enggan melakukan kontrol rutin atau mengonsumsi obat secara teratur karena rasa malu dan ketakutan akan diketahui status HIV-nya.

*"Stigma masih jadi tantangan besar, kadang ODHA sendiri malu dan takut ketahuan, sehingga enggan kontrol atau minum obat rutin." (Informan 2, Pelaksana Teknis)*

Di tingkat layanan primer, informan menjelaskan bahwa faktor psikososial juga menjadi alasan penolakan atau penundaan terapi ARV, meskipun pasien telah mengetahui status HIV-nya.

*"Di puskesmas kami ada pasangan suami istri positif HIV, tetapi hanya istrinya yang mau menjalani terapi. Suaminya menolak karena masih takut dan merasa malu." (Informan 3, Pelaksana Layanan Primer)*

Temuan wawancara tersebut menunjukkan bahwa stigma sosial, sebagaimana disampaikan oleh para informan, mempengaruhi keputusan individu dalam mengakses layanan HIV, mulai dari pemeriksaan dini, inisiasi terapi, hingga kepatuhan pengobatan.

### Peran Komunitas dan LSM dalam Kesiambungan Layanan

Hasil wawancara menunjukkan bahwa komunitas dan lembaga swadaya masyarakat (LSM), khususnya PKBI, berperan penting dalam pendampingan ODHA

di Kabupaten Cirebon. Pendampingan dilakukan secara berkelanjutan mulai dari tahap pra-tes dan pasca-tes HIV, inisiasi terapi ARV, hingga pemantauan kepatuhan pengobatan.

*"Peran komunitas tidak hanya saat pengobatan, tetapi sejak pra-tes dan pasca-tes. Kami membantu ODHA memahami statusnya, menguatkan mental, serta mendorong kepatuhan pengobatan supaya tidak putus terapi."* (Informan 4, Perwakilan LSM)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunitas dan lembaga swadaya masyarakat memainkan peran penting dalam menjaga kesinambungan layanan HIV/AIDS, khususnya dalam pendampingan ODHA. Pendampingan komunitas membantu ODHA dalam proses inisiasi terapi, kepatuhan pengobatan, dan menghadapi stigma sosial.

Namun demikian, peran strategis komunitas belum sepenuhnya terintegrasi secara formal dalam kebijakan daerah. Dukungan terhadap komunitas masih terbatas dan bergantung pada pendanaan eksternal. Dalam perspektif manajemen pelayanan, kondisi ini menunjukkan bahwa kesinambungan intervensi berbasis komunitas belum dijamin dalam sistem kebijakan yang berkelanjutan.

### Implikasi terhadap Pencapaian Target *Three Zero*

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa pencapaian target *Three Zero* di Kabupaten Cirebon dipengaruhi oleh interaksi antara regulasi daerah, koordinasi lintas sektor, kinerja sistem layanan, dan lingkungan sosial. Belum tercapainya target *Three Zero* tidak semata-mata mencerminkan kegagalan program, tetapi menunjukkan keterbatasan tata kelola kebijakan yang belum sepenuhnya terintegrasi dan berkelanjutan. Hubungan antar dimensi tersebut dirangkum dalam Gambar 3 yang menggambarkan jalur implementasi kebijakan HIV/AIDS dari regulasi hingga outcome *Three Zero*.



Gambar 3. Jalur Implementasi kebijakan HIV/AIDS dari regulasi hingga outcome *Three Zero*

Gambar ini menunjukkan jalur implementasi kebijakan HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon, dimulai dari regulasi daerah sebagai fondasi tata kelola kebijakan, yang mempengaruhi koordinasi lintas OPD dan integrasi dalam perencanaan serta penganggaran daerah. Koordinasi tersebut berdampak pada kinerja sistem layanan kesehatan, khususnya peran Puskesmas sebagai gatekeeper layanan HIV. Kinerja layanan dipengaruhi oleh lingkungan sosial, termasuk stigma dan peran komunitas, yang secara bersama-sama menentukan capaian target *Three Zero*.

### 1. Pencapaian terhadap Target *Three Zero*

Hasil wawancara menunjukkan bahwa implementasi program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon telah mengalami kemajuan, namun capaian tersebut belum sepenuhnya memenuhi target global *Three Zero*. Informan mengungkapkan bahwa pencapaian pada masing-masing indikator menunjukkan hasil yang berbeda, baik dari sisi penurunan kasus baru, keberlanjutan pengobatan, maupun pengurangan stigma sosial.

### 2. Zero New HIV Infection

Berdasarkan hasil wawancara dengan pengelola program di Dinas Kesehatan, selama periode Januari–Agustus 2025 masih ditemukan 228 kasus baru HIV di Kabupaten Cirebon. Informan menyampaikan bahwa angka tersebut menunjukkan penularan HIV masih berlangsung, meskipun kegiatan deteksi dini dan pelacakan kasus telah dilakukan secara aktif. Stabilitasnya penemuan kasus baru, menurut informan, mencerminkan masih adanya kelompok masyarakat yang rentan terhadap penularan HIV.

*"Penemuan kasus baru masih relatif stabil. Ini menunjukkan bahwa penularan masih terjadi, terutama pada kelompok dengan perilaku berisiko."* (Informan 1, Pengambil Kebijakan).

### 3. Zero AIDS-related Death

Pada indikator Zero AIDS-related death, hasil wawancara menunjukkan adanya peningkatan cakupan terapi antiretroviral (ARV). Sebanyak 80,7% ODHA yang teridentifikasi telah memulai terapi ARV. Informan kebijakan menyatakan bahwa peningkatan ini mencerminkan perbaikan dalam sistem rujukan dan tindak lanjut layanan setelah diagnosis. Namun demikian, informan menegaskan bahwa capaian tersebut masih berada di bawah target global sebesar 95%.

*"Penemuan kasus sudah cukup baik, tetapi capaian ARV masih di bawah target. Hambatannya ada pada kesiapan SDM dan persepsi masyarakat."* (Informan 1, Pengambil Kebijakan).

Informan pelaksana teknis juga menjelaskan bahwa capaian pengobatan berbeda antar kelompok sasaran. Untuk populasi umum, inisiasi terapi relatif

lebih baik, sedangkan pada populasi kunci masih sangat bergantung pada peran LSM.

"Untuk populasi umum, capaian pengobatan lebih baik. Tetapi pada populasi kunci masih sangat bergantung pada pendampingan LSM." (Informan 2, Pelaksana Teknis).

#### 4. Zero Stigma and Discrimination

Hasil wawancara mengungkapkan bahwa stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan populasi kunci masih menjadi hambatan utama dalam pelaksanaan program HIV/AIDS. Informan menyampaikan bahwa stigma mempengaruhi keputusan individu untuk membuka status HIV, mengakses layanan pengobatan, serta mempertahankan kepatuhan terapi.

"Stigma masih kuat. Banyak ODHA yang takut diketahui statusnya sehingga enggan kontrol dan minum obat rutin." (Informan 2, Pelaksana Teknis).

Temuan ini menunjukkan bahwa aspek sosial non-medis masih berperan signifikan dalam menghambat pencapaian target *Three Zero*, khususnya pada indikator pengurangan stigma dan diskriminasi. Secara keseluruhan, hasil wawancara menunjukkan bahwa capaian program HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon pada tahun 2025 telah mengalami kemajuan bertahap, namun belum sepenuhnya memenuhi ketiga indikator *Three Zero*. Tantangan utama yang diungkapkan informan meliputi masih tingginya penemuan kasus baru, keterbatasan cakupan terapi ARV, serta kuatnya stigma sosial di tingkat masyarakat. Ringkasan kondisi capaian disajikan pada Tabel 3

**Tabel 3. Kondisi Kabupaten Cirebon terhadap Target Global *Three Zero* (2025)**

Indikator <i>Three Zero</i>	Kondisi Kabupaten Cirebon 2025	Interpretasi
Zero new infection	228 kasus baru ditemukan (Jan–Ags 2025)	Angka infeksi baru masih tinggi; perlu penguatan promosi dan pencegahan berbasis komunitas.
Zero AIDS-related death	80,7% ODHA memulai terapi ARV (target 95%)	Capaian meningkat dari tahun sebelumnya, namun masih di bawah target global.
Zero stigma & discrimination	Stigma masyarakat masih tinggi	Diperlukan strategi komunikasi dan kampanye publik lintas sektor.

Sumber: Data Sekunder (2025)

## PEMBAHASAN

### Tata Kelola Kebijakan HIV/AIDS dan Implikasinya terhadap Target *Three Zero*

Temuan penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon masih bertumpu pada Peraturan Bupati Nomor 33 Tahun 2016 tentang kolaborasi TB–HIV, tanpa didukung Peraturan Daerah (Perda) khusus HIV/AIDS. Kondisi ini menjelaskan mengapa tata kelola kebijakan masih bersifat sektoral dan belum terintegrasi lintas sektor. Dalam perspektif implementasi kebijakan, absennya regulasi daerah yang komprehensif menyebabkan ketidakjelasan mandat, lemahnya mekanisme koordinasi, serta rendahnya akuntabilitas antar aktor. Kondisi tersebut sejalan dengan konsep implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Pressman dan Wildavsky, bahwa keberhasilan implementasi sangat dipengaruhi oleh kejelasan regulasi, pembagian peran aktor, serta mekanisme koordinasi antar lembaga<sup>6</sup>.

Implikasinya terhadap pencapaian *Three Zero* cukup signifikan. Pada indikator *Zero new infection*, lemahnya koordinasi lintas sektor membatasi efektivitas upaya pencegahan primer berbasis komunitas, pendidikan, dan sosial, yang seharusnya melibatkan sektor diluar kesehatan. Sementara itu, pada indikator *Zero stigma and discrimination*, ketiadaan Perda mengurangi daya dorong kebijakan dalam membangun komitmen politik dan legitimasi sosial untuk perlindungan hak ODHA. Dengan kata lain, kebijakan yang belum terinstitusionalisasi secara formal cenderung tidak mampu menciptakan perubahan struktural yang dibutuhkan untuk menekan infeksi baru dan stigma secara berkelanjutan.

Hasil penelitian ini konsisten dengan temuan Hanifah et al. di Kota Surabaya yang menunjukkan bahwa keberadaan Perda HIV/AIDS berkontribusi signifikan terhadap penguatan koordinasi lintas sektor, keberlanjutan pendanaan, serta akuntabilitas pelaksanaan program<sup>7</sup>. Studi lain di beberapa daerah di Indonesia juga menunjukkan bahwa daerah yang memiliki Perda dan Rencana Aksi Daerah (RAD) HIV/AIDS cenderung memiliki tata kelola program yang lebih sistematis dan berkelanjutan<sup>8</sup>. Tanpa integrasi tersebut, program HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon masih sangat bergantung pada dana pusat dan dukungan mitra non-pemerintah. Kondisi ini menjelaskan mengapa keberlanjutan program dan perluasan intervensi pencegahan masih menghadapi keterbatasan, yang pada akhirnya berdampak pada lambatnya pencapaian target *Zero new infection* dan *Zero AIDS-related death*.

Beberapa studi menunjukkan bahwa keberlanjutan program kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh sejauh mana kebijakan sektoral diintegrasikan ke dalam sistem perencanaan dan penganggaran daerah<sup>9, 10</sup>. Dalam perspektif kebijakan publik, keterpaduan antara regulasi, perencanaan, dan pembiayaan merupakan prasyarat utama bagi efektivitas dan keberlanjutan implementasi kebijakan kesehatan.

Lebih lanjut, ketiadaan Perda HIV/AIDS juga mempengaruhi kejelasan mandat dan akuntabilitas lintas sektor. Isu HIV/AIDS pada dasarnya merupakan isu multidimensi yang melibatkan sektor kesehatan, pendidikan, sosial, ketenagakerjaan, kependudukan, serta keagamaan. Namun, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keterlibatan sektor-sektor tersebut di Kabupaten Cirebon masih bersifat parsial

dan belum terkoordinasi secara sistematis. Literatur kebijakan kesehatan menegaskan bahwa kebijakan lintas sektor memerlukan dasar hukum yang kuat untuk memastikan peran, tanggung jawab, dan mekanisme koordinasi antar aktor berjalan secara konsisten<sup>11</sup>. Tanpa payung regulasi yang jelas, koordinasi lintas sektor cenderung bergantung pada inisiatif individual atau kepemimpinan tertentu, sehingga sulit dipertahankan dalam jangka panjang dan berpotensi menghambat pencapaian indikator *Zero new infection* dan *Zero stigma and discrimination*. Dalam kerangka pencapaian target *Three Zero*, keberadaan Perda HIV/AIDS juga memiliki fungsi strategis sebagai instrumen politik dan simbolik yang menegaskan komitmen pemerintah daerah terhadap isu HIV/AIDS. UNAIDS menekankan bahwa kepemimpinan politik dan dukungan kebijakan di tingkat lokal merupakan faktor kunci dalam mempercepat pencapaian target eliminasi HIV/AIDS<sup>12</sup>. Regulasi daerah yang komprehensif tidak hanya memberikan kepastian hukum bagi pelaksana program, tetapi juga memperkuat legitimasi sosial kebijakan serta meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap layanan HIV. Dengan demikian, ketiadaan Perda HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon tidak hanya berdampak pada aspek teknis implementasi kebijakan, tetapi juga membatasi daya dorong kebijakan dalam membangun dukungan publik dan perlindungan hak ODHA secara berkelanjutan.

### **Layanan Deteksi Dini sebagai Fondasi *New Infection* dan *Zero AIDS-related Death***

Peran Puskesmas sebagai pintu masuk deteksi dini HIV mencerminkan pendekatan kebijakan yang berfokus pada penguatan layanan kesehatan primer. Integrasi layanan HIV ke dalam layanan kesehatan ibu dan anak serta kolaborasi dengan KUA dan program TB-HIV menunjukkan adanya upaya sistematis untuk memperluas jangkauan deteksi. Namun, temuan penelitian menunjukkan bahwa keterbatasan kapasitas SDM di tingkat Puskesmas menjadi faktor kunci yang menjelaskan mengapa integrasi layanan belum sepenuhnya optimal.

Pendekatan ini mencerminkan penerapan prinsip layanan terintegrasi dan berkesinambungan (*continuum of care*), yang bertujuan memastikan bahwa pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan tindak lanjut HIV saling terhubung antar layanan. Bukti global menunjukkan bahwa integrasi layanan HIV ke dalam layanan kesehatan primer berkontribusi terhadap peningkatan cakupan deteksi dan percepatan inisiasi terapi antiretroviral (ARV), terutama di wilayah dengan sumber daya terbatas<sup>13</sup>. Meskipun demikian, hasil penelitian juga mengungkap bahwa implementasi deteksi dini HIV di tingkat Puskesmas masih menghadapi tantangan kapasitas sumber daya manusia (SDM). Tidak semua petugas layanan primer telah memperoleh pelatihan khusus terkait layanan Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP), sehingga pengelolaan kasus HIV

masih sangat bergantung pada koordinasi dengan Dinas Kesehatan. Keterbatasan ini berpotensi menghambat optimalisasi peran Puskesmas sebagai penyedia layanan HIV yang komprehensif dan berkelanjutan.

Dalam kerangka *Three Zero*, kondisi ini memiliki implikasi langsung. Keterbatasan kompetensi dan pelatihan layanan PDP di tingkat primer berpotensi menyebabkan keterlambatan diagnosis dan inisiasi terapi, sehingga melemahkan pencapaian *Zero new infection* dan meningkatkan risiko kematian terkait AIDS (*Zero AIDS-related death*).

Temuan ini sejalan dengan studi kualitatif terbaru yang menunjukkan bahwa kompetensi, kepercayaan diri, dan pengalaman tenaga kesehatan primer merupakan faktor kunci dalam keberhasilan pelaksanaan tes HIV dan tindak lanjut pengobatan<sup>14</sup>. Tanpa dukungan pelatihan dan supervisi yang memadai, tenaga kesehatan cenderung bersikap hati-hati dalam menangani kasus HIV, yang pada akhirnya dapat memperlambat proses inisiasi terapi dan rujukan lanjutan. Oleh karena itu, penguatan kapasitas SDM menjadi elemen penting dalam memastikan bahwa integrasi layanan HIV di tingkat Puskesmas dapat berjalan efektif dan konsisten. Selain faktor kapasitas layanan, perluasan deteksi dini HIV juga berkaitan dengan penerimaan dan akses layanan oleh kelompok berisiko dan populasi kunci. Tinjauan sistematis terbaru menunjukkan bahwa keberhasilan strategi deteksi HIV, termasuk pendekatan tes mandiri dan berbasis komunitas, sangat dipengaruhi oleh dukungan tenaga kesehatan, tingkat literasi kesehatan, serta faktor stigma dan diskriminasi<sup>15</sup>. Temuan ini relevan dengan konteks Kabupaten Cirebon, di mana layanan deteksi dini di Puskesmas perlu didukung oleh strategi yang lebih adaptif terhadap kebutuhan populasi kunci agar dapat menjangkau kelompok yang selama ini sulit diakses oleh layanan kesehatan formal.

### **Peran Komunitas dan LSM dalam Menopang *Zero Stigma and Discrimination***

Temuan penelitian ini menegaskan bahwa komunitas dan LSM memiliki posisi strategis dalam implementasi kebijakan HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon, khususnya dalam menjembatani kesenjangan antara sistem pelayanan kesehatan formal dan kebutuhan ODHA di tingkat komunitas. Peran pendampingan yang dilakukan sejak tahap tes hingga pengobatan menunjukkan bahwa komunitas berfungsi sebagai aktor kunci dalam menjaga kesinambungan layanan dan mencegah *loss to follow-up*, terutama pada ODHA yang menghadapi hambatan sosial dan stigma. Peran komunitas sebagai pendamping juga mencerminkan pendekatan implementasi kebijakan yang bersifat kolaboratif dan berbasis masyarakat. Berbagai studi menunjukkan bahwa intervensi berbasis komunitas berkontribusi signifikan terhadap peningkatan kepatuhan terapi

ARV, retensi pasien dalam perawatan, serta perbaikan kualitas hidup ODHA<sup>16</sup>. Pendekatan *peer support* memungkinkan terbangunnya hubungan kepercayaan yang seringkali sulit dicapai oleh sistem layanan kesehatan formal, khususnya bagi populasi kunci.

Selain itu, keterlibatan komunitas memiliki relevansi langsung dengan pencapaian target *Three Zero*, terutama pada indikator *Zero stigma and discrimination*. UNAIDS menekankan bahwa komunitas merupakan aktor utama dalam mengurangi stigma dan diskriminasi, karena memiliki kedekatan sosial dan pemahaman kontekstual terhadap kelompok sasaran<sup>12</sup>. Dalam konteks Kabupaten Cirebon, peran komunitas menjadi semakin penting mengingat masih kuatnya stigma sosial terhadap ODHA dan populasi kunci. Kemudian, hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa peran strategis komunitas dan LSM belum sepenuhnya didukung oleh kerangka kebijakan dan kelembagaan daerah. Dukungan pemerintah daerah terhadap komunitas masih bersifat terbatas dan belum terintegrasi secara formal dalam sistem pelayanan kesehatan HIV/AIDS. Literatur kebijakan kesehatan menegaskan bahwa pengakuan formal terhadap peran komunitas melalui regulasi, mekanisme pembiayaan, dan koordinasi lintas sektor merupakan prasyarat penting bagi keberlanjutan intervensi berbasis komunitas<sup>17</sup>. Tanpa integrasi tersebut, kontribusi komunitas berisiko bergantung pada pendanaan jangka pendek dan tidak berkelanjutan. Sehingga, sinkronisasi antara sistem layanan formal dan peran komunitas menjadi elemen penting dalam penguatan implementasi kebijakan HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon. Integrasi peran komunitas ke dalam kebijakan daerah tidak hanya akan memperkuat kesinambungan layanan, tetapi juga mendukung percepatan pencapaian target *Three Zero* secara lebih inklusif dan berkelanjutan.

### **Stigma Sosial sebagai Hambatan Struktural Pencapaian *Three Zero***

Stigma sosial terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA) masih menjadi salah satu hambatan terbesar dalam implementasi program HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi negatif masyarakat terhadap HIV/AIDS menyebabkan sebagian ODHA enggan membuka status kesehatannya, menunda pemeriksaan, serta tidak menjalani terapi antiretroviral (ARV) secara rutin. Stigma ini tidak hanya muncul di tingkat komunitas, tetapi juga dirasakan dalam lingkungan sosial terdekat, seperti keluarga dan tempat kerja, sehingga berdampak langsung pada keberlanjutan pengobatan. Temuan ini menunjukkan bahwa stigma berperan sebagai faktor non-medis yang secara signifikan memengaruhi efektivitas intervensi kesehatan. Ketakutan akan penolakan sosial dan diskriminasi mendorong ODHA untuk menyembunyikan status HIV, yang pada akhirnya memperlemah upaya penjangkauan, pemantauan, dan retensi pasien dalam pengobatan. Dalam konteks kebijakan, kondisi ini

menunjukkan bahwa pencapaian target pengobatan tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan layanan, tetapi juga oleh lingkungan sosial yang mendukung pemanfaatan layanan tersebut.

Penelitian sebelumnya di Indonesia menguatkan temuan ini. Studi Agung dan Paradissa di Yogyakarta menunjukkan bahwa stigma dan diskriminasi struktural masih menjadi hambatan utama dalam implementasi kebijakan HIV/AIDS, khususnya pada populasi kunci seperti transpan dan kelompok minoritas seksual lainnya<sup>18</sup>. Studi lain juga menunjukkan bahwa stigma sosial berkorelasi dengan rendahnya kepatuhan terapi ARV dan meningkatnya risiko *loss to follow-up*, sehingga menghambat pencapaian target pengendalian HIV/AIDS secara nasional<sup>19</sup>. Dalam kerangka *Three Zero*, stigma sosial memiliki implikasi langsung terhadap kegagalan pencapaian indikator *Zero stigma and discrimination*, sekaligus berdampak tidak langsung pada indikator *Zero new infection* dan *Zero AIDS-related death*. UNAIDS menekankan bahwa stigma dan diskriminasi merupakan determinan sosial utama yang memperburuk kerentanan terhadap HIV serta menghambat efektivitas kebijakan pencegahan dan pengobatan<sup>2</sup>. Oleh karena itu, intervensi kebijakan HIV/AIDS perlu melampaui pendekatan medis dan memasukkan strategi komunikasi sosial serta perubahan norma di tingkat komunitas.

Pengurangan stigma di Kabupaten Cirebon masih membutuhkan penguatan melalui edukasi publik yang lebih luas dan terkoordinasi lintas sektor. Pelibatan tokoh masyarakat, tokoh agama, media lokal, serta sektor pendidikan menjadi penting untuk membangun pemahaman yang lebih inklusif terhadap HIV/AIDS dan ODHA. Pendekatan lintas sektor ini sejalan dengan rekomendasi kebijakan global yang menekankan bahwa pengurangan stigma memerlukan kombinasi intervensi kebijakan, sosial, dan budaya yang berkelanjutan<sup>1</sup>. Dengan demikian, penguatan strategi pengurangan stigma menjadi komponen esensial dalam mempercepat pencapaian target *Three Zero* di Kabupaten Cirebon.

### **Refleksi Analitis dan Implikasi bagi Daerah Lain**

Secara reflektif, temuan penelitian ini memiliki relevansi bagi kabupaten lain di Indonesia yang memiliki karakteristik serupa, yaitu belum memiliki Perda HIV/AIDS, bergantung pada dana pusat, dan menghadapi stigma sosial yang kuat. Studi ini menunjukkan bahwa tantangan pencapaian *Three Zero* bukan semata persoalan teknis layanan, melainkan persoalan tata kelola kebijakan yang mencakup regulasi, koordinasi lintas sektor, dan legitimasi sosial. Dengan demikian, pengalaman Kabupaten Cirebon memberikan pelajaran bahwa percepatan pencapaian *Three Zero* di tingkat lokal memerlukan penguatan kebijakan daerah yang terintegrasi, pengakuan formal terhadap peran komunitas, serta strategi pengurangan stigma yang berbasis konteks sosial setempat.

## KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Data yang terutama bersumber dari wawancara dengan aktor kunci berpotensi menimbulkan bias informasi, karena temuan dipengaruhi persepsi dan tingkat keterbukaan informan meskipun triangulasi telah dilakukan. Selain itu, keterbatasan akses dan triangulasi dokumen kebijakan lintas sektor membatasi penilaian kesesuaian antara regulasi, perencanaan, dan praktik implementasi di lapangan. Penelitian ini juga belum menganalisis multilevel governance, sehingga dinamika keterkaitan kebijakan antara tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten belum tergambar secara utuh. Keterbatasan tersebut dapat memengaruhi keluasan interpretasi hasil, terutama dalam menilai efektivitas implementasi kebijakan menuju pencapaian target *Three Zero*. Meskipun demikian, studi ini tetap memberikan gambaran empiris yang relevan mengenai tantangan dan kebutuhan penguatan implementasi kebijakan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di tingkat kabupaten.

## KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon belum sepenuhnya mendukung pencapaian target *Three Zero*. Kebaruan utama temuan penelitian ini terletak pada identifikasi bahwa ketiadaan Peraturan Daerah (Perda) HIV/AIDS merupakan hambatan struktural yang berdampak langsung pada lemahnya koordinasi lintas sektor, keterbatasan integrasi program, serta belum optimalnya upaya pengurangan stigma. Temuan ini menegaskan bahwa tantangan pencapaian *Zero new infection* dan *Zero stigma and discrimination* tidak hanya bersumber dari aspek teknis layanan, tetapi juga dari tata kelola kebijakan daerah.

Meskipun cakupan terapi antiretroviral (ARV) mengalami peningkatan, capaian tersebut masih berada di bawah target global dan belum sepenuhnya menjamin kesinambungan pengobatan. Keterbatasan kapasitas layanan kesehatan primer serta stigma sosial terhadap ODHA terbukti mempengaruhi retensi pengobatan dan berimplikasi pada capaian *Zero AIDS-related death*. Dengan demikian, pencapaian *Three Zero* di tingkat kabupaten sangat dipengaruhi oleh kualitas regulasi, koordinasi kelembagaan, dan dukungan sosial.

Berdasarkan temuan tersebut, dalam jangka pendek diperlukan penguatan koordinasi lintas sektor, peningkatan kapasitas Puskesmas, serta penguatan peran komunitas dan LSM. Dalam jangka menengah, penyusunan Perda HIV/AIDS menjadi langkah strategis untuk memastikan integrasi kebijakan, keberlanjutan pendanaan, dan percepatan pencapaian target *Three Zero* secara berkelanjutan.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan apresiasi dan terima kasih kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon atas dukungan data, izin, dan fasilitasi selama proses pengumpulan informasi serta pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada petugas Program HIV/AIDS di Puskesmas Kalimaro dan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Cirebon atas kerja sama, keterbukaan, dan kontribusi berharga dalam penyediaan data serta wawancara penelitian.

Penulis turut menyampaikan terima kasih kepada seluruh informan yang telah berpartisipasi secara aktif dan bersedia meluangkan waktu untuk berbagi pengalaman dan pandangan dalam penelitian ini. Selain itu, penulis mengapresiasi Universitas Siber Muhammadiyah atas dukungan akademik dan kesempatan yang diberikan dalam proses diseminasi ilmiah, termasuk fasilitasi publikasi artikel ini. Seluruh bentuk dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak tersebut menjadi bagian penting dalam terselenggaranya penelitian ini dan diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi penguatan kebijakan dan program pengendalian HIV/AIDS di Kabupaten Cirebon.

## REFERENSI

1. World Health Organization. Global health sector strategy on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022–2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS update 2023: Confronting inequalities. Geneva: UNAIDS; 2023.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan perkembangan HIV/AIDS dan IMS Triwulan IV Tahun 2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2024.
4. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Profil kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2024. Bandung: Dinkes Provinsi Jawa Barat; 2025.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. Laporan Program Pencegahan dan Pengendalian HIV/AIDS Tahun 2024. Cirebon: Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon; 2025.
6. Pressman JL, Wildavsky A. Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland. 3rd ed. Berkeley: University of California Press; 1984.
7. Hanifah N, Sari DM, Pratama R. Implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS berbasis daerah di Kota Surabaya. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia. 2023;11(2):145–156.
8. Maryam S, Putri R, Lestari D. Evaluasi kebijakan daerah dalam pengendalian HIV/AIDS di DKI Jakarta. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. 2025;14(1):23–34.
9. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan. 1994;9(4):353–370.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman penyusunan rencana aksi daerah penanggulangan HIV dan AIDS. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2022.
11. World Health Organization. Health in all policies (HiAP) framework for country action. Geneva: World Health Organization; 2014.
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS strategy 2021–2026: End inequalities. End AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021.
13. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva: World Health Organization; 2021.
14. Kvasnevska Y, Kravchenko O, Shvets A. Experience of primary care physicians in HIV testing and care provision: qualitative

- insights from Ukraine. *Front Health Serv.* 2024;4:1444575.
15. Goldstein D, Kapilashrami A, O'Neill J. Integrating global HIV services with primary health care: evidence for integration models and outcomes. *Lancet Glob Health.* 2023;11(4):e520–e528.
  16. Jaffar S, Amuron B, Foster S, et al. Community-based interventions to improve antiretroviral therapy adherence and retention in care. *Lancet HIV.* 2016;3(7):e320–e330.
  17. MacQueen KM, Bhan A, Frohlich J, Holzer J, Sugarman J. Community engagement in HIV prevention and care: evolving evidence and practice. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2020;17(2):89–98.
  18. Agung P, Paradissa D. Stigma dan implementasi kebijakan HIV/AIDS pada populasi kunci di Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Reproduksi.* 2024;15(1):45–56.
  19. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how to address it. *BMC Med.* 2019;17:7.