

**IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
*HUMAN IMMUNODEFICENCY VIRUS* DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

**Tesis**

**Oleh**

**ALFAJAR**

**NPM 2226061014**



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK**

**UNIVERSITAS LAMPUNG**

**2026**

**IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
HUMAN IMMUNODEFICENCY VIRUS DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

**Oleh**

**ALFAJAR**

**NPM 2226061014**

**Tesis**

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar  
MAGISTER ILMU ADMINISTRASI**

**Pada**

**Program Pascasarjana Magister Ilmu Administrasi  
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**



**PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ILMU ADMINISTRASI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
2026**

## ABSTRAK

### IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS* DI KOTA BANDAR LAMPUNG

Oleh  
**ALFAJAR**

Pencegahan dan penanggulangan HIV masih menjadi tantangan utama kesehatan masyarakat di Indonesia, khususnya dalam pencapaian target global 95-95-95 dan visi “Three Zero”. Di Kota Bandar Lampung, capaian indikator layanan HIV masih menunjukkan kesenjangan yang signifikan antara target dan hasil yang dicapai. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) layanan HIV menggunakan kerangka Jan Merse yang meliputi informasi, isi kebijakan, dukungan masyarakat, dan pembagian potensi. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan paradigma post-positivisme. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi dengan melibatkan pemangku kepentingan dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kota, puskesmas, serta organisasi masyarakat sipil (OMS). Analisis data dilakukan menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldana yang meliputi kondensasi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Validitas data dijaga melalui triangulasi, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi SPM HIV di Kota Bandar Lampung masih menghadapi berbagai kendala. Pertama, penyebaran informasi belum merata, di mana organisasi masyarakat sipil sering kali kurang memahami substansi kebijakan akibat komunikasi yang bersifat informal dan terbatasnya sosialisasi. Kedua, isi kebijakan belum teroperasionalisasi secara optimal di tingkat daerah, ditandai dengan belum jelasnya petunjuk teknis serta tingginya ketergantungan pada pendanaan donor. Ketiga, dukungan masyarakat cukup kuat dalam penjangkauan dan penemuan kasus, namun keterlibatan OMS masih marginal dalam proses perencanaan dan penganggaran formal. Keempat, pembagian sumber daya dan peran telah diatur secara struktural, tetapi belum merata akibat keterbatasan kapasitas laboratorium, kurangnya konselor, dan lemahnya pelembagaan mekanisme koordinasi. Kondisi tersebut menyebabkan inkonsistensi layanan dan belum optimalnya pencapaian target HIV. Penelitian ini menegaskan bahwa kesenjangan komunikasi, alokasi sumber daya, kejelasan kebijakan, dan koordinasi berpengaruh signifikan terhadap efektivitas implementasi kebijakan. Oleh karena itu, penguatan koordinasi kelembagaan, peningkatan diseminasi substansi kebijakan, keberlanjutan alokasi anggaran, dan integrasi OMS dalam tata kelola formal menjadi langkah penting untuk meningkatkan kualitas layanan HIV.

**Kata Kunci: Implementasi Kebijakan, Standar Pelayanan Minimal, Human Immunodeficiency Virus**

## **ABSTRACT**

### **IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

**BY  
ALFAJAR**

*HIV prevention and treatment remain major public health challenges in Indonesia, particularly in achieving the global 95-95-95 targets and the “Three Zero” vision. In Bandar Lampung City, performance indicators still show a significant gap between targets and actual outcomes. This study aims to identify factors influencing policy implementation of Minimum Service Standards (SPM) for HIV services using Jan Merse’s framework (information, policy content, community support, and potential distribution). This research employed a descriptive qualitative approach grounded in post positivism. Data were collected through in-depth interviews, observation, and documentation involving stakeholders from provincial and city health offices, community health centers (Puskesmas), and civil society organizations (CSOs). Data analysis followed the interactive model of Miles, Huberman, and Saldana, including data condensation, data display, and conclusion drawing. Data validity was ensured through triangulation, transferability, dependability, and confirmability. The findings reveal that HIV SPM implementation in Bandar Lampung is constrained by several factors. First, information dissemination is uneven, with CSOs often lacking understanding of policy substance due to informal communication channels and limited socialization. Second, policy content is insufficiently operationalized at the local level, with unclear technical guidelines and heavy reliance on donor funding. Third, community support is strong in outreach and case detection; however, CSOs remain marginal in formal planning and budgeting processes. Fourth, the distribution of resources and roles is structurally defined but uneven, with limited laboratory capacity, insufficient counselors, and weak institutionalization of coordination mechanisms. These challenges contribute to inconsistencies in service delivery and suboptimal achievement of HIV targets. The study confirms that gaps in communication, resource allocation, policy clarity, and coordination significantly affect policy implementation effectiveness. Strengthening institutional coordination, improving dissemination of policy substance, ensuring sustainable budget allocation, and integrating CSOs into formal governance structures are essential to enhance HIV service delivery.*

**Keywords: policy implementation, minimum service standards, human immunodeficiency virus.**

Judul Tesis : **IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN  
MINIMAL HUMAN IMMUNODEFICIENCY  
VIRUS DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : **Alfajar**

NPM : **2226061014**

Program Studi : **Magister Ilmu Administrasi**

Fakultas : **Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**

**MENYETUJUI**

1. **Komisi Pembimbing**

  
**Dr. Susana Indriyati Caturiani, S. IP., M. Si.** NIP. 197009142006042001

  
**Dr. Ani Agus Puspawati, S. AP., M. AP** NIP. 198308152010122002

2. **Ketua Program Studi Magister Ilmu Administrasi  
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Universitas Lampung**

  
**Dr. Dra. Dian Kagungan, M.H.**  
NIP. 196908151997032001

**MENGESAHKAN**

1. Tim Penguji

Ketua : **Dr. Susana Indriyati Caturiani, S.IP., M.Si.**



Sekretaris : **Dr. Ani Agus Puspawati, S.AP., M.AP.**



Penguji Utama : **Dr. Rahayu Sulistyawati, S.Sos., M.Si.**



2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



**Prof. Dr. Anna Gustian Zainal, S.Sos., M.Si.**  
NIP. 197608212000032001

3. Direktur Program Pascasarjana Universitas Lampung



**Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si.**  
NIP. 196403261989021001

Tanggal Lulus Ujian Tesis: **03 Juni 2026**

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN HAK INTELEKTUAL

Saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Tesis dengan judul “Implementasi Standar Pelayanan Minimal *Human Immunodeficiency Virus* Di Kota Bandar Lampung” adalah hasil karya sendiri dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara yang tidak sesuai dengan etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut *plagiarisme*.
2. Hal intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya. Saya juga bersedia dan sanggup dituntut sesuai dengan hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, 03 Juni 2026

Yang membuat pernyataan,



Alfajar  
NPM. 2226061014

## RIWAYAT HIDUP



**Alfajar** lahir di Bandar Lampung, 01 Juli 1993 buah hati dari pasangan Bapak “**Dulaimi**” dan Ibu “**Niswaton**”.

Penulis pertama kali menempuh pendidikan formal di SDN 16 Bengkulu Selatan dan diselesaikan tahun 2006. Pada tahun yang sama penulis melanjutkan jenjang pendidikan menengah pertama di SMP Negeri I Bengkulu Selatan lulus tahun 2009 dan Pendidikan menengah atas di SMA Negeri 2 Bengkulu Selatan yang diselesaikan tahun 2012. Pada tahun 2012, penulis diterima sebagai salah satu mahasiswa di Jurusan Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Lampung dan selesai tahun 2018. Alhamdulillah pada tahun 2022, penulis kembali diberikan amanah untuk melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Magister Ilmu Administrasi Universitas Lampung.

## **MOTTO**

*"Tujuan pendidikan itu untuk mempertajam kecerdasan, memperkuat kemauan serta memperhalus perasaan"*

- **Tan Malaka** -

*"Sebaik-baik manusia adalah yang paling bermanfaat bagi manusia lainnya"*

- **HR Ahmad** -

*"Ukuran kemajuan suatu masyarakat dapat dilihat dari bagaimana masyarakat tersebut memperlakukan kelompok yang paling rentan."*

- **Mahatma Gandhi** -

## **PERSEMBAHAN**

*“Tesis ini saya persembahkan kepada kedua orang tua, kakak, keponakan, sahabat tercinta yang selalu menjadi penyemangat dalam perjalanan kuliah, serta almamater yang saya banggakan”*

## SANWACANA

Puji dan Syukur aku panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, penulis telah menyelesaikan naskah tesis dengan judul “**IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS* DI KOTA BANDAR LAMPUNG**” sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister di Program Pascasarjana Magister Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Lampung. Penulis sangat menyadari bahwa dalam kepenulisan naskah tesis sangat jauh dari kata sempurna, maka dari itu dalam prosesnya banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak baik langsung maupun tidak langsung. Penulis mengharapkan penelitian ini dapat menjadi langkah awal bagi peneliti di masa mendatang untuk mengembangkan topik serupa dalam objek yang berbeda.

Pada kesempatan ini, izinkan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.S., I.P.M. selaku Rektor Universitas Lampung
2. Bapak Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si. selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Lampung
3. Ibu Prof. Dr. Anna Gustiana Z., S.Sos., M.Si. selaku Dekan FISIP Universitas Lampung
4. Ibu Dr. Dra. Dian Kagungan, M.H. selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Administrasi FISIP Universitas Lampung sekaligus sebagai Pembimbing Pendamping yang telah banyak memberikan motivasi dan semangat dalam penyusunan serta masukan, kritik, dan saran secara kepenulisan dan substansial yang bermanfaat dalam penulisan tesis

5. Ibu Dr. Susana Indriyati Caturiani, S.IP., M.Si. sebagai Pembimbing Utama yang telah banyak memberikan masukan, kritik, dan saran secara substansial yang membangun dan bermanfaat dalam penyusunan tesis.
6. Ibu Dr. Ani Agus Puspawati, S.AP., M.AP. sebagai Pembimbing Kedua telah banyak memberikan masukan, kritik, dan saran secara kepenulisan dan substansial yang bermanfaat dalam penyusunan tesis.
7. Ibu Dr. Rahayu Sulistiowati, S.Sos., M.Si. sebagai Penguji telah banyak memberikan masukan, kritik, dan saran secara kepenulisan dan substansial yang bermanfaat dalam penyusunan tesis.
8. Segenap Dosen Magister Ilmu Administrasi, FISIP, UNILA dan Staf Sekretariat. Terkhusus Mba Vivi , Mba Shella, dan Mba Fitri selaku staf sekretariat yang selalu membantu berbagai hal administrasi dan lainnya selama proses menyelesaikan studi.
9. Kedua orang tua tercinta, Bapak tercinta Dulaimi dan Ibu tersayang Niswaton, terima kasih atas cinta yang begitu tulus, doa yang tak pernah lelah kalian panjatkan, serta pengorbanan yang sering kali tidak terlihat namun selalu terasa.
10. Kedua Kakak dan kakak ipar ku, juga seluruh keponakan paman tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan agar dapat menyelesaikan kuliahnya.
11. Segenap rekan di Magister Ilmu Administrasi angkatan 22 Dewi, Mba Rizka, Putri, Aghis, Helen, Vike, Mba Eka, Mba Sri, Fajar Adi, Jaya, Yuyun, Mba Ira dan Pak Zia yang selalu memberikan semangat dan nasehat dan kebersamai dalam perkuliahan hingga menyelesaikan kuliah ini.
12. Segenap teman di Gaya Lentera Muda Lampung, SP Sebay, Khe Rho Ke, sebagian negara dan program FSW -CSS HR PKBI Sumatera Barat yang selalu memberikan semangat dan ruang sendiri untuk aku menyelesaikan kuliahku.
13. Ibu Otta Nur Kirana dan dr. Neno dari Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Ibu Dewi Kartika dari Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, Ns Indri dari Puskesmas Kemiling, Ns Ijul dari Puskesmas Gedong Air, Mbak Mumu dari PKBI Sumatera Barat, Mas Joshua dari YKSS Jambi, Mas Ali dari PKBI Riau

yang terlibat dalam membantu dalam menyelesaikan penulis tugas akhir studi ini.

14. Terakhir, untuk diri saya sendiri. Terima kasih sudah bertahan dan terus berusaha sampai sejauh ini. Terima kasih untuk semua lelah, cemas, kecewa, dan tekanan yang selama ini dijalani diam-diam, tetapi tetap mampu dilewati. Terima kasih karena tetap kuat meski pernah hampir menyerah, dan tetap ikhlas menerima banyak hal yang tidak sesuai harapan. Semoga diri ini tidak berhenti belajar, selalu bersyukur, dan terus melangkah menuju hal-hal baik. Semoga setiap usaha yang diperjuangkan perlahan menemukan jalannya, dikelilingi orang-orang baik, dan mimpi-mimpi yang disimpan dapat tercapai satu per satu. Aamiin.

Bandar Lampung, 03 Juni 2026

**Alfajar**

## DAFTAR ISI

<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>v</b>
<b>I. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	15
1.3 Tujuan Penelitian .....	15
1.4 Manfaat Penelitian.....	16
<b>II. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>17</b>
2.1 Kebijakan Publik .....	17
2.2 Implementasi Kebijakan Publik.....	20
2.3 Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Publik .....	25
2.3.1 Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Menurut Edward III (1980) .....	25
2.3.2 Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Mazmanian & Sabatier .....	26
2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Jan merse .....	28
2.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan untuk HIV .....	30
2.5 Peran Masyarakat Sipil dalam Penanggulangan HIV/AIDS .....	33
2.6 Penelitian Terdahulu .....	36
2.7 Kerangka Pikir.....	42
<b>III. METODE PENELITIAN</b> .....	<b>45</b>
3.1 Tipe Penelitian .....	45
3.2 Subjek Penelitian .....	46
3.3 Lokasi Penelitian .....	46
3.4 Fokus Penelitian .....	47
3.5 Instrumen Penelitian .....	48
3.6 Teknik Analisis Data.....	49
3.7 Teknik Keabsahan Data .....	50

<b>IV. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>53</b>
4.1 Gambaran Umum.....	53
4.1.1 Dinas Kesehatan Provinsi Lampung .....	53
4.1.2 Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung .....	57
4.1.3 Puskesmas Gedong Air dan Puskesmas Kemiling .....	59
4.1.4 PKBI Sumatera Barat.....	63
4.1.5 PKBI Riau.....	65
4.1.6 YKSS Jambi.....	67
4.2 Hasil Penelitian.....	70
4.2.1 Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV di Kota Bandar Lampung Berdasarkan Informasi.....	70
4.2.2 Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV di Kota Bandar Lampung Berdasarkan Isi Kebijakan.....	76
4.2.3 Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV di Kota Bandar Lampung Berdasarkan Dukungan Masyarakat .....	82
4.2.4 Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV di Kota Bandar Lampung Berdasarkan Pembagian Potensi.....	93
4.3 Pembahasan.....	100
4.4 Matriks Penelitian .....	134
<b>V. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>138</b>
5.1 Kesimpulan.....	138
5.2 Saran .....	139
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>140</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Layanan HIV di Kota Bandar Lampung .....	8
2. Daftar CSO HIV di Bandar Lampung.....	9
3. Jenis Kelompok Intervensi HIV .....	13
4. Perbandingan Substansi Utama SPM HIV Permendagri dan Permenkes .....	32
5. Perbandingan Aspek Partisipasi Masyarakat Antara Permendagri dan Permenkes .....	36
6. Penelitian Terdahulu.....	37
7. Perangkat Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Lampung .....	55
8. Perangkat Organisasi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung .....	57
9. Perangkat Organisasi Puskesmas Gedong Air dan Puskesmas Kemiling .....	59
10. Perangkat Organisasi PKBI Sumatera Barat .....	63
11. Gambaran Tim PKBI Sumatera Barat .....	65
12. Perangkat Organisasi PKBI Riau .....	65
13. Perangkat Organisasi YKSS Jambi .....	67
14. Matriks Penelitian .....	134

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Estimasi Global HIV Tahun 2024 .....	4
2. Estimasi HIV Semester 1 Indonesia.....	5
3. Estimasi HIV Provinsi Lampung .....	6
4. Estimasi HIV Kota Bandar Lampung Tahun 2025 .....	6
5. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi oleh Edward III 1980 .....	26
6. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi oleh Mazmanian & Sabatier .....	27
7. Kerangka Pikir Penelitian .....	44
8. Model Analisis Data Interaktif.....	50
9. Pertemuan Kaskade Kota Bandar Lampung Tahun 2025 .....	75
10. FGD LSL PKBI Riau .....	86
11. Lokakarya Pemantauan Stigma & Diskriminasi PKBI Sumbar.....	87
12. FGD Waria PKBI Riau.....	88
13. YKSS Jambi Short Training ODHIV .....	89

## I. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kebijakan publik khususnya kebijakan kesehatan, tidak dapat dipahami sebagai proses linier yang hanya berbasis pada data ilmiah. Kebijakan publik dalam bidang kesehatan merupakan hasil interaksi kompleks antara pengetahuan empiris, kepentingan politik, ideologi, kekuasaan, dan institusi. Dengan demikian, kebijakan kesehatan bukan sekadar respons teknokratis terhadap masalah kesehatan, melainkan arena kontestasi berbagai aktor dan kepentingan. Hal ini menunjukkan bahwa analisis kebijakan publik harus mempertimbangkan dimensi politik dan sosial yang membentuk keputusan kebijakan. Dalam konteks ini, masalah kesehatan juga dipandang sebagai konstruksi politik, bukan hanya fakta objektif. Oleh karena itu, kebijakan publik kesehatan harus dilihat sebagai proses dinamis yang dipengaruhi oleh konteks dan kekuatan sosial yang lebih luas.

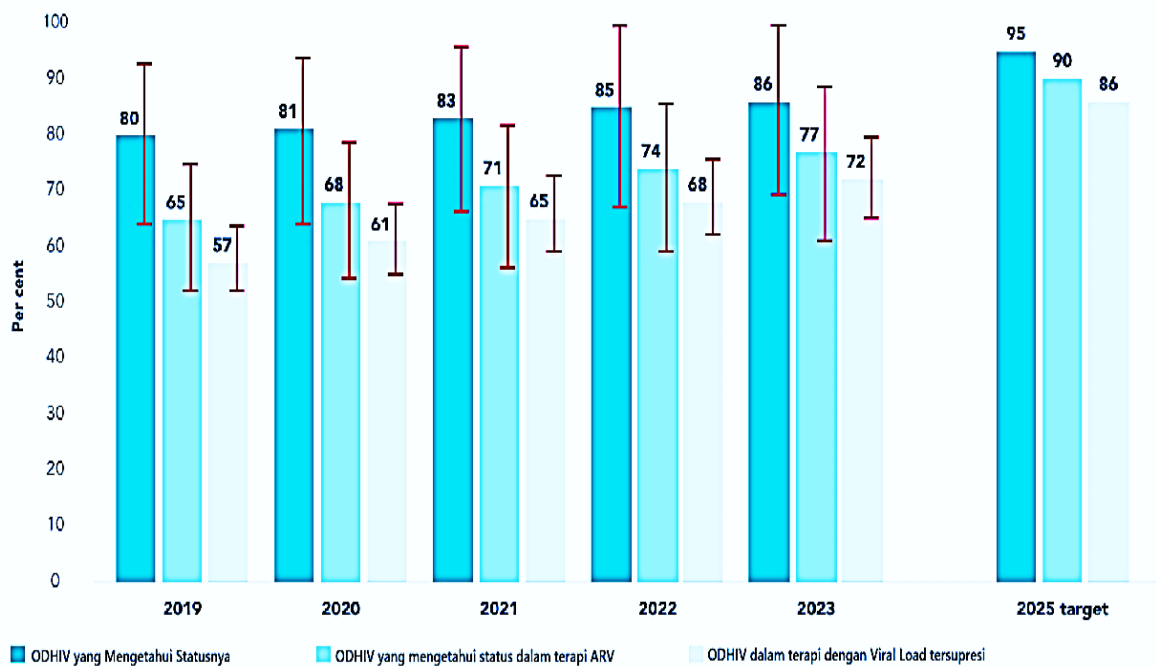
Dalam bidang kesehatan, kebijakan publik memiliki cakupan yang luas, melampaui sekadar pelayanan medis (*healthcare*) dan mencakup seluruh determinan kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan mencakup upaya perlindungan, pencegahan, promosi kesehatan, hingga penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat. Pendekatan ini menekankan pentingnya perspektif populasi dan intersektoral, di mana faktor sosial, ekonomi, lingkungan, dan perilaku turut mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan modern menuntut pendekatan "*Health in All Policies*", yang mengintegrasikan pertimbangan kesehatan dalam semua sektor kebijakan publik. Dengan demikian, kebijakan kesehatan bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan, tetapi melibatkan berbagai sektor lain dalam mencapai kesejahteraan masyarakat. Pendekatan komprehensif ini menjadi kunci dalam meningkatkan efektivitas kebijakan kesehatan.

Dari sisi tata kelola (*governance*), kebijakan kesehatan dipahami sebagai hasil dari proses kolektif yang melibatkan berbagai aktor, baik pemerintah, sektor swasta, organisasi masyarakat sipil, maupun institusi internasional. Negara tidak lagi menjadi aktor tunggal, melainkan bagian dari jaringan kebijakan yang saling bergantung. Tata kelola kebijakan kesehatan mencakup pengaturan proses pengambilan keputusan, implementasi, serta koordinasi antar level pemerintahan (*multi-level governance*). Selain itu, terdapat tantangan berupa “*governance gap*”, yaitu kesenjangan antara kompleksitas masalah kesehatan dan kapasitas institusi dalam mengatasinya. Hal ini menuntut model tata kelola yang adaptif, kolaboratif, dan mampu mengelola konflik kepentingan. Dengan demikian, keberhasilan kebijakan kesehatan sangat ditentukan oleh kualitas tata kelola dan koordinasi antar aktor (Maarse, 2023).

Akhirnya, dalam konteks standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan, analisis kebijakan kesehatan dapat diarahkan pada bagaimana kebijakan diterjemahkan menjadi kewajiban layanan dasar yang harus dipenuhi oleh pemerintah. SPM berfungsi sebagai instrumen kebijakan publik untuk menjamin bahwa setiap warga negara memperoleh akses layanan kesehatan esensial secara merata dan berkualitas, termasuk dalam penanggulangan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Pendekatan ini sejalan dengan pandangan bahwa kebijakan kesehatan tidak hanya diukur dari hasil agregat seperti peningkatan harapan hidup, tetapi juga dari sejauh mana layanan dasar dapat diakses secara adil oleh kelompok rentan. Dalam implementasinya, SPM HIV menuntut tata kelola yang kuat, mulai dari deteksi dini, pengobatan, hingga pencegahan penularan, yang melibatkan koordinasi lintas sektor dan berbagai aktor kebijakan. Hal ini juga menunjukkan bahwa kebijakan kesehatan harus mampu mengantisipasi dampak distribusi dan memastikan tidak terjadi kesenjangan layanan antar wilayah atau kelompok masyarakat. Dengan demikian, keberhasilan kebijakan kesehatan dalam kerangka SPM, termasuk SPM HIV, sangat bergantung pada efektivitas tata kelola, kapasitas institusi, serta komitmen politik dalam menjamin layanan kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan.

HIV adalah virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh dan dapat berkembang menjadi AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). HIV merusak sel darah putih, sedangkan AIDS merupakan tahap akhir infeksi HIV. Orang dengan HIV (ODHIV) biasanya mengalami penurunan daya tahan tubuh dalam 5–10 tahun, sehingga rentan terhadap penyakit penyerta seperti Hepatitis dan TBC. Status HIV seseorang dapat diketahui melalui pemeriksaan, terutama pada kelompok berisiko tinggi seperti ibu hamil, penyintas Hepatitis, penyintas TBC, serta populasi kunci. Populasi kunci meliputi warga binaan pemasyarakatan, waria, pekerja seks perempuan (PSP), laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), dan pengguna narkoba suntik (Permenkes No 21 Tahun 2013).

Secara Global pada tahun hingga 2023 terdapat 39,9 juta orang dengan HIV (ODHIV), 1,3 jutanya adalah ODHIV baru. Pada tahun yang sama juga terjadi 630 kasus kematian berkaitan dengan AIDS (UNAIDS, 2024). Pada tahun 2023, dari seluruh orang yang hidup dengan HIV, 86% mengetahui statusnya, 77% menerima terapi antiretroviral, dan 72% telah menekan viral load. Jumlah ini masih jauh dari target Global 2025 yakni, 95% dari semua orang yang hidup dengan HIV harus memiliki diagnosis, 95% dari mereka harus memakai pengobatan antiretroviral yang dapat menyelamatkan nyawa, dan 95% dari orang yang hidup dengan HIV yang menjalani pengobatan harus mencapai penekanan viral load demi kepentingan kesehatan orang tersebut. dan untuk mengurangi penularan HIV selanjutnya (World Health Organization, 2024).

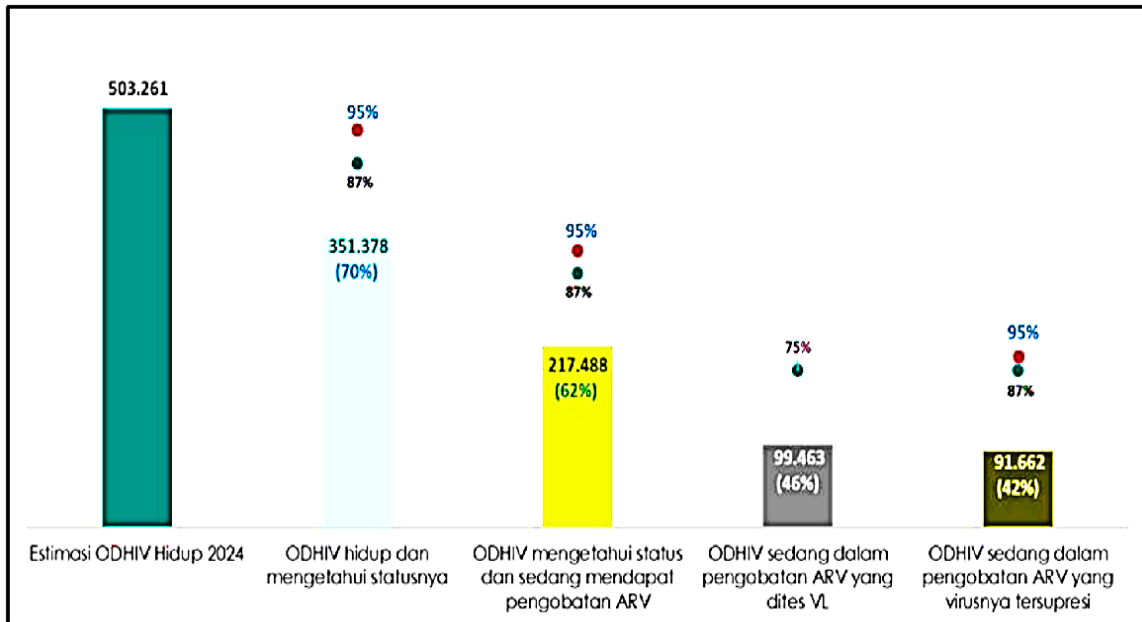


Gambar 1. Estimasi Global HIV Tahun 2024  
*Sumber: WHO, 2024*

Strategi yang pada tahun 2020 diubah menjadi *95-95-95 getting three zero*. *Three Zero* dimaksudkan untuk mengejar *Zero New Infection* (nol infeksi HIV baru), *Zero New Death by HIV* (nol kematian baru akibat HIV) dan *Zero Discrimination Towards HIV* (nol diskriminasi terkait HIV). Strategi *fastrack 95-95-95 getting three zero* ditargetkan akan tercapai pada tahun 2030 (UNAIDS, 2015). Indonesia menjadi target utama penerapan inisiasi *fastrack 95-95-95*. Inisiasi ini sendiri diharapkan dapat memperkuat respon regional dan sub regional dalam menanggulangi epidemi HIV sebagai krisis global (UNAIDS, 2015).

Sementara pada skala nasional penanggulangan HIV Indonesia, pencapaian target *95-95-95* mundur ke tahun 2030 dari penancangan awal di tahun 2028 oleh Kementerian Kesehatan. Sayangnya, Indonesia masih tertinggal untuk mencapai target tersebut. Sampai dengan Desember 2022, pencapaian inisiasi *fastrack* masih pada angka 81-41-19, Indonesia masih tertinggal 14% dari target 95 pertama, tertinggal 54% dari target 95 kedua dan tertinggal 76% dari target 95 yang ketiga. Kita dapat membaca angka ini sebagai 14% orang dalam populasi estimasi HIV belum memeriksakan status HIV nya, 54% ODHIV yang mengetahui status HIV

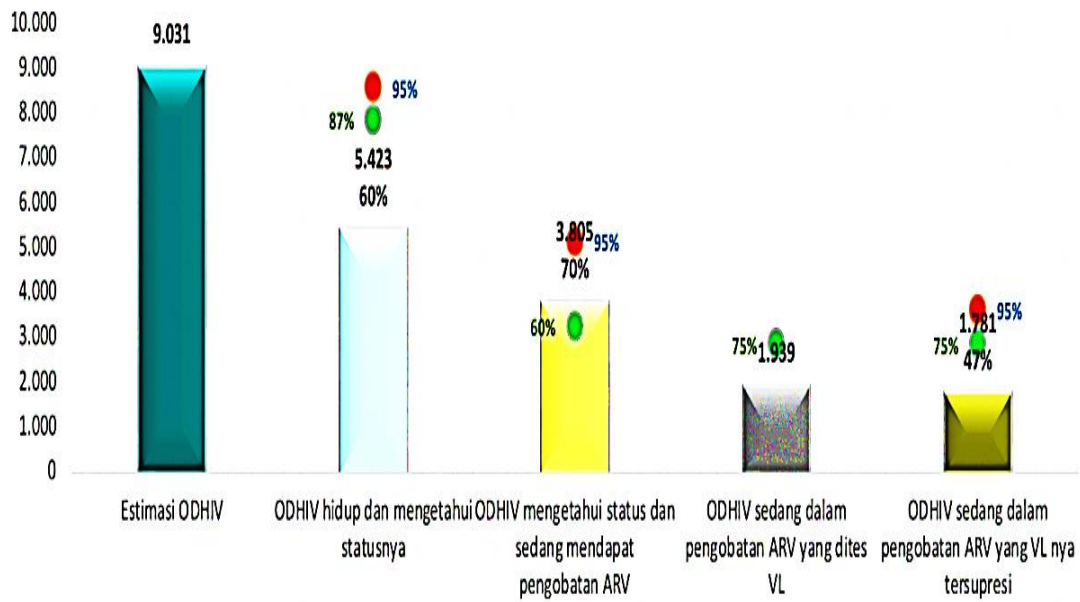
Reaktif (Positif) belum masuk dalam terapi ARV, dan 76% ODHIV yang melakukan terapi ARV belum tersupresi jumlah virusnya.



Gambar 2. Estimasi HIV Semester 1 Indonesia

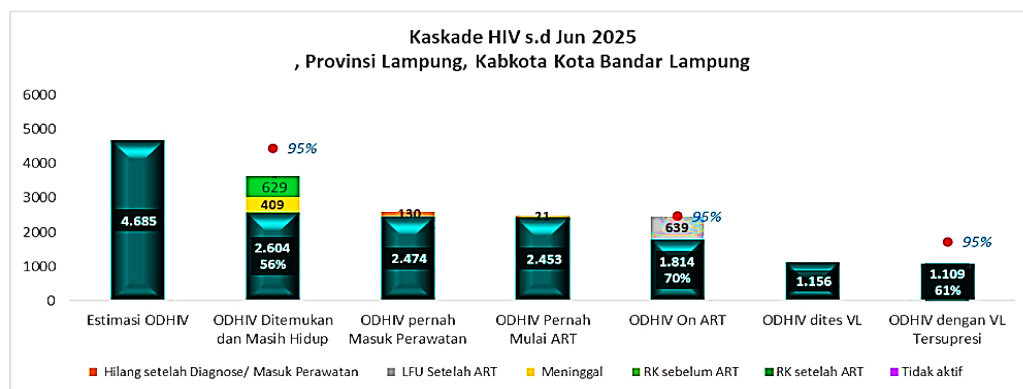
*Sumber: Kementerian Kesehatan, 2024*

Lebih lanjut, sampai dengan September 2022, ODHIV yang bertahan dalam ARV hanya 51%; dari yang tidak mengalami pengobatan, 54% mangkir dan 6% menghentikan ARV, sedangkan 40% mengalami kematian (Afriana et al., 2023). Perkembangan pencapaian target 95-95-95 di Provinsi Lampung hingga Juni 2024 berada pada angka 58-60-22. Dari estimasi 10.093 ODHIV, sebanyak 5.804 orang mengetahui statusnya, 2.806 orang menjalani terapi ARV, dan 617 orang yang melakukan tes VL mengalami supresi. Pada periode Januari–Maret 2024 ditemukan 315 ODHIV baru, dan 226 di antaranya memulai terapi ARV (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2024). Data ini menunjukkan bahwa Lampung masih tertinggal 37% pada target pertama, 35% pada target kedua, dan 73% pada target ketiga.



Gambar 3. Estimasi HIV Provinsi Lampung  
 Sumber: Kementerian Kesehatan, 2024

Bandar Lampung menjadi penyumbang terbesar kasus HIV di Provinsi Lampung. Hingga Juli 2024, capaian target 95-95-95 di kota ini berada pada angka 62-63-31. Dari estimasi 3.830 ODHIV, sebanyak 2.380 orang mengetahui statusnya, 497 orang menjalani terapi ARV, dan 467 orang yang melakukan tes VL mengalami supresi. Pada periode yang sama, terdapat 281 ODHIV baru dari 17.871 orang yang menjalani tes (Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2024). Data menunjukkan bahwa sebanyak 33% orang dengan estimasi HIV belum mengetahui statusnya. Sebanyak 32% ODHIV yang ditemukan belum memulai terapi ARV. Selain itu, 64% ODHIV yang sudah menjalani terapi ARV belum mencapai supresi virus.



Gambar 4. Estimasi HIV Kota Bandar Lampung Tahun 2025  
 Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung

Fenomena mendasar yang mendorong penelitian ini adalah adanya kesenjangan signifikan antara target global penanggulangan HIV/AIDS dan realitas capaian di tingkat lokal, khususnya di Kota Bandar Lampung. Secara global, komunitas internasional menargetkan strategi 95-95-95, yakni 95% Orang Dengan HIV (ODHIV) mengetahui statusnya, 95% dari mereka yang terdiagnosis menjalani terapi Antiretroviral (ART), dan 95% yang menjalani terapi berhasil menekan jumlah virusnya (supresi *viral load*). Namun, hingga akhir 2022, capaian nasional Indonesia masih berada pada angka 81-41-19, menunjukkan tantangan besar terutama pada akses pengobatan dan keberhasilan terapi. Kesenjangan ini semakin terlihat di tingkat daerah. Provinsi Lampung per Juni 2024 mencatatkan angka 58-60-22, sementara Kota Bandar Lampung sebagai episentrum epidemi, per Juli 2024 berada pada posisi 62-63-31. Angka ini menunjukkan bahwa meskipun berbagai upaya telah dilakukan, sekitar 33% estimasi ODHIV di Bandar Lampung belum mengetahui statusnya, 32% dari yang sudah tahu statusnya tidak mengakses pengobatan, dan 64% dari yang berobat belum mencapai supresi virus. Kondisi ini menjadi sebuah ironi, mengingat capaian tersebut merupakan hasil kerja bersama antara pemerintah melalui layanan kesehatan dan lembaga masyarakat sipil (OMS), yang menandakan adanya masalah dalam dinamika penanggulangan HIV di Kota Bandar Lampung.

NO	KODE.KABUPATEN/KOTA	PUSKESMAS	ODHIV BARU DITEMUKAN	ODHIV BARU DITEMUKAN DAN MENDAPAT PENGOBATAN ARV	PERSENTASE ODHIV BARU MENDAPAT PENGOBATAN ARV
1	2	3	4	5	6
1	1801.LAMPUNG BARAT	15	12	12	100
2	1802.TANGGAMUS	26	26	26	100
3	1803.LAMPUNG SELATAN	28	114	114	100
4	1804.LAMPUNG TIMUR	36	73	73	100
5	1805.LAMPUNG TENGAH	39	60	60	100
6	1806.LAMPUNG UTARA	27	35	30	86
7	1807.WAY KANAN	20	29	20	69
8	1808.TULANGBAWANG	20	182	182	100
9	1809.PESAWARAN	15	15	15	100
10	1810.PRINGSEWU	13	30	30	100
11	1811.MESUJI	14	15	15	100
12	1812.TULANG BAWANG BARAT	16	26	26	100
13	1813.PESISIR BARAT	11	4	4	100
14	1871.BANDAR LAMPUNG	31	561	450	80
15	1872.METRO	11	17	17	100
<b>JUMLAH (KAB/KOTA)</b>			<b>1.199</b>	<b>1.074</b>	<b>90</b>

Gambar 5. Kasus HIV Baru Provinsi Lampung Tahun 2024

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2025

Pada tahun 2024, Bandar Lampung menyumbang 561 kasus HIV baru, angka ini setara dengan 46% dari total 1.199 kasus HIV baru Provinsi Lampung yang

dihimpun dari 15 Kabupaten- Kota. Akan tetapi hanya 80% atau sekitar 450 ODHIV baru yang mendapatkan ARV. Bandar Lampung menjadi penyumbang terbesar temuan kasus, akan tetapi pada sisi yang lain justru menjadi nomor 2 terendah untuk jumlah ODHIV baru yang masuk dalam terapi ARV. Kondisi unik inilah yang menjadi alasan pemilihan Kota Bandar Lampung sebagai lokasi penelitian.

Peran Pemerintah didominasi oleh kerja-kerja pasif melalui layanan kesehatan. Pemeriksaan dan Perawatan untuk Populasi kunci dan ODHIV dilakukan di layanan kesehatan yang menyediakan poli atau klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing/* layanan pemeriksaan sukarela) untuk melakukan pemeriksaan status HIV juga Poli atau Klinik PDP (perawatan, dukungan & pengobatan) untuk melakukan terapi ARV. Kelompok swasta yang dalam hal ini diwakili oleh layanan kesehatan swasta turut berkontribusi pada kerja penanggulangan HIV di Kota Bandar Lampung dengan menyediakan layanan pemeriksaan dan perawatan HIV di layanan mereka.

Tabel 1. Layanan HIV di Kota Bandar Lampung

No	Layanan	Tes HIV	Layanan PDP	Tes VL	Tes EID
1	Puskesmas	31	31		
2	Rumah Sakit Umum	15	10	3	1
3	Rumah Sakit Ibu & Anak	5			
4	Layanan Pemasarakatan	3			
5	Klinik	7	2		
6	BKK	1			
<b>Jumlah</b>		<b>64</b>	<b>43</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2025

Berdasarkan Tabel 1, Layanan HIV di Kota Bandar Lampung secara keseluruhan tercatat 64 tes HIV di Kota Bandar Lampung pada 2025, dengan kontribusi terbesar dari puskesmas (31 tes dan 31 layanan PDP), diikuti rumah sakit umum (15 tes; 10 layanan PDP; 3 tes VL; 1 tes EID), dan beberapa fasilitas lain seperti rumah sakit ibu & anak (5), klinik (7; 2 layanan PDP), layanan pemsarakatan (3), serta BKK (1). Data menunjukkan puskesmas memimpin deteksi dan layanan awal, sementara

rumah sakit umum menjadi pusat pemeriksaan lanjutan (VL dan EID) yang masih sangat terbatas dibandingkan kebutuhan.

Pada kelompok masyarakat sipil, program penanggulangan HIV dijalankan oleh Tim Penjangkauan Pekerja seks perempuan (PSP) *Sub-sub recipient* (SSR) Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia Sumatera Barat (PKBI Sumbar) dan Tim penjangkauan untuk kelompok (Laki-laki seks dengan Lelaki) LSL, Transpuan (TG) dan Penasun PKBI Riau. Sementara pada kelompok populasi kunci yang telah mengetahui status HIV Positifnya (ODHIV) akan mendapatkan dukungan dari program dukungan sebaya yang dijalankan oleh SSR Yayasan Kanti Sehati Sehati (YKSS) Jambi. Ketiga program ini berjalan berdampingan dengan layanan kesehatan yang di organisir oleh Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.

Tabel 2. Daftar OMS HIV di Bandar Lampung

No	OMS	Fokus	Pendanaan
1	YKSS Jambi	Pendukungn Sebaya ODHIV	Global Fund
2	PKBI Riau	Penjangkauan LSL, TG & Penasun	Global Fund
3	PKBI Sumatera Barat	Penjangkauan PSP	Global Fund
4	Inisiatif Lampung Sehat (ILS)	Penjangkauan dan Pendukungn Pasien TB dengan HIV	Global Fund
5	PKBI Lampung	Layanan Tes & PDP	Global Fund
6	Jaringan Indonesia Positif (JIP) Lampung	Pendukungn Sebaya ODHIV	Swadaya
7	Komunitas Anak Positif (Komapi)	Pendukungn Sebaya ODHIV Anak	Swadaya
8	Jaringan ODHA Berdaya (JOB)	Pendukungn Sebaya ODHIV	Swadaya
9	Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI) Lampung	Pendukungn Sebaya ODHIV Perempuan	Swadaya
10	Persatuan Korban NAPZA Lampung (PKNL)	Pemberdayaan Komunitas Pengguna NAPZA	Swadaya

11	Gaya Lentera Muda Lampung			Pemberdayaan Ragam Gender	Komunitas	Swadaya
12	Organisasi Sosial Indonesia Lampung	Perubahan (OPSI)		Pemberdayaan PSP	Komunitas	Swadaya
13	Yayasan Muliya	Angsa Putih		Layanan Tes, Pendukungn Sebaya	PDP & ODHIV	Swadaya
14	Kelompok Sebaya Paradise Support	Dukungan		Pendukungn Sebaya Komunitas Ragam Gender	ODHIV	Swadaya

*Sumber: Konsorsium TB-HIV Lampung, 2025*

Tabel 2, daftar OMS HIV di Kota Bandar Lampung menunjukkan 14 organisasi masyarakat sipil (OMS) yang aktif di wilayah Lampung dengan beragam fokus layanan terkait HIV dan isu terkait. Kelompok yang didanai oleh Global Fund (5 OMS: YKSS Jambi, PKBI Riau, PKBI Sumatera Barat, Inisiatif Lampung Sehat, PKBI Lampung) terutama menanggung tugas teknis seperti penjangkauan populasi kunci (LSL, TG, Penasun, PSP), pendukungan sebaya untuk ODHIV, serta layanan tes dan pendampingan PDP dan integrasi layanan TB-HIV. Sementara mayoritas OMS lainnya (9 organisasi) bekerja dengan sumber swadaya masyarakat dan memberi perhatian kuat pada pendukungan sebaya ODHIV dalam berbagai sub-populasi (anak, perempuan, komunitas ragam gender), pemberdayaan komunitas pengguna NAPZA, dan layanan penguatan komunitas PSP.

Secara tematik, layanan terbanyak adalah pendukungan sebaya untuk ODHIV yang tersebar lintas organisasi dan sub-kelompok; layanan klinis dan diagnostik (tes, PDP) lebih banyak dibiayai melalui mekanisme Global Fund. Beberapa organisasi lokal berperan mengisi celah pendukungan komunitas yang tidak ditanggung pendanaan eksternal, termasuk Gaya Lentera Muda Lampung yang tercatat fokus pada pemberdayaan komunitas ragam gender dengan pendanaan swadaya. Pola pendanaan ini menandakan ketergantungan program teknis dan klinis pada donor eksternal, sementara kegiatan advokasi, pemberdayaan lokal, dan dukungn komunitas bergantung pada inisiatif internal dan sumber daya terbatas.

Penanggulangan Epidemii HIV sendiri terbagi dalam dua kelompok sasaran utama yakni kelompok dalam Indikator Standar Pelayanan Minimal dan Kelompok Non

Indikator SPM. Adapun Kelompok Indikator SPM Meliputi ; Ibu hamil, pasien TBC, pasien IMS, Pekerja seks perempuan (PSP), laki- laki seks dengan laki- laki lainnya (LSL), Waria, Pengguna NAPZA Suntik (Penasun), Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP). Sementara kelompok non indikator SPM meliputi ; pasangan pekerja seksual (PPS), pasangan dengan risiko tinggi (risti), pelanggan pekerja seksual, pasien diare, pasien kandidiasis, pasien dermatitis, pasien herpes, pasien PCP (*Pneumonia*), Pasien hepatitis dan pasien sifilis.

Pada kelompok indikator SPM terdapat sub kelompok populasi kunci (Target utama) penanggulangan HIV meliputi; Pekerja seks perempuan (PSP), laki- laki seks dengan laki-laki lainnya (LSL), Waria, dan Pengguna NAPZA Suntik (Penasun). Empat kelompok ini mendapat perhatian lebih dibanding populasi lainnya. Keistimewaan kelompok populasi kunci ini terlihat dari proses *screening* yang dilakukan, dimana kelompok ini dijaring (*outreach*) secara khusus oleh layanan kesehatan maupun lembaga penyelenggara program penjangkauan HIV (*outreach*). Pengjangkauan ini dilakukan secara terprogram oleh lembaga pemegang program penjangkauan. Kota Bandar Lampung memiliki dua program penjangkauan yakni program penjangkauan untuk kelompok Pekerja seks perempuan dan program penjangkauan untuk kelompok LSL, Waria dan Penasun. Penelitian ini akan dibatasi pada objek kelompok Indikator SPM khususnya pada sub kelompok populasi kunci, karena pada kelompok inilah kita dapat melihat dinamika kerja bersama Pemerintah dan OMS dalam penanggulangan HIV di Kota Bandar Lampung.

Tabel 3. Capaian SPM HIV Bandar Lampung Tahun 2024

INDIKATOR SPM	TARGET	CAPAIAN	%	HIV POSITIF (+)
Ibu Hamil di tes HIV & hasil	20.770	18.117	87	17
Pasien TBC di tes HIV & hasil	2.900	2.144	74	47
Pasien IMS dites HIV & hasil	1.750	1.323	76	38
WBP di tes HIV & hasil	1.022	579	57	0

<b>INDIKATOR SPM</b>	<b>TARGET</b>	<b>CAPAIAN</b>	<b>%</b>	<b>HIV POSITIF (+)</b>
WPS di tes HIV & hasil	1.890	1.248	66	5
LSL di tes HIV & hasil	1.337	5.408	100	242
Waria di tes HIV & hasil	343	808	100	10
Penasun di tes HIV & hasil	5	4	80	1
<b>JUMLAH</b>	<b>30.108</b>	<b>29.631</b>	<b>98</b>	<b>360</b>

Pada awal epidemi, HIV dipandang sebagai penyakit mematikan dan penuh stigma sehingga deteksi kasus bergantung pada gejala. Namun, hingga Oktober 2025, capaian SPM menunjukkan kemajuan signifikan: dari target 30.108 orang, 29.631 (98%) telah menjalani tes HIV. Hal ini menandakan tes HIV semakin diterima sebagai layanan rutin, terutama pada kelompok sasaran seperti ibu hamil, pasien TBC/IMS, WBP, WPS, LSL, waria, dan penasun. Cakupan pemeriksaan tinggi terlihat pada LSL dan waria (100%), ibu hamil (87%), pasien IMS (76%), TBC (74%), dan WPS (66%). Dari seluruh tes ditemukan 360 kasus positif, dengan kontribusi terbesar dari LSL (242), diikuti TBC (47), IMS (38), dan ibu hamil (17).

Data ini menunjukkan keberhasilan kebijakan SPM HIV dalam memperluas akses dan menurunkan hambatan sosial. HIV kini lebih dipandang sebagai kondisi kesehatan yang perlu diketahui sejak dini untuk segera ditangani. Meski demikian, tingginya temuan kasus menegaskan HIV masih menjadi tantangan serius, sehingga keberhasilan SPM tidak hanya diukur dari cakupan tes, tetapi juga dari kemampuan sistem kesehatan menghubungkan kasus dengan layanan pengobatan, pendampingan, dan terapi berkelanjutan hingga tercapai supresi virus.

Beberapa studi lokal telah mengungkap hambatan dalam penerapan SPM HIV. Misalnya, Asyulia & Hastono (2023) menemukan bahwa fokus kepemimpinan dan orientasi pelanggan berdampak signifikan terhadap capaian SPM di Depok. Nuraeni (2024) menganalisis implementasi SPM HIV di Puskesmas Banjaran, Kota Bandung. Ia mengidentifikasi keterbatasan anggaran, sarana prasarana, dan SDM

sebagai hambatan utama, serta menyoroti perlunya peningkatan pemahaman penyelenggara dan pengguna layanan untuk mengoptimalkan pencapaian indikator SPM. Meski sudah ada kajian di Bandung, belum terdapat penelitian serupa yang mendalami kondisi implementasi SPM HIV di Kota Bandar Lampung. Padahal karakteristik demografi, infrastruktur, dan jejaring kerjasama di Lampung memiliki dinamika tersendiri, sehingga diperlukan studi khusus di wilayah ini.

Upaya penanggulangan HIV di daerah diimplementasikan melalui kerangka kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang harus diterima oleh setiap warga negara. Dalam konteks HIV, SPM menargetkan pelayanan pada kelompok berisiko tinggi dan populasi kunci seperti ibu hamil, pasien TBC, Pekerja seks perempuan (PSP), Laki-laki seks dengan Laki-laki (LSL), Waria, dan Pengguna Napza Suntik (Penasun). Di Kota Bandar Lampung, pelaksanaan SPM ini melibatkan Dinas Kesehatan Kota sebagai regulator dengan lembaga masyarakat sipil yang spesifik, yaitu SSR PKBI Sumbar dan Riau untuk penjangkauan populasi kunci, serta SSR YKSS Jambi untuk dukungan sebaya bagi ODHIV. Kegagalan mencapai target 95-95-95 secara langsung mencerminkan belum optimalnya pencapaian SPM HIV, sehingga menimbulkan pertanyaan mendasar mengenai dinamika kerja bersama yang terjalin antara para aktor tersebut.

Tabel 4. Jenis Kelompok Intervensi HIV

No	SPM	Populasi Kunci	Non SPM
1	Ibu Hamil	WPS/ PSP	Pasien Hepatitis
2	Pasien TBC	LSL	Pelanggan PSP
3	Pasien IMS	Waria/ TG	Pasangan Risti
4	WBP	Penasun	Pasangan ODHIV
5	WPS/ PSP		Anak Ibu ODHIV
6	LSL		Calon Pengantin
7	Waria/ TG		Populasi Umum
8	Penasun		

*Sumber: Dinas Kesehatan Bandar Lampung, 2025*

Fenomena pelayanan publik dalam implementasi pencapaian SPM HIV di Kota Bandar Lampung terlihat dari capaian target 95-95-95 yang hingga Juli 2024 masih

berada pada angka 62-63-31. Dari estimasi 3.830 ODHIV, sebanyak 2.380 orang telah mengetahui statusnya, 497 orang menjalani terapi ARV, dan 467 orang yang melakukan tes VL mengalami supresi. Kondisi ini menunjukkan masih adanya kesenjangan, yaitu 33% ODHIV belum mengetahui statusnya, 32% belum masuk terapi ARV, dan 64% yang sudah menjalani terapi belum mencapai supresi virus.

Pelayanan publik dalam konteks ini dijalankan melalui fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan VCT untuk pemeriksaan HIV dan PDP untuk terapi ARV, dengan dukungan 15 puskesmas rawat inap, 16 puskesmas non-rawat inap, 4 RSUD, serta 9 rumah sakit swasta. Sasaran SPM mencakup ibu hamil, pasien TBC, pasien IMS, wanita pekerja seksual, laki-laki seks dengan laki-laki, waria, pengguna napza suntik, dan warga binaan pemasyarakatan, dengan sub-kelompok populasi kunci yang mendapat perhatian khusus melalui program penjangkauan. Program ini dijalankan oleh lembaga masyarakat sipil seperti PKBI Sumbar, PKBI Riau, dan YKSS Jambi yang bekerja berdampingan dengan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. Meskipun kolaborasi ini telah berjalan, capaian yang masih rendah menunjukkan perlunya perhatian lebih pada efektivitas layanan, retensi pengobatan, serta penguatan strategi penjangkauan agar target SPM HIV dapat tercapai secara optimal.

Penelitian ini membatasi subjek pada tiga kelompok utama. Pertama, pejabat pelaksana layanan HIV dan PDP di Kota Bandar Lampung, baik di tingkat dinas kesehatan maupun layanan kesehatan. Kedua, pejabat pelaksana program penjangkauan dan dukungan sebaya untuk penanggulangan HIV di wilayah yang sama, mencakup program yang dibiayai Global Fund maupun swadaya. Ketiga, pasien atau penerima manfaat layanan tes HIV dan PDP di Kota Bandar Lampung. Lokasi penelitian dibatasi di Kota Bandar Lampung dengan pemilihan fasilitas kesehatan berikut. Empat puskesmas dipilih berdasarkan capaian pelayanan: dua dengan capaian tertinggi dan dua dengan capaian terendah. Selain itu, satu layanan kesehatan swasta juga dijadikan lokasi studi. Periode pengumpulan data berlangsung dari awal tahun 2023 hingga akhir semester pertama tahun 2025. Batasan waktu ini ditetapkan untuk menangkap dinamika implementasi SPM HIV

dan capaian di lapangan secara komprehensif. Rentang waktu tersebut memungkinkan analisis tren dan perubahan pola layanan di kawasan studi.

Kerangka teori yang digunakan merujuk pada Implementasi Kebijakan Publik menurut Jan Merse mengemukakan bahwa: “Model Implementasi kebijakan dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut: a) informasi, b) isi Kebijakan, c) dukungan Masyarakat (fisik dan non fisik), dan d) pembagian potensi(Habhibulla, 2022). Khusus dukungan masyarakat berkaitan erat dengan partisipasi masyarakat sebagai salah satu stakeholder dalam proses pelaksanaan program”. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan subjek penelitian. Data sekunder berasal dari dokumen dan laporan pelaksanaan program, baik milik Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, fasilitas layanan, maupun organisasi masyarakat sipil (OMS) yang didukung Global Fund atau beroperasi mandiri. Penggunaan kedua jenis data ini memastikan triangulasi dan validitas temuan.

Berangkat dari fenomena diatas peneliti memutuskan untuk menulis **“Implementasi Standar Pelayanan Minimal *Human Immunodeficiency Virus* di Kota Bandar Lampung”**.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV di Kota Bandar Lampung, ditinjau dari informasi, isi kebijakan, dukungan masyarakat dan pembagian potensi?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Mendeskripsikan dan mengevaluasi sejauh mana SPM HIV telah diterapkan di Kota Bandar Lampung.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

1. Secara Teoritis

Mengembangkan literatur tentang implementasi kebijakan publik di sektor kesehatan, khususnya studi kasus SPM HIV, dan memperkaya pemahaman teori pelaksanaan kebijakan di tingkat daerah.

2. Secara Praktis

Menyediakan dasar rekomendasi kebijakan bagi Dinas Kesehatan dan penyedia layanan di Bandar Lampung dalam memperkuat kapabilitas dan koordinasi pelaksanaan SPM HIV.

## II. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Kebijakan Publik

Hogwood dan Gunn mengidentifikasi berbagai cara dalam memahami “kebijakan”, yaitu: Sebagai label untuk suatu bidang aktivitas (misalnya, kebijakan kesehatan); Sebagai ungkapan niat (misalnya, “kami akan meningkatkan pelayanan kesehatan”); Sebagai usulan-usulan spesifik (misalnya, manifesto atau white paper); Sebagai keputusan pemerintah dan otorisasi formal terhadap keputusan tersebut (misalnya, legislasi); Sebagai sebuah program, atau paket legislasi yang mencakup penyediaan staf dan pendanaan; Sebagai keluaran antara dan hasil akhir (misalnya, lebih banyak dokter, perawatan medis yang lebih baik); Sebagai hasil, atau apa yang sebenarnya dicapai (misalnya, kesehatan yang lebih baik); dan Sebagai suatu proses, bukan sebuah peristiwa, atau sebagai serangkaian keputusan, bukan satu keputusan tunggal (Cairney, 2012).

Friedrich menyebutkan definisi umum kebijakan publik adalah “suatu rencana tindakan yang diajukan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu yang menyediakan hambatan dan peluang yang dimaksudkan untuk dimanfaatkan dan diatasi dalam upaya mencapai suatu tujuan atau merealisasikan suatu sasaran atau maksud” (Mutiarin et al., 2017). Kebijakan publik tidak hanya berkaitan dengan kepentingan individu atau kepentingan yang tersegmentasi, melainkan lebih berhubungan dengan tujuan bersama, kepentingan publik, atau seluruh warga negara. Rencana tindakan yang diusulkan untuk mewujudkan kebijakan tersebut kemudian diimplementasikan melalui serangkaian keputusan dan tindakan selanjutnya. Lester mengusulkan definisi kebijakan publik sebagai “proses atau rangkaian keputusan atau aktivitas pemerintah yang dirancang untuk menangani isu-isu publik, baik yang sudah nyata maupun yang masih direncanakan (dibayangkan)” (Kadji, 2015).

Definisi sederhana yang diajukan oleh Peters menyatakan bahwa kebijakan publik adalah jumlah keseluruhan aktivitas pemerintah, baik yang dilakukan secara langsung maupun melalui agen, karena aktivitas tersebut memiliki pengaruh terhadap kehidupan warga negara. Terdapat tiga tahap kebijakan berdasarkan pengaruhnya terhadap masyarakat, yaitu: (1) pilihan kebijakan, yaitu ketika keputusan diambil oleh politisi, pejabat publik, atau pihak-pihak yang memiliki wewenang untuk menetapkan kebijakan publik; (2) keluaran kebijakan, yaitu ketika keputusan diwujudkan oleh pemerintah melalui tindakan nyata seperti pembuatan undang-undang, alokasi anggaran, dan pembentukan tim kerja; dan (3) dampak kebijakan, yaitu dampak nyata dari pemilihan kebijakan tersebut yang telah dirasakan oleh komunitas sasaran dan masyarakat secara keseluruhan (Mutiarin et al., 2017).

Hogwood dan Gunn mengidentifikasi berbagai cara dalam memahami “kebijakan”, yaitu: Sebagai label untuk suatu bidang aktivitas (misalnya, kebijakan kesehatan); Sebagai ungkapan niat (misalnya, “kami akan meningkatkan pelayanan kesehatan”); Sebagai usulan-usulan spesifik (misalnya, manifesto atau white paper); Sebagai keputusan pemerintah dan otorisasi formal terhadap keputusan tersebut (misalnya, legislasi); Sebagai sebuah program, atau paket legislasi yang mencakup penyediaan staf dan pendanaan; Sebagai keluaran antara dan hasil akhir (misalnya, lebih banyak dokter, perawatan medis yang lebih baik); Sebagai hasil, atau apa yang sebenarnya dicapai (misalnya, kesehatan yang lebih baik); dan Sebagai suatu proses, bukan sebuah peristiwa, atau sebagai serangkaian keputusan, bukan satu keputusan tunggal (Cairney, 2012).

Chandler dan Plano mengemukakan bahwa: “Kebijakan Publik adalah pemanfaatan yang strategis terhadap sumberdaya-sumberdaya yang ada untuk memecahkan masalah-masalah publik atau pemerintah”. Kenyataan menunjukkan bahwa kebijakan itu telah banyak membantu para pelaksana pada tingkat birokrasi pemerintah maupun para politisi untuk memecahkan masalah-masalah publik, dan kebijakan publik itu merupakan suatu bentuk intervensi yang dilakukan secara terus menerus oleh pemerintah demi kepentingan kelompok yang kurang beruntung

dalam masyarakat agar mereka dapat hidup, dan ikut berpartisipasi dalam semua bidang pembangunan dan kemasyarakatan(Kadji, 2015).

Keban menjelaskan bahwa: “*Public Policy* dapat dilihat sebagai konsep filosofis, sebagai suatu produk, sebagai suatu proses, dan sebagai suatu kerangka kerja. Sebagai suatu konsep filosofis, kebijakan merupakan serangkaian prinsip, atau kondisi yang diinginkan; sebagai suatu produk, kebijakan dipandang sebagai serangkaian kesimpulan atau rekomendasi; dan sebagai suatu proses, kebijakan dipandang sebagai suatu cara dimana melalui cara tersebut suatu organisasi dapat mengetahui apa yang diharapkan darinya, yaitu program dan mekanisme dalam mencapai produknya; dan sebagai suatu kerangka kerja, kebijakan merupakan suatu proses tawar menawar dan negosiasi untuk merumuskan isu-isu dan metode implementasinya” (Kadji, 2015).

Berbagai teori kebijakan publik, meskipun berbeda dalam penekanan dan pendekatannya, secara bersama-sama memberikan gambaran komprehensif mengenai fenomena multidimensional yang ada. Kita dapat melihat Dimensi dan Variabilitas Kebijakan sebagaimana Hogwood dan Gunn mengemukakan bahwa kebijakan tidak dapat disederhanakan dalam satu definisi tunggal, melainkan dapat dilihat dari berbagai perspektif. Kita juga dapat menafsirkan kebijakan publik sebagai rencana tindakan dan orientasi kepentingan publik selaras dengan Friedrich dalam Mutiarin menafsirkan kebijakan publik sebagai rencana tindakan yang diajukan oleh individu, kelompok, atau pemerintah. Rencana ini disusun dalam lingkungan yang sarat dengan hambatan dan peluang untuk mencapai tujuan atau sasaran tertentu. Tidak hanya terfokus pada kepentingan individu atau kelompok tertentu, kebijakan publik pada dasarnya berorientasi pada kepentingan bersama dan kesejahteraan seluruh masyarakat.

Kebijakan publik juga dapat dipandang sebagai proses pengambilan keputusan seperti yang disampaikan oleh Peters (1996), yang menekankan bahwa kebijakan publik adalah totalitas aktivitas pemerintah, yang mencakup ; pilihan kebijakan, keluaran kebijakan dan dampak kebijakan. Sementara itu Chandler dan Plano mengemukakan bahwa kebijakan publik merupakan bentuk intervensi strategis

melalui pemanfaatan sumber daya yang ada untuk mengatasi permasalahan publik. Dalam konteks ini, kebijakan publik berperan penting sebagai alat bagi pemerintah dan birokrasi dalam merespons serta mengatasi kebutuhan dan ketidakberuntungan yang dialami oleh sebagian kelompok masyarakat agar dapat berpartisipasi secara penuh dalam proses pembangunan. Pada sisi lain Keban (2004) membagi kebijakan publik dalam empat dimensi yakni; Konsep filosofis, produk, proses dan kerangka kerja.

Meskipun setiap teori menyoroti aspek yang berbeda, semuanya sepakat bahwa kebijakan publik merupakan suatu entitas dinamis yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi dari suatu rangkaian tindakan yang ditujukan untuk mencapai tujuan bersama. Kebijakan publik tidak hanya sekadar produk dari keputusan administratif, melainkan sebuah proses interaktif antara berbagai aktor, yang melibatkan pertimbangan strategis untuk mengatasi permasalahan publik yang nyata. Dengan demikian, pemahaman terhadap kebijakan publik tidak terlepas dari konteks sosial-politik, dinamika negosiasi antar pemangku kepentingan, dan adaptasi terhadap kondisi serta tantangan lingkungan yang terus berubah.

Dari beberapa konsep kebijakan publik yang telah diuraikan, dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik dipahami sebagai suatu proses atau rangkaian tindakan pemerintah (baik yang dilakukan maupun yang tidak dilakukan) yang ditujukan untuk seluruh masyarakat dengan tujuan tertentu. Rangkaian tindakan tersebut dimaksudkan untuk menyelesaikan suatu persoalan dan memenuhi kebutuhan atau kepentingan publik, misalnya efisiensi dalam pelayanan publik, pencapaian keadilan, keamanan, dan kebebasan.

## **2.2 Implementasi Kebijakan Publik**

Secara etimologis implementasi itu dapat dimaksudkan sebagai suatu aktivitas yang bertalian dengan penyelesaian suatu pekerjaan dengan penggunaan sarana (alat) untuk memperoleh hasil. Maka kata implementasi kebijakan publik dapat diartikan sebagai aktivitas penyelesaian atau pelaksanaan suatu kebijakan publik yang telah ditetapkan/ disetujui dengan penggunaan sarana (alat) untuk mencapai

tujuan kebijakan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan merupakan tahapan yang bersifat praktis. Implementasi kebijakan publik merupakan proses kegiatan administratif yang dilakukan setelah kebijakan ditetapkan/ disetujui. Kegiatan ini terletak di antara perumusan kebijakan dan evaluasi kebijakan. Implementasi kebijakan mengandung logika yang *top-down*, maksudnya menurunkan/menafsirkan alternatif-alternatif yang masih abstrak atau makro menjadi alternatif yang bersifat konkrit atau mikro. Sedangkan formulasi kebijakan mengandung logika *bottom-up*, dalam arti proses ini diawali dengan pemetaan kebutuhan publik atau pengakomodasian tuntutan lingkungan lalu diikuti dengan pencarian dan pemilihan alternatif cara pemecahannya, kemudian diusulkan untuk ditetapkan (Tachjan, 2015).

Daniel A. Mazmanian dan Paul Sabatier (1979) menjelaskan makna dari implementasi ini dengan mengatakan bahwa: Memahami apa yang terjadi setelah dinyatakan secara resmi atau diformulasikan adalah fokus perhatian dari implementasi kebijakan, yaitu kebijakan dan aktivitas yang muncul setelah legalisasi pedoman kebijakan negara, yang mencakup baik upaya administrasi maupun untuk menghasilkan efek nyata di masyarakat atau peristiwa. Lebih lanjut, Mazmanian dan Sabatier merumuskan proses pelaksanaan kebijakan negara dengan rincian sebagai berikut: Pelaksanaan adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar yang biasanya dalam bentuk legislasi, tetapi juga dapat dilakukan melalui perintah atau keputusan dari keputusan eksekutif atau yudikatif yang penting. Normalnya, keputusan ini mengidentifikasi masalah yang akan diselesaikan, menyebutkan tujuan/sasaran yang ingin dicapai dengan jelas dan berbagai cara untuk menyusun/mengatur proses pelaksanaan. Proses ini terjadi setelah melalui tahap tertentu, biasanya dalam bentuk pelaksanaan keputusan kebijakan oleh lembaga/lembaga pelaksana, serta kesediaan keputusan tersebut dilaksanakan oleh kelompok sasaran (Mutiarin et al., 2017).

Dalam penegasan lain Adiwisastra (2006) mengatakan, bahwa: “Implementasi kebijakan merupakan sesuatu yang penting. Kebijakan publik yang dibuat hanya akan menjadi ‘macan kertas’ apabila tidak berhasil dilaksanakan”. Selanjutnya, masih menurut Adiwisastra bahwa: berbeda dengan formulasi kebijakan publik

yang 46 mensyaratkan rasionalitas dalam membuat suatu keputusan, keberhasilan implementasi kebijakan publik kadangkala tidak hanya memerlukan rasionalitas, tapi juga kemampuan pelaksana untuk memahami dan merespon harapan-harapan yang berkembang di masyarakat, dimana kebijakan publik tersebut akan dilaksanakan (Kadji, 2015). Nugroho (2003) menawarkan dua pilihan langkah, yaitu: “Langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program, dan melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut” (Kadji, 2015). Kemudian Van Metter dan Van Horn, mendefinisikan bahwa: Implementasi Kebijakan sebagai suatu rangkaian kegiatan yang sengaja dilakukan untuk meraih kinerja. Mereka merumuskan sebuah abstraksi yang memperlihatkan hubungan antara berbagai faktor yang mempengaruhi hasil atau kinerja kebijakan. Kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat standar dan sasaran. Menurutnya, sebagai suatu kebijakan tentulah mempunyai standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana atau implementor kebijakan (Kadji, 2015).

deLeon (1999) menyatakan bahwa studi tentang implementasi didasarkan pada poin sederhana bahwa keputusan yang diambil oleh pembuat kebijakan mungkin tidak dilaksanakan dengan sukses. Sebaliknya, kita dapat mengidentifikasi 'kesenjangan' implementasi yang mewakili perbedaan antara ekspektasi pembuat kebijakan dan hasil kebijakan yang sebenarnya. Hogwood dan Gunn (1984: 197) mengaitkan kegagalan implementasi dengan tiga faktor utama: pelaksanaan yang buruk, ketika tidak dilakukan sesuai dengan yang dimaksudkan, kebijakan yang buruk, ketika dilaksanakan tetapi gagal memberikan efek yang diinginkan, dan keberuntungan buruk, ketika dilaksanakan dan seharusnya berhasil, tetapi terhambat oleh faktor-faktor di luar kendali pembuat kebijakan. Cairney (2009) menyarankan bahwa kesenjangan tersebut juga lebar (membesar) karena peserta memiliki harapan yang tidak realistis) (Cairney, 2012).

Peneliti menyimpulkan implementasi kebijakan publik merupakan tahap esensial yang menjembatani antara perumusan kebijakan dan evaluasi hasil di lapangan. Dalam praktiknya, implementasi kebijakan menekankan pada pendekatan top-down, yaitu menurunkan gagasan umum yang awalnya abstrak dalam perumusan

kebijakan menjadi program konkrit dan aplikatif di tingkat mikro. Di sisi lain, formulasi kebijakan mengusung logika bottom-up dengan mendasarkan pada pemetaan kebutuhan masyarakat, sehingga kedua proses tersebut saling melengkapi untuk menghasilkan kebijakan yang menyentuh realitas sosial.

Teori lainnya yang juga sering digunakan dalam analisis inplementasi adalah pendekatan implementasi. Pendekatan ini dibagi menjadi tiga, yakni;

#### 1. Teori Top-Down

Pendekatan Top-Down memandang implementasi kebijakan sebagai proses pelaksanaan keputusan yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan di tingkat pusat. Keberhasilan implementasi diukur dari sejauh mana hasil di lapangan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam perspektif ini, implementor diposisikan sebagai pelaksana yang harus menjalankan kebijakan sesuai arahan, standar, dan prosedur yang telah ditentukan.

Pressman dan Wildavsky (1973) menekankan bahwa implementasi merupakan proses menghubungkan tujuan kebijakan dengan tindakan yang diperlukan untuk mencapainya. Van Meter dan Van Horn (1975) menambahkan bahwa keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh standar dan tujuan kebijakan, sumber daya, karakteristik organisasi pelaksana, komunikasi antar organisasi, kondisi lingkungan, dan sikap pelaksana. Sementara itu, Sabatier dan Mazmanian (1983) menjelaskan bahwa implementasi yang efektif memerlukan tujuan kebijakan yang jelas, teori kebijakan yang tepat, struktur pelaksanaan yang memadai, komitmen pelaksana, dukungan kelompok kepentingan, serta kondisi sosial ekonomi yang mendukung.

#### 2. Teori Bottom-Up

Pendekatan Bottom-Up muncul sebagai kritik terhadap Top-Down. Teori ini beranggapan bahwa implementasi tidak hanya ditentukan oleh pembuat kebijakan, tetapi juga oleh aktor-aktor yang berada di tingkat pelaksana dan kelompok sasaran. Fokus utama pendekatan ini adalah memahami bagaimana kebijakan dijalankan dalam praktik sehari-hari dan bagaimana kondisi lokal memengaruhi hasil implementasi.

Lipsky (1980) memperkenalkan konsep *street-level bureaucrats*, yaitu pelaksana layanan publik seperti petugas kesehatan, guru, polisi, dan pekerja sosial yang memiliki keleluasaan (*discretion*) dalam menerapkan kebijakan. Menurutnya, keputusan yang dibuat oleh pelaksana di lapangan sering kali lebih menentukan hasil kebijakan dibandingkan aturan formal. Elmore (1980) mengembangkan pendekatan *backward mapping*, yaitu analisis implementasi yang dimulai dari masalah dan kondisi lapangan, bukan dari tujuan yang ditetapkan pemerintah pusat. Hjern dan Porter (1981) menekankan pentingnya jaringan aktor dan kerja sama antar organisasi dalam proses implementasi.

### 3. Teori Hybrid (Sintesis Top-Down dan Bottom-Up)

Pendekatan Hybrid berkembang sebagai upaya menggabungkan kelebihan teori Top-Down dan Bottom-Up. Pendekatan ini mengakui bahwa implementasi kebijakan memerlukan arahan dari pemerintah pusat, tetapi pada saat yang sama juga dipengaruhi oleh kondisi lokal, interaksi antar aktor, serta proses pembelajaran selama pelaksanaan kebijakan.

Elmore (1985) menggabungkan konsep *forward mapping* (arahan dari pembuat kebijakan) dengan *backward mapping* (realitas lapangan). Sabatier (1986) mengembangkan *Advocacy Coalition Framework (ACF)* yang menjelaskan bahwa implementasi dan perubahan kebijakan dipengaruhi oleh koalisi aktor, proses pembelajaran kebijakan, serta faktor eksternal seperti kondisi sosial, ekonomi, dan politik. Goggin dkk. (1990) menekankan pentingnya komunikasi dan negosiasi antara pemerintah pusat dan pelaksana daerah dalam menentukan hasil implementasi.

Selain itu, Scharpf (1978) memperkenalkan konsep *policy network*, yang menyoroti pentingnya koordinasi dan kolaborasi antar aktor yang saling bergantung. Pendekatan ini juga mempertimbangkan bahwa karakteristik kebijakan yang berbeda akan menghasilkan pola implementasi yang berbeda pula. (Frank Fischer & Miller, 2007)

Daniel A. Mazmanian dan Paul Sabatier menekankan bahwa pelaksanaan kebijakan dimulai setelah kebijakan resmi disahkan. Proses ini melibatkan berbagai lembaga

yang menjalankan perintah atau legislasi, dengan keberhasilan implementasi sangat tergantung pada kesiapan pelaku dan dukungan dari kelompok sasaran di lapangan. Adiwisastra pun mengingatkan bahwa tanpa implementasi yang efektif, kebijakan hanya akan berwujud dokumen semata, bukan sebagai alat perubahan yang nyata. Nugroho menawarkan dua alternatif cara pelaksanaan baik dengan mengimplementasikan langsung program-program yang sudah disusun maupun melalui penyusunan kebijakan turunan yang responsif terhadap kondisi dan tuntutan di lapangan. Sementara itu, Van Metter dan Van Horn menekankan bahwa implementasi adalah serangkaian kegiatan yang terencana dengan tujuan mencapai standar dan sasaran tertentu yang telah ditetapkan.

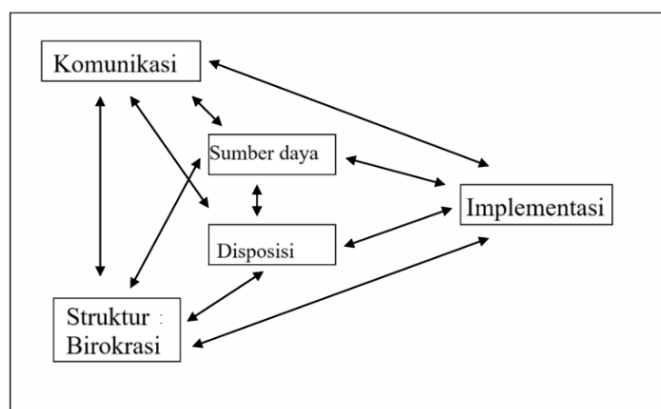
Kondisi demikian menyiratkan, kendala nyata dalam implementasi kerap muncul dalam bentuk ‘kesenjangan’ antara harapan pembuat kebijakan dan hasil yang tercapai. Kesenjangan ini dapat dipicu oleh pelaksanaan yang tidak sesuai rencana, rancangan kebijakan yang kurang tepat, atau faktor eksternal yang sulit dikendalikan. Oleh karena itu, keberhasilan kebijakan publik sangat bergantung pada implementasi yang tidak hanya sistematis dan rasional, tetapi juga adaptif terhadap dinamika serta aspirasi masyarakat secara terus-menerus.

## **2.3 Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Publik**

### **2.3.1 Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Menurut Edward III (1980)**

Menurut pendapat Edward III, pelaksanaan kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel: (1) komunikasi; (2) sumber daya; (3) disposisi; dan (4) struktur birokrasi. Hal penting yang harus dicatat adalah bahwa tidak semua faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kebijakan berdampak langsung pada kebijakan itu sendiri. Setiap program kebijakan memiliki faktor-faktor pengaruh tertentu. Faktor-faktor yang disebutkan di atas tidak hanya mempengaruhi pelaksanaan secara langsung, tetapi juga mempengaruhi faktor atau program lain yang akan dilaksanakan secara tidak langsung.

Komunikasi menjadi fondasi agar tujuan dan sasaran kebijakan tersampaikan dengan jelas kepada pihak-pihak terkait. Tanpa pesan yang tepat dan konsisten, terjadi distorsi dalam pemahaman, yang pada akhirnya berpotensi menyebabkan penolakan dari kelompok sasaran. Sumber daya merupakan elemen vital. Meskipun informasi dan tujuan kebijakan telah dikomunikasikan dengan jelas, tanpa dukungan sumber daya baik berupa tenaga kerja yang kompeten, keahlian, maupun dana yang memadai implementasi kebijakan tidak akan efektif dan kebijakan tersebut hanya akan menjadi wacana tertulis. Disposisi menggambarkan karakter dan sikap pelaksana, seperti komitmen, kejujuran, dan nilai-nilai demokrasi. Disposisi yang baik memastikan bahwa pelaksanaan kebijakan berjalan sesuai dengan harapan pembuat kebijakan. Namun, apabila sikap atau perspektif pelaksana berbeda, maka proses implementasi bisa mengalami hambatan. Struktur birokrasi dari organisasi sangat menentukan kelancaran implementasi kebijakan. Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai pedoman menjadi kunci, namun struktur organisasi yang terlalu panjang atau kompleks dapat menghambat pengawasan dan menyebabkan birokrasi yang kaku, sehingga mengurangi efisiensi pelaksanaan (Mutiarin et al., 2017).



Gambar 6. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi oleh Edward III 1980

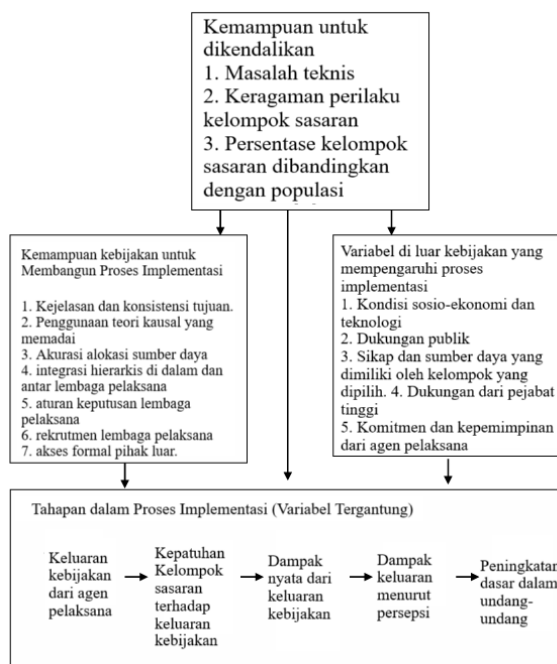
### 2.3.2 Faktor Yang Memengaruhi Implementasi Mazmanian & Sabatier

Menurut Mazmanian dan Sabatier (1983), ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan, yaitu: (1) keterlacakan suatu masalah; (2)

kemampuan undang-undang untuk menyusun pelaksanaan; dan (3) variabel non-statuta yang mempengaruhi pelaksanaan (Mutiarin et al., 2017).

### 1. Dalam karakterisasi masalah (*Problem Characterization*):

- 1) Tingkat kesulitan teknis suatu masalah menentukan kemudahan penyelesaiannya. Masalah yang sederhana, seperti kekurangan air bersih, dapat lebih mudah diatasi dibandingkan masalah kompleks seperti kemiskinan dan korupsi.
- 2) Keragaman kelompok sasaran mempengaruhi implementasi; program lebih mudah dilakukan jika target homogen, tetapi akan lebih sulit jika targetnya heterogen.
- 3) Proporsi sasaran terhadap total populasi; semakin luas cakupan target, semakin sulit implementasinya.
- 4) Intensitas perubahan perilaku; program yang hanya memberikan informasi lebih mudah dijalankan dibandingkan program yang menuntut perubahan sikap masyarakat.



Gambar 7. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi oleh Mazmanian & Sabatier

### 2. Dalam karakteristik kebijakan (*Policy Characteristics*):

- 1) Kejelasan isi kebijakan memudahkan pelaksana memahami dan merealisasikan tujuan.

- 2) Landasan teoretis yang kuat menjamin kebijakan memiliki dasar yang telah teruji.
- 3) Ketersediaan sumber daya finansial dan dukungan antar lembaga sangat penting agar program dapat berjalan lancar.
- 4) Konsistensi aturan dan komitmen otoritas berperan besar; rendahnya komitmen seringkali memicu kasus korupsi.
- 5) Partisipasi kelompok eksternal meningkatkan dukungan publik dan menurunkan rasa keterasingan masyarakat terhadap kebijakan tersebut.

### **3. Dalam lingkup kebijakan (*Policy Scope*):**

- 1) Kondisi sosial ekonomi dan kemajuan teknologi masyarakat memengaruhi keterbukaan dan kecepatan penerimaan program.
- 2) Dukungan publik lebih tinggi untuk kebijakan yang memberikan insentif, sedangkan kebijakan dengan efek disinsentif cenderung mendapatkan penolakan.
- 3) Sikap dan peran kelompok konstituen dapat mempengaruhi proses dan hasil implementasi, baik secara langsung maupun melalui kritik publik.
- 4) Tingkat komitmen dan keterampilan agen pelaksana adalah variabel kunci, karena tanpa hal tersebut, kebijakan yang seharusnya berjalan tidak dapat mencapai tujuannya.

#### **2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Jan merse**

Merse dalam Kadji (2017:70) mengatakan bahwa, model implementasi kebijakan ini dipengaruhi oleh beberapam faktor seperti informasi, isi kebijakan, dukungan masyarakat baik secara fisik maupun non fisik dalam dukungan masyarakat erat kaitannya dengan keterlibatan masyarakat sebagai salah satu pemangku kepentingan dalam pelaksanaan program, serta pembagian potensi (Habhibulla, 2022).

##### **1. Informasi**

Informasi ialah sebagai sarana yang sangat penting dalam penyatuan pemahaman visi dan misi dari sebuah kebijakan yang akan diimplementasikan. Informasi akan efektif jika masyarakat dan pemerintah bekerja sama dan saling

terbuka. Jika terjadi kurangnya penyaluran informasi maka masyarakat akan mendapatkan gambaran yang kurang tepat dari isi kebijakan yang dilaksanakan.

## 2. Isi Kebijakan

Kebijakan publik ialah upaya untuk mengatasi permasalahan publik, dengan demikian dari kebijakan yang diimplementasikan isi kebijakannya harus jelas dan tegas yang mengandung muatan-muatan politik yang mengakomodasi seluruh kepentingan. Implementasi kebijakan akan gagal jika isi kebijakan atau tujuannya atau terdapat ketidak tepatan atau juga ada ketiga tegasan intern atau maupun eksternal atau didalam kebijakan itu sendiri.

## 3. Dukungan Masyarakat

Dukungan yang dipahami dalam hal ini adalah dukungan berupa fisik maupun non-fisik. Jika dalam pelaksanaan implementasi kebijakan kurang dukungan terhadap kebijakan tersebut maka kebijakan itu akan sulit untuk diimplementasikan. Jan Merse menegaskan bahwa kebijakan akan berkelanjutan jika partisipasi masyarakat dalam berbagai tahapan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan serta pelaporan evaluasi tinggi, pada setiap kebijakan yang dikerjakan.

## 4. Pembagian Potensi

Pembagian potensi ini pada hakikatnya berkaitan dengan kinerja koordinasi yang intens diantara pemerintah, swasta dan masyarakat. Koordinasi tersebut tentu bertujuan sebagai titik temu bagi keberhasilan implementasi kebijakan yang dikerjakan karena setiap pelaku implementasi kebijakan memiliki latar belakang kepentingan yang berbeda.

Teori implementasi kebijakan publik menurut Jan Merse dipandang sesuai untuk penelitian ini karena memberikan kerangka analisis terhadap faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan pelaksanaan SPM HIV di Kota Bandar Lampung. Model ini menekankan empat aspek utama; 1.informasi, 2.isi kebijakan, 3.dukungan masyarakat, dan 4. pembagian potensi yang secara langsung berkaitan dengan fenomena pelayanan publik yang ditemukan, seperti keterbukaan data dan komunikasi antar aktor, kejelasan regulasi teknis SPM HIV, partisipasi komunitas dan organisasi masyarakat sipil dalam program penjangkauan, serta koordinasi

lintas sektor antara pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, dan lembaga mitra. Dengan demikian, teori Jan Merse memungkinkan penelitian ini untuk menelaah implementasi SPM HIV secara lebih mendalam, tidak hanya dari sisi kebijakan formal, tetapi juga dari dinamika sosial dan kelembagaan yang memengaruhi efektivitas pencapaian target layanan.

#### **2.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan untuk HIV**

Sesuai semangat reformasi dan amanat konstitusi (Pasal 18 ayat (6) UUD 1945) tentang otonomi daerah, kewenangan pemerintahan terus diserahkan kepada Pemerintah Daerah yang selanjutnya disebut Pemda (UUD 1945, 2017). Regulasi terbaru, UU No. 23 Tahun 2014, mengklasifikasikan enam urusan pemerintahan wajib yang bersifat concurrent dan terkait pelayanan dasar, yaitu: (1) Pendidikan, (2) Kesehatan, (3) PU & Penataan Ruang, (4) Perumahan Rakyat & Kawasan Permukiman, (5) Trantibum Linmas, dan (6) Sosial. Mengingat kapasitas sumber daya Pemda yang beragam, Standar Pelayanan Minimal (SPM) diberlakukan sebagai acuan pelaksanaan keenam urusan ini, dengan tujuan utama memastikan semua warga negara menerima layanan dasar tersebut. SPM memiliki setidaknya dua peran penting: sebagai pedoman bagi Pemda dalam melayani publik secara efektif, dan sebagai instrumen pengawasan kinerja pemerintah oleh masyarakat dalam penyediaan layanan publik seperti kesehatan (UU No 23 Tahun 2014, 2014).

Implementasi program penanggulangan HIV di tingkat daerah, termasuk di Kota Bandar Lampung, beroperasi dalam kerangka regulasi ganda yang saling melengkapi. Kerangka ini terdiri dari kebijakan substantif di bidang kesehatan yang diatur oleh Kementerian Kesehatan, dan kebijakan administratif terkait tata kelola pemerintahan daerah yang diatur oleh Kementerian Dalam Negeri. Pemahaman terhadap kedua pilar regulasi ini esensial untuk menganalisis keberhasilan implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV.

Kebijakan teknis dan substantif mengenai layanan HIV diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan Infeksi Menular Seksual. Peraturan ini menetapkan arah dan

standar layanan yang harus dicapai oleh seluruh tingkatan pemerintahan. Tujuan utamanya adalah mencapai Eliminasi HIV pada tahun 2030 yang diindikasikan dengan target *Three Zero*, yakni tidak ada lagi infeksi baru HIV, tidak ada lagi kematian akibat AIDS, dan tidak ada lagi stigma serta diskriminasi. Secara operasional, keberhasilan program diukur melalui target global "95-95-95", yaitu 95% ODHIV mengetahui statusnya, 95% dari mereka yang tahu statusnya mendapatkan terapi Antiretroviral (ARV), dan 95% dari yang menjalani terapi mengalami supresi virus (Kemenkes RI, 2022)

Untuk mencapai target tersebut, Permenkes 23/2022 mengamanatkan standar pelayanan kunci yang harus diimplementasikan oleh fasilitas kesehatan, yang meliputi:

1. Penemuan Kasus (Surveilans): Fasilitas kesehatan wajib melakukan penemuan kasus secara aktif dan pasif. Secara spesifik, skrining HIV merupakan bagian dari SPM Bidang Kesehatan yang wajib diberikan kepada populasi kunci dan berisiko, seperti ibu hamil, pasien Tuberkulosis (TBC), pasien IMS, pekerja seks, lelaki seks dengan lelaki (LSL), waria, pengguna narkoba suntik (penasun), dan Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP).
2. Penanganan Kasus (Pengobatan dan Perawatan): Peraturan ini mengadopsi kebijakan strategis *test and treat*, di mana pengobatan ARV harus dimulai sesegera mungkin, yakni pada hari yang sama atau selambat-lambatnya tujuh hari setelah diagnosis ditegakkan, tanpa memandang stadium klinis maupun nilai CD4. Tujuan utama pengobatan adalah menekan jumlah virus (*viral load*) hingga tidak terdeteksi, yang dipantau melalui pemeriksaan laboratorium secara berkala.
3. Pencegahan Penularan: Upaya pencegahan mencakup penyediaan layanan konseling, edukasi, serta program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) yang wajib terintegrasi dalam layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Sementara Permenkes mengatur "apa" yang harus dilakukan, Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal mengatur "bagaimana" pemerintah daerah harus mengelola, merencanakan, dan melaporkan pelaksanaan SPM tersebut. Peraturan ini menjadi

landasan administratif bagi Pemerintah Kota Bandar Lampung dalam menjalankan kewajibannya.

Jenis SPM bidang kesehatan yang relevan dengan penelitian ini secara spesifik didefinisikan sebagai "pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (human immunodeficiency virus)". Untuk mengimplementasikannya, Permendagri menetapkan empat tahapan wajib yang harus dilalui oleh pemerintah daerah: (1) pengumpulan data sasaran dan sumber daya, (2) penghitungan kebutuhan layanan, (3) penyusunan rencana pemenuhan, dan (4) pelaksanaan pemenuhan layanan.

Salah satu aspek krusial dalam regulasi ini adalah keharusan untuk mengintegrasikan SPM ke dalam dokumen perencanaan dan penganggaran daerah. Rencana pemenuhan SPM HIV wajib dimuat dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD). Konsekuensinya, Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) wajib memastikan alokasi dan prioritas anggaran untuk program SPM terkait dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

Dari sisi pengukuran kinerja, Permendagri 59/2021 menetapkan indikator yang sangat jelas. Keberhasilan implementasi SPM HIV diukur melalui indikator "Jumlah Warga Negara dengan risiko terinfeksi ... yang mendapatkan pelayanan kesehatan", dengan target capaian 100% setiap tahun. Untuk memastikan akuntabilitas, pemerintah daerah diwajibkan membentuk Tim Penerapan SPM di tingkat kota dan melaporkan capaiannya secara berkala setiap tiga bulan kepada gubernur.

Tabel 5. Perbandingan Substansi Utama SPM HIV Permendagri dan Permenkes

Aspek	Permendagri 59/2021	Permenkes 23/2022
Basis Hukum & Ruang Lingkup	Pelayanan minimal bidang kesehatan di daerah, termasuk HIV; mengatur tata kelola, perencanaan, pelaporan, dan evaluasi administrasi	Standar Teknis pemenuhan mutu & indikator kinerja layanan HIV di daerah (pelaksanaan, pelaporan, evaluasi teknis)

Aspek	Permendagri 59/2021	Permenkes 23/2022
Indikator Layanan	Persentase/ jumlah orang risiko HIV dapat pelayanan deteksi dini HIV (target: 100%)	Insiden HIV baru, cakupan tes, cakupan ARV, cakupan supresi virus; indikator pelaksanaan SPM HIV (target: 95–100%)
Target Capaian	100% populasi sasaran per tahun	Eliminasi epidemi: insiden HIV $\leq 7/100.000$ , 95% ODHIV ditemukan, 95% ODHIV dapat ARV, 95% supresi virus
Tanggung Jawab Daerah	Penetapan program lintas dokumen strategis; pembentukan Tim SPM; penganggaran, pelaksanaan, pelaporan & evaluasi	Pemenuhan layanan HIV bermutu sesuai standar; advokasi, edukasi, pembinaan SDM; pengawasan fasilitas
Standar Teknis Layanan	Jenis pelayanan dasar HIV, indikator kinerja, mutu minimal (barang, jasa, SDM, tata cara)	Pelayanan: skrining, diagnosis, pengobatan ARV; perawatan terintegrasi berbasis fasilitas & komunitas; dukungan komprehensif
Mekanisme Pelaporan	Laporan SPM tiap triwulan (aplikasi SPM nasional), LPPD tahunan	Pencatatan pelaporan SIHA (bulanan, tahunan) & sistem pelaporan HIV nasional; analisis data untuk kebijakan
Format Evaluasi	Indeks capaian = (mutu minimal x 20%) + (penerima layanan x 80%)	Evaluasi kinerja berbasis indikator teknis, analisis data output/outcome lengkap

*Sumber: Data Review, 2025*

Pencapaian SPM HIV, terutama terkait pemeriksaan pada kelompok berisiko dan populasi kunci, serta inisiasi pengobatan bagi yang terdiagnosis positif, secara langsung berkontribusi pada pencapaian target 95-95-95. Kegagalan mencapai target SPM pada kelompok ini akan menghambat upaya penanggulangan HIV secara keseluruhan.

## 2.5 Peran Masyarakat Sipil dalam Penanggulangan HIV/AIDS

Upaya mencapai kesehatan masyarakat membutuhkan aksi kolektif yang melibatkan lebih banyak aktor daripada negara. Kebijakan kesehatan hanya dapat berhasil dengan dukungan publik yang luas. Sanksi yang hanya bertujuan untuk menegakkan kepatuhan tidak akan efektif. Lebih lanjut, organisasi masyarakat sipil dan sektor pasar harus mengambil peran mereka. Sebuah ilustrasi tentang

pentingnya peran mereka sebagai ko-produser (atau ko-kreator) adalah Kovenan Pencegahan Belanda (2018) yang bertujuan untuk mengurangi secara substansial kebiasaan merokok, kelebihan berat badan, dan konsumsi alkohol yang bermasalah. Kovenan tersebut terdiri dari perjanjian yang mengikat secara moral dengan lebih dari 70 organisasi masyarakat sipil dan pasar untuk mempromosikan kesehatan masyarakat (Maarse, 2023).

Masyarakat sipil (*Civil Society Organizations/CSOs*), termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi berbasis komunitas, dan kelompok dukungan sebaya, memainkan peran krusial dalam respons terhadap epidemi HIV/AIDS di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Peran ini seringkali bersifat komplementer terhadap upaya pemerintah, menjangkau area atau populasi yang sulit diakses oleh layanan formal pemerintah.

Dalam konteks penanggulangan HIV di Bandar Lampung, setidaknya kita dapat menyoroti peran spesifik beberapa lembaga masyarakat sipil:

1. Penjangkauan (*Outreach*): Lembaga seperti SSR PKBI Sumbar (untuk PSP) dan SSR PKBI Riau (untuk LSL, Waria, Penasun) bertugas melakukan penjangkauan aktif ke populasi kunci. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan informasi, edukasi, konseling, memfasilitasi akses ke layanan tes HIV (VCT), dan menghubungkan mereka yang membutuhkan dengan layanan kesehatan lainnya. Penjangkauan oleh komunitas seringkali lebih efektif karena didasari kepercayaan dan pemahaman mendalam mengenai dinamika populasi kunci.
2. Dukungan Sebaya (*Peer Support*): Lembaga seperti SSR YKSS Jambi menyediakan dukungan bagi ODHIV. Dukungan ini sangat penting untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan (*adherence*), membantu ODHIV mengatasi tantangan psikososial (*stigma*, *diskriminasi*), dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Dukungan sebaya juga berperan penting dalam menjaga retensi ODHIV dalam perawatan.

Partisipasi masyarakat dalam implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV memiliki landasan normatif yang kuat dalam dua regulasi utama, yakni

Permendagri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal dan Permenkes Nomor 23 Tahun 2022 tentang Pedoman Penanggulangan HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual. Kedua regulasi ini, meskipun berbeda ruang lingkup dan fokus, secara komplementer menegaskan bahwa masyarakat bukan hanya penerima manfaat layanan, tetapi juga aktor penting dalam menjamin efektivitas, keberlanjutan, dan akuntabilitas layanan HIV.

Dalam Permendagri Nomor 59 Tahun 2021, partisipasi masyarakat diposisikan dalam kerangka tata kelola pemerintahan daerah. Regulasi ini menekankan bahwa masyarakat memiliki hak untuk terlibat dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan SPM. Mekanisme partisipasi tersebut diwujudkan melalui forum-forum konsultasi publik, musyawarah perencanaan pembangunan (Musrenbang), serta keterlibatan organisasi masyarakat sipil (OMS) sebagai mitra pemerintah daerah. Dengan demikian, partisipasi masyarakat dipandang sebagai instrumen untuk memperkuat akuntabilitas pemerintah daerah dalam pemenuhan SPM, termasuk layanan HIV. Sementara itu, Permenkes Nomor 23 Tahun 2022 lebih menekankan aspek teknis dan operasional partisipasi masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS. Regulasi ini menggarisbawahi peran komunitas dalam edukasi, promosi kesehatan, deteksi dini, pendampingan orang dengan HIV/AIDS (ODHA), serta penguatan dukungan sebaya. Selain itu, partisipasi masyarakat juga mencakup keterlibatan tokoh agama, tokoh adat, dan organisasi lokal dalam advokasi serta perubahan norma sosial yang mendukung lingkungan inklusif bagi ODHA. Dengan demikian, partisipasi masyarakat dalam perspektif Permenkes lebih diarahkan pada penguatan kapasitas komunitas sebagai pelaksana langsung intervensi kesehatan.

Kedua regulasi ini, jika dipadukan, menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat dalam implementasi SPM HIV mencakup dua dimensi utama: dimensi tata kelola (*governance*) dan dimensi teknis-operasional (*service delivery*). Dimensi tata kelola menekankan keterlibatan masyarakat dalam perencanaan, pengawasan, dan akuntabilitas, sedangkan dimensi teknis-operasional menekankan peran aktif masyarakat dalam edukasi, deteksi dini, pendampingan, dan advokasi sosial.

Tabel 6. Perbandingan Aspek Partisipasi Masyarakat Antara Permendagri dan Permenkes

<b>Aspek</b>	<b>Permendagri 59/2021</b>	<b>Permenkes 23/2022</b>
Fokus	Tata kelola & kewajiban Pemda dalam SPM	Teknis implementasi layanan HIV & IMS
Partisipasi masyarakat	Masukan perencanaan, pengawasan, kemitraan OMS	Edukasi, deteksi dini, pendampingan ODHA, advokasi
Peran OMS/komunitas	Mitra resmi Pemda dalam pencapaian SPM	Pelaksana lapangan: outreach, peer support, rujukan
Akuntabilitas	Pemda wajib melaporkan capaian SPM ke publik	Masyarakat ikut memastikan layanan inklusif & berkelanjutan

*Sumber: Data Review, 2025*

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa Permendagri Nomor 59 Tahun 2021 memberikan kerangka tata kelola yang memungkinkan masyarakat berperan dalam memastikan akuntabilitas pemerintah daerah terhadap pencapaian SPM HIV, sedangkan Permenkes Nomor 23 Tahun 2022 memberikan pedoman teknis yang menempatkan masyarakat sebagai pelaksana aktif dalam upaya pencegahan, perawatan, dan pendampingan ODHA. Integrasi kedua regulasi ini memperlihatkan bahwa keberhasilan implementasi SPM HIV sangat bergantung pada sinergi antara pemerintah daerah dan masyarakat, baik dalam aspek tata kelola maupun dalam aspek teknis-operasional layanan kesehatan.

## **2.6 Penelitian Terdahulu**

Penelitian terbaru biasa digunakan sebagai inspirasi dan juga perbandingan orisinalitas penelitian. Peneliti mengumpulkan sejumlah penelitian yang telah mengkaji berbagai aspek penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dan secara global. Peneliti-penelitian ini mencakup epidemiologi HIV, efektivitas program pencegahan dan pengobatan, tantangan dalam implementasi layanan VCT dan ART, faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Penelitian mengenai peran masyarakat sipil dalam respons HIV juga cukup banyak, menyoroti kontribusi mereka dalam penyediaan layanan, dan dukungan komunitas. Beberapa studi secara spesifik menganalisis model-model penjangkauan (*outreach*) untuk populasi kunci dan program dukungan sebaya untuk ODHIV, serta dampaknya terhadap kaskade perawatan HIV. Studi-studi ini seringkali mengidentifikasi faktor-faktor pendorong (*enablers*) dan penghambat (*barriers*) keberhasilan implementasi standar pelayanan minimal HIV.

Tabel 7. Penelitian Terdahulu

No	Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
1	(Sabin et al., 2019)	Effectiveness of community outreach HIV prevention programs in Vietnam: a mixed methods evaluation	Metode Campuran <i>cross-sectional evaluation design</i>	Penyuluhan terbukti efektif mengurangi perilaku seksual berisiko dan meningkatkan pemanfaatan layanan tes HIV. Program ini berpotensi mengurangi kesenjangan dalam perawatan HIV.
2	(Buck et al., 2017)	Combination HIV Prevention Strategy Implementation in El Salvador: Perceived Barriers and Adaptations Reported by Outreach Peer Educators and Supervisors	Kualitatif	Akibat meningkatnya kekerasan, program pencegahan HIV nasional di El Salvador berkinerja kurang baik. Temuan menunjukkan intervensi harus lebih disesuaikan untuk mengatasi kekerasan dan memenuhi kebutuhan spesifik target populasi. Meskipun pendidik berhasil mengadaptasi teknik penyuluhan di jalanan, kelanjutan dan efektivitas intervensi masih diragukan dalam kondisi kekerasan saat ini.
3	(Bowles et al., 2008)	Implementing Rapid HIV Testing in Outreach and Community Settings:	Kuantitatif – Purposif Sampling	Proyek ini menunjukkan bahwa tes HIV cepat di setting komunitas merupakan pendekatan efektif untuk menjangkau kelompok minoritas dan individu

No	Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
		Results from an Advancing HIV Prevention Demonstration Project Conducted in Seven U.S. Cities		berisiko tinggi, serta memberikan pelajaran penting bagi CBO lain untuk mengembangkan program serupa di masa depan.
4	(Kandacong et al., 2019)	Analisis Pemanfaatan Pelayanan VCT (voluntary conseling and testing) HIV/AIDS di RSUD Labuang Baji Kota Makassar	Kualitatif	Pengetahuan pasien HIV/AIDS tentang layanan VCT sudah baik. Petugas kesehatan di RS Labuang Baji melakukan skrining pada semua pasien rawat inap dan mengajak pasien berisiko untuk mengikuti konseling, namun jumlah konselor masih terbatas dibandingkan dengan peningkatan jumlah pasien HIV/AIDS yang berobat.
5	(Suparno et al., 2010)	Efektivitas Program Eradikasi Kasus HIV/AIDS Di Kalangan Beresiko: Peran Unit Pelaksana Teknis Pusat Kesehatan Padang Bulan	Kualitatif	Pelaksanaan program masih kurang efektif karena keterbatasan tenaga dan anggaran. Rendahnya penggunaan alat pengaman. Banyak kasus HIV/AIDS tidak terdeteksi akibat gagal tindak lanjut. Layanan Mobile VCT dan penyuluhan juga belum optimal, ditambah kesalahpahaman bahwa HIV dan AIDS dianggap sama.
6	(Asyulia & Priyo Hastono, 2023)	Determinan Capaian Standar Pelayanan Minimal (Spm) Pada Pelayanan Kesehatan Orang Beresiko Terkena Hiv	Kuantitatif	Analisis menunjukkan adanya hubungan kuat dan positif antara kepemimpinan serta fokus pada pelanggan dengan capaian SPM HIV ( $R = 0,749$ ). Model regresi mampu menjelaskan 56,1% variasi capaian SPM HIV, dengan pengaruh terbesar

No	Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
		Dengan Pendekatan Malcolm Baldrige Di Puskesmas Kota Depok Tahun 2022		berasal dari fokus pada pelanggan sebesar 48,5%.
7	(Nuraeni, 2024)	Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimum Kesehatan Indikator Penyintas HIV di Puskesmas Banjaran Kota Tahun 2023	Kualitatif	Pencapaian SPM dipengaruhi oleh beberapa hambatan, yaitu keterbatasan anggaran, sarana prasarana, sumber daya manusia, karakteristik masyarakat, serta kurangnya pemahaman penyelenggara dan pengguna. Faktor pendukungnya adalah kepemimpinan yang kuat dan strategi kebijakan yang efektif dalam meningkatkan layanan kesehatan bagi penyintas HIV.
8	(Wiyanti et al., 2023)	Penerapan Standar Pelayanan Kesehatan Minimum Di Puskesmas Cipaku Bogor	Kualitatif Deskriptif	Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Puskesmas Cipaku Bogor belum optimal. Dari 12 indikator, hanya 2 yang mencapai target, sementara 10 indikator belum terpenuhi. Diperlukan analisis faktor penghambat untuk meningkatkan pencapaian SPM sesuai ketentuan Permenkes No.4 Tahun 2019.
9	(Priyatna et al., 2024)	Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas	Kualitatif Deskriptif	Pelaksanaan SPM di Puskesmas Simalingkar belum optimal. Dari tujuh indikator pelayanan kesehatan, belum ada yang mencapai target. Hambatan utama berasal dari lemahnya koordinasi lintas sektor, rendahnya kesadaran masyarakat, keterbatasan

No	Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
		Simalingkar, Kota Medan		jumlah dan kualitas tenaga kesehatan, serta banyaknya beban tugas rangkap di puskesmas.
10	(Iorwena, 2015)	Standar Pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat	Kualitatif	Prosedur pelayanan diatur sesuai standar operasional dan standar medis untuk mempermudah masyarakat. Pelayanan juga mencakup evaluasi pengaduan. Meski fasilitas belum maksimal, pelayanan tetap berusaha tepat waktu dan efektif, namun kondisi ini masih memengaruhi kualitas layanan bagi pasien dan masyarakat.

*Sumber: Review Jurnal, 2025*

Dari penelitian berbagai aspek penanggulangan HIV/AIDS, peneliti menemukan bahwa efektivitas program pencegahan sangat dipengaruhi oleh pendekatan berbasis komunitas dan strategi penjangkauan yang proaktif. Program yang dirancang untuk menjangkau populasi kunci serta kelompok minoritas melalui intervensi langsung telah terbukti memberikan dampak positif. Sebagai contoh, penelitian yang dilakukan di Vietnam mengungkap bahwa peserta program penjangkauan memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi dan menunjukkan penurunan perilaku seksual berisiko (Sabin et al., 2019). Hal ini sejalan dengan temuan di Amerika Serikat, yang menunjukkan keberhasilan tes HIV cepat dalam mendiagnosis kasus baru, terutama di kalangan kelompok minoritas dan pria yang berhubungan seks dengan pria (MSM) berisiko tinggi (Bowles et al., 2008).

Namun, dalam mengimplementasikan program-program ini, peneliti melihat bahwa terdapat tantangan yang cukup signifikan. Meningkatnya kekerasan, seperti yang terjadi di El Salvador menjadi salah satu hambatan utama dalam upaya pencegahan HIV, sehingga diperlukan penyesuaian strategi agar selaras dengan kondisi sosial dan budaya setempat (Buck et al., 2017). Di Indonesia, sejumlah penelitian

menggarisbawahi bahwa pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV masih jauh dari optimal (Nuraeni, 2024). Beberapa faktor utama yang menghambat kemajuan ini termasuk keterbatasan sumber daya, rendahnya pemahaman masyarakat, serta tantangan programatik dalam tindak lanjut kasus dan koordinasi antar sektor.

Peneliti juga menemukan bahwa layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) memainkan peran penting dalam deteksi dini dan penanganan HIV/AIDS. Studi yang dilakukan di Makassar menunjukkan bahwa pasien HIV/AIDS memiliki motivasi yang kuat untuk memanfaatkan layanan VCT, dengan dukungan yang cukup dari keluarga dan petugas kesehatan. Namun, penelitian ini juga mengungkapkan bahwa kendala seperti kurangnya jumlah konselor dan keterbatasan sarana prasarana menjadi tantangan yang perlu segera diatasi (Kandacong et al., 2019).

Penelitian yang secara spesifik mengkaji pencapaian SPM HIV di Indonesia, melihat bahwa kepemimpinan dan fokus terhadap kebutuhan pelanggan merupakan dua faktor yang sangat menentukan keberhasilan program penanggulangan HIV/AIDS. Penelitian di Puskesmas Kota Depok menekankan bahwa kepemimpinan yang kuat dan strategi kebijakan yang efektif berkontribusi besar terhadap capaian SPM (Asyulia & Priyo Hastono, 2023). Sementara itu, penelitian lain menunjukkan bahwa berbagai indikator SPM masih belum sepenuhnya tercapai akibat berbagai hambatan struktural dan operasional. Keberhasilan program ini bergantung pada peningkatan kesadaran masyarakat, ketersediaan sumber daya yang memadai, serta penguatan sistem layanan kesehatan melalui prosedur yang standar dan pelayanan yang tepat waktu (Priyatna et al., 2024).

Dari seluruh penelitian terdahulu, peneliti menyimpulkan bahwa implementasi standar pelayanan minimal HIV melalui intervensi berbasis komunitas dan tes HIV cepat memiliki potensi besar dalam pencegahan, deteksi dini & Perawatan HIV. Namun, efektivitas program secara keseluruhan bergantung pada kesiapan sumber daya, strategi adaptif terhadap konteks lokal, serta perbaikan sistem pelayanan kesehatan, termasuk layanan VCT dan pencapaian SPM. Kepemimpinan yang

kokoh, pemahaman mendalam terhadap populasi target, serta peningkatan kesadaran masyarakat menjadi faktor kunci yang mendukung keberhasilan program ini dan memastikan tercapainya target global dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS.

## **2.7 Kerangka Pikir**

Kerangka berpikir penelitian ini disusun untuk menggambarkan alur logis implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV di Kota Bandar Lampung. Alur ini menghubungkan landasan kebijakan sebagai input, proses implementasi di lapangan, pendekatan teori sebagai alat analisis, hingga menghasilkan output dan outcome yang menjadi dasar rekomendasi kebijakan.

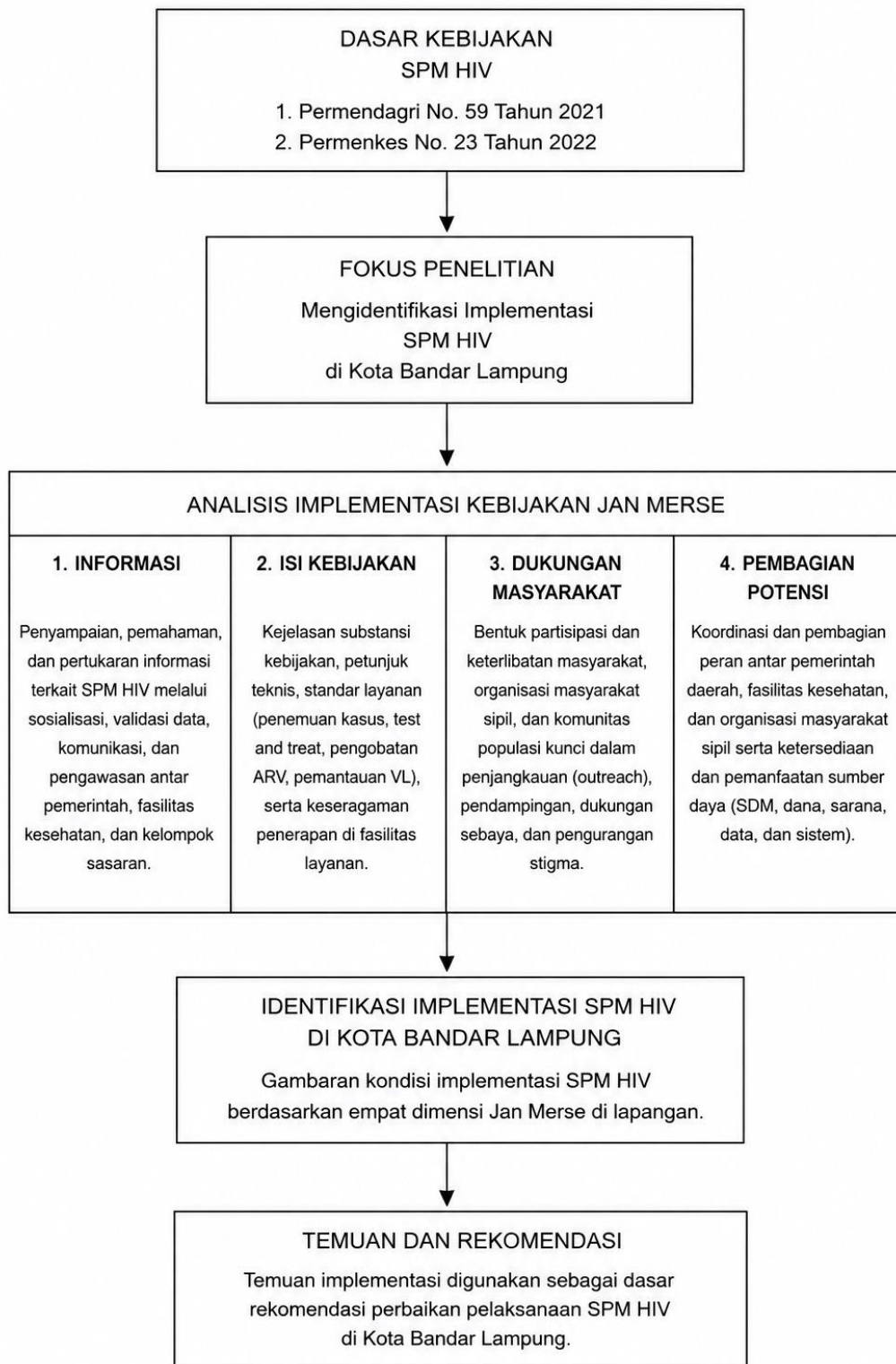
Penelitian ini berangkat dari kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang diatur dalam Permendagri Nomor 59 Tahun 2021 dan Permenkes Nomor 23 Tahun 2022. Kedua regulasi tersebut mengamanatkan pemerintah daerah untuk memberikan pelayanan kesehatan HIV kepada kelompok berisiko melalui kegiatan penemuan kasus, pemeriksaan HIV, pengobatan antiretroviral (ARV), serta pemantauan keberlanjutan layanan.

Meskipun kerangka kebijakan dan layanan telah tersedia, capaian penanggulangan HIV di Kota Bandar Lampung masih menunjukkan adanya kesenjangan terhadap target nasional dan global. Kondisi tersebut menimbulkan kebutuhan untuk memahami bagaimana implementasi SPM HIV dilaksanakan oleh berbagai aktor yang terlibat, baik pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, maupun organisasi masyarakat sipil yang berperan dalam penjangkauan dan pendampingan kelompok sasaran.

Untuk mengidentifikasi implementasi SPM HIV di Kota Bandar Lampung, penelitian ini menggunakan model implementasi kebijakan Jan Merse yang terdiri atas empat dimensi, yaitu informasi, isi kebijakan, dukungan masyarakat, dan pembagian potensi. Dimensi informasi digunakan untuk melihat bagaimana penyampaian, pemahaman, dan pertukaran informasi terkait SPM HIV dilakukan antar pelaksana dan kelompok sasaran. Dimensi isi kebijakan digunakan untuk

mengidentifikasi sejauh mana substansi kebijakan dipahami dan diterapkan dalam pelaksanaan layanan. Dimensi dukungan masyarakat digunakan untuk mengkaji keterlibatan masyarakat dan organisasi masyarakat sipil dalam pelaksanaan program HIV. Sementara itu, dimensi pembagian potensi digunakan untuk mengidentifikasi bentuk koordinasi, pembagian peran, dan pemanfaatan sumber daya di antara para aktor yang terlibat.

Melalui keempat dimensi tersebut, penelitian ini menghasilkan gambaran mengenai implementasi SPM HIV di Kota Bandar Lampung berdasarkan kondisi yang terjadi di lapangan. Hasil identifikasi tersebut selanjutnya menjadi dasar dalam memahami berbagai dinamika implementasi SPM HIV dan merumuskan rekomendasi untuk perbaikan pelaksanaan kebijakan di masa mendatang.



Gambar 8. Kerangka Pikir Penelitian  
*Sumber: Diolah oleh Peneliti, 2025*

### III. METODE PENELITIAN

#### 3.1 Tipe Penelitian

Bogdan dan Taylor menjelaskan bahwa pendekatan kualitatif adalah metode penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis, lisan, serta perilaku yang diamati dari fenomena yang terjadi. Dalam pendekatan ini, peneliti perlu menjalin kedekatan dengan individu dan situasi yang diteliti untuk memahami secara mendalam realitas serta kondisi kehidupan nyata (Purba et al., 2021).

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif deskriptif, penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada *filsafat postpositivisme*, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan menggunakan teknik snowball, teknik pengumpulan dengan triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Fiantika et al., 2022).

Penelitian kualitatif mendeskripsikan fenomena nyata dengan mengumpulkan data berupa kata, lisan, dan perilaku melalui pengamatan langsung. Pendekatan ini menekankan kedekatan peneliti dengan subjek untuk memahami kondisi kehidupan secara mendalam, menggunakan metode postpositivisme, teknik snowball, triangulasi, dan analisis induktif yang lebih fokus pada makna daripada generalisasi.

Penelitian ini disebut penelitian deskriptif karena menghasilkan data berupa gambaran dengan kata-kata dan melukiskannya mengenai Implementasi Standar Pelayanan Minimal Human Immunodeficiency Virus (HIV) Kota Bandar Lampung.

### 3.2 Subjek Penelitian

Pemilihan subjek penelitian didasarkan pada kewenangan dan kepentingan masing-masing subjek dalam penanggulangan HIV di Kota Bandar Lampung. Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung merupakan regulator dan distributor logistik pelayanan kesehatan. Puskesmas Kemiling dipilih karena dalam pra riset yang dilakukan peneliti ditemukan fakta bahwa layanan kesehatan ini secara konsisten memberikan tindakan afirmatif berupa penggratisan biaya administrasi kepada pasien test HIV yang dirujuk oleh organisasi masyarakat. Puskesmas Gedong Air dipilih karena merupakan layanan kesehatan yang tidak memberikan afirmasi kepada pasien test HIV, sehingga bisa diperoleh gambaran terkait dengan dinamika pencapaian target SPM HIV di dua layanan ini. YKSS Jambi PKBI Sumbar dan PKBI Riau dipilih karena tiga lembaga ini yang menjalankan program penanggulangan HIV di Kota Bandar Lampung.

### 3.3 Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian dilakukan di Kota Bandar Lampung. Bandar Lampung menjadi penyumbang terbesar kasus HIV baru di Provinsi Lampung, yaitu 561 kasus pada 2024 (46% dari total 1.199 kasus). Namun, hanya sekitar 450 ODHIV (80%) yang langsung masuk terapi ARV. Kontras antara tingginya temuan kasus dan rendahnya akses terapi ini menjadikan Kota Bandar Lampung lokasi penelitian yang relevan dan strategis. Subjek penelitian di Kelompokkan dalam tiga kelompok yakni Dinas kesehatan, Layanan kesehatan dan Organisasi masyarakat sipil pelaksana program HIV di Kota Bandar Lampung.

Tabel 2. Daftar subjek penelitian

<b>No</b>	<b>Instansi</b>	<b>Alamat</b>
1	Dinas Kesehatan Provinsi Lampung	Jalan Dokter Susilo No.44, Pahoman, Engal, Kota Bandar Lampung, Lampung 35212
2	Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung	Jl. Way Pengubuan No.4, Pahoman, Kec. Tlk. Betung Utara, Kota Bandar Lampung, Lampung 35228
3	Puskesmas Kemiling	Jl. Imam Bonjol No.592, Sumber Rejo, Kec. Kemiling, Kota Bandar Lampung, Lampung 35158

No	Instansi	Alamat
4	Puskesmas Gedong Air	Jl. Sisingamangaraja No.3, Gedong Air, Kec. Tj. Karang Bar., Kota Bandar Lampung, Lampung 35118
5	PKBI Sumatera Barat (Distrik Lampung)	Jl. Sultan Syahrir No.50, Seberang Padang, Kec. Padang Sel., Kota Padang, Sumatera Barat 25214
6	YKSS Jambi (Distrik Lampung)	9JR4+VHF, Unnamed Road, Lb. Bandung, Kec. Jelutung, Kota Jambi, Jambi 36124
7	PKBI Riau (Distrik Bandar Lampung)	Jalan Swadaya Ujung Blok E81 Kel, RW.Sialangmunggu, Tuah Karya, Kec. Tampan, Kota Pekanbaru, Riau 28293

*Sumber: Diolah oleh peneliti, 2025*

### 3.4 Fokus Penelitian

Penelitian ini difokuskan pada analisis implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) HIV di Kota Bandar Lampung dengan menggunakan kerangka model implementasi kebijakan publik menurut Jan Merse. Fokus utama diarahkan pada empat aspek pokok yang memengaruhi efektivitas implementasi, yaitu:

1. Informasi: bagaimana keterbukaan, kejelasan, dan mekanisme komunikasi antara pemerintah, fasilitas kesehatan, dan masyarakat dalam mendukung pelaksanaan SPM HIV.
2. Isi Kebijakan: sejauh mana kejelasan tujuan, standar teknis, serta konsistensi kebijakan SPM HIV dapat diterapkan di tingkat daerah.
3. Dukungan Masyarakat: bentuk partisipasi komunitas, khususnya populasi kunci dan organisasi masyarakat sipil, dalam mendukung perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi layanan HIV.
4. Pembagian Potensi: pola koordinasi dan kolaborasi lintas aktor, baik pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, maupun lembaga masyarakat sipil, dalam mengoptimalkan sumber daya yang ada untuk mencapai target SPM HIV.

Penelitian ini secara spesifik membatasi ruang lingkungannya pada implementasi Standar Pelayanan Minimal HIV di Kota Bandar Lampung.

### 3.5 Instrumen Penelitian

Menggunakan wawancara, dokumentasi, observasi sebagai berikut:

1. Observasi: Creswell (2013) mengartikan observasi sebagai pengamatan dan pencatatan secara sistemik terhadap gejala yang tampak pada objek penelitian. Pengamatan dan pencatatan yang dilakukan terhadap objek di tempat terjadi atau berlangsungnya peristiwa, sehingga peneliti berada bersama objek yang diselidiki, disebut observasi langsung. Sedangkan observasi tidak langsung adalah pengamatan yang dilakukan tidak pada saat berlangsungnya peristiwa tersebut diamati melalui film, rangkaian slide, atau rangkaian foto (Adiputra et al., 2021).
2. Wawancara adalah sebuah metode fundamental dalam penelitian kualitatif yang digunakan untuk memperoleh pemahaman mendalam mengenai suatu fenomena. Proses intinya adalah seorang peneliti mengajukan pertanyaan terbuka (open-ended questions) kepada satu atau lebih partisipan dan merekam jawaban mereka secara sistematis (Creswell, 2027).

Menurut pendekatan yang ditekankan oleh Creswell, beberapa aspek kunci dari metode wawancara adalah:

- 1) Pertanyaan Terbuka: Penggunaan pertanyaan jenis ini sangat penting untuk mendorong partisipan memberikan jawaban yang detail, kaya, dan bernuansa.
  - 2) Fleksibilitas: Wawancara bisa bersifat terstruktur maupun semi-terstruktur. Sifat semi-terstruktur memberikan keleluasaan bagi peneliti untuk mengeksplorasi tema-tema baru yang mungkin muncul di luar panduan pertanyaan awal.
  - 3) Konteks Pelaksanaan: Metode ini dapat diterapkan dalam format individual (satu lawan satu) atau kelompok, tergantung pada tujuan dan kebutuhan penelitian.
  - 4) Perekaman Data: Jawaban dari partisipan harus direkam dengan cermat, baik melalui rekaman audio, catatan tertulis, maupun transkripsi, untuk memastikan data dapat dianalisis secara akurat.
3. Dokumentasi : Arikunto (2002) menekankan bahwa Pengumpulan data melalui dokumentasi tidak kalah pentingnya dengan metoda pengumpulan data yang

lain, yaitu mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan-catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda, dan sebagainya (Pasolong, 2020).

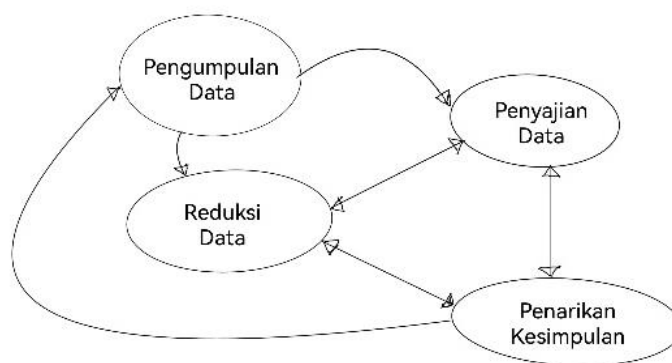
### 3.6 Teknik Analisis Data

Menurut Sugiyono (2010) Teknik analisis data adalah yaitu proses mencari data, menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesis, menyusun ke dalam pola memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain (Fiantika et al., 2022).

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik analisis data Miles and Huberman dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Data Condensation* (Kondensasi data) Kondensasi data merupakan proses pemilihan, memfokuskan, menyederhanakan, meringkas, dan mentransformasikan data yang relevan dari catatan lapangan secara tertulis, transkrip wawancara, dokumen (Rahman et al., 2022a). Proses kondensasi data diperoleh setelah peneliti melakukan wawancara, mendapatkan data tertulis yang ada di Lokasi Penelitian, yang data hasil wawancara dipilah untuk mendapatkan fokus penelitian terkait implementasi standar pelayanan minimal HIV Kota Bandarlampung.
2. *Data Display* (Penyajian Data) Penyajian data dilakukan setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah men-display data, berguna untuk melihat gambaran secara keseluruhan hasil penelitian, baik yang berbentuk matrik atau pengkodean. Kemudian dari hasil reduksi data dan display data itulah selanjutnya peneliti dapat menarik suatu kesimpulan dan memverifikasi sehingga menjadi kebermaknaan data. Pada penelitian ini penyajian data yang berhubungan dengan Implementasi standar pelayanan minimal HIV Kota Bandarlampung di Lokasi Penelitian dengan menggunakan teks naratif, atau tabel, foto dan grafik agar mudah memahami apa yang terjadi dilapangan.

3. *Conclusion Drawing* (Penarikan Kesimpulan) Kesimpulan pada penelitian kualitatif merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada (Sugiyono, 2018). Untuk menetapkan kesimpulan, maka verifikasi dilakukan sepanjang penelitian berlangsung sejalan dengan member check. Setelah verifikasi selesai maka dilakukan pembahasan hasil temuan di lapangan. Hasil temuan di lapangan disesuaikan dengan teori yang ada untuk mendapat kesesuaian dan mendapatkan kesimpulan akhir. Pada tahap ini peneliti menarik kesimpulan dari data yang telah dikumpulkan pada saat pengambilan data di Lokasi Penelitian agar mendapatkan hasil optimal terkait Implementor dan stakeholder terkait Implementasi standar pelayanan minimal HIV Kota Bandarlampung di Lokasi Penelitian.



Gambar 9. Model Analisis Data Interaktif  
 Sumber: Miles, Huberman dan Saldana (2014)

### 3.7 Teknik Keabsahan Data

Menurut Moleong (2014:320) keabsahan data itu adalah setiap keadaan yang harus memenuhi kriteria:

1. Ada nilai kebenaran yang di tampilkan
2. Menyediakan dasar agar hal itu dapat diterapkan
3. Memberikan kesempatan kepada pihak lain menguji kembali tentang konsistensi dari prosedur kenetralan temuan dan keputusan keputusannya.

Oleh karena itu uji keabsahan data dimaksudkan untuk meningkatkan derajat kepercayaan terhadap data (informasi) yang telah diperoleh melalui observasi atau wawancara yang telah dilakukan sehingga data tersebut dapat dipertanggung

jawabkan. Lincoln dan Guba mengemukakan ada empat macam teknik yang diperlukan untuk melakukan verifikasi yaitu kredibilitas, transferabilitas, konfirmabilitas dan dependabilitas (Rahman et al., 2022a). Adapun keempat aspek tersebut dapat dijabarkan sebagaimana berikut:

1. *Credibility* (Derajat Kepercayaan) Teknik pemeriksanaan yang digunakan untuk meningkatkan derajat kepercayaan terhadap data adalah dengan memperpanjang keikutsertaan pada latar penelitian dan ketekunan pengamatan yang memungkinkan kedalaman penelitian, melakukan observasi, menganalisis fenomena, dan menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi merujuk pada metode yang digunakan oleh peneliti untuk memverifikasi keabsahan data yang diperoleh melalui pendekatan beragam.
2. *Transferability* (Keteralihan) Keteralihan secara substansial, mengacu pada validitas eksternal dalam penelitian kualitatif. Validitas ini dapat dicapai dengan menyajikan deskripsi yang terperinci dan komperhensif mengenai hasil dan konteks penelitian. Uji keteralihan peneliti pada penelitian ini memberikan uraian yang rinci, jelals dan sistematis serta dapat dipercaya mengenai Implementasi standar pelayanan minimal HIV Kota Bandarlampung di Lokasi Penelitian.
3. *Dependability* (Ketergantungan) Reliabilitas dalam penelitian kualitatif mengacu pada dependensi. Suatu penelitian dianggap dependabilitas ketika orang lain dapat mengulangi atau mereplikasi proses penelitian tersebut. Dalam penelitian kualitatif, pengujian dependabilitas dilakukan dengan mengaudit seluruh proses penelitian. Uji Ketergantungan dilakukan untuk mengetahui, membuktikan serta memastikan hasil penelitian terkait Implementasi standar pelayanan minimal HIV Kota Bandarlampung di Lokasi Penelitian berjalan baik atau tidak. Pengujian data penelitian dilakukan oleh auditor independen atau pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian.
4. *Confirmability* (Kepastian) Salah satu proses dalam menguji hasil penelitian dan dikaitkan dengan proses yang dilakukan apabila hasil penelitian merupakan fungsi dari proses penelitian. Uji kepastian sama seperti uji ketergantungan, sehingga proses pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan (Rahman et

al., 2022). Pada tahap ini peneliti menjelaskan proses awal hingga akhir penelitian mengenai Implementasi Implementasi standar pelayanan minimal HIV Kota Bandar Lampung di Lokasi Penelitian.

## V. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

1. Implementasi SPM HIV di Kota Bandar Lampung pada aspek informasi telah berjalan melalui sosialisasi, penggunaan aplikasi SIHA, grup komunikasi, dan evaluasi rutin antar pelaksana. Namun, penyebaran informasi belum sepenuhnya optimal karena OMS lebih memahami target teknis dibanding substansi regulasi, serta masih ditemukan ketidaksesuaian data dan ketergantungan pada komunikasi informal.
2. Isi kebijakan SPM HIV secara normatif telah jelas melalui Permendagri dan Permenkes, tetapi implementasinya belum konsisten di lapangan. Masih terdapat perbedaan penerapan strategi *test and treat*, variasi tarif layanan antar puskesmas, keterbatasan juknis teknis daerah, serta ketergantungan pada pendanaan donor dan keterbatasan logistik.
3. Dukungan masyarakat terlihat melalui keterlibatan OMS dalam penjangkauan populasi kunci, pendampingan ODHIV, dan integrasi layanan HIV di puskesmas. OMS berkontribusi besar terhadap pencapaian target SPM, namun pelibatangannya dalam perencanaan formal daerah masih terbatas dan dukungan pemerintah lebih banyak bersifat non-finansial. Stigma dan diskriminasi juga masih menjadi hambatan akses layanan HIV.
4. Koordinasi lintas sektor antara pemerintah, layanan kesehatan, OMS, dan komunitas telah berjalan cukup intensif melalui supervisi, komunikasi rutin, MOU, dan koordinasi layanan HIV. Pembagian potensi antaraktor membantu pencapaian target SPM HIV, namun hubungan kemitraan masih cenderung administratif dan belum sepenuhnya setara serta partisipatif.

## 5.2 Saran

1. Pemerintah daerah dan Dinas Kesehatan perlu membangun mekanisme sosialisasi kebijakan yang lebih terstruktur dan terdokumentasi, tidak hanya melalui grup WhatsApp, tetapi juga melalui pedoman tertulis, forum koordinasi rutin, dan pelatihan berkala bagi tenaga kesehatan serta OMS. Selain itu, validasi data SIHA perlu dilakukan lebih rutin dan terintegrasi agar perbedaan data antar layanan dan OMS dapat diminimalkan serta pengawasan capaian SPM HIV menjadi lebih akurat.
2. Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung perlu menyusun petunjuk teknis (juknis) operasional pelayanan HIV yang seragam untuk seluruh fasilitas kesehatan, khususnya terkait penerapan *test and treat*, tarif layanan, serta prosedur layanan bagi pasien non-domisili. Pemerintah daerah juga perlu memperkuat dukungan APBD untuk program HIV guna mengurangi ketergantungan pada donor dan menjamin keberlanjutan layanan serta ketersediaan logistik ARV dan reagen.
3. Pemerintah daerah perlu memberikan ruang partisipasi yang lebih formal bagi OMS dalam proses perencanaan daerah, seperti Musrenbang dan forum penyusunan target SPM HIV. Selain itu, diperlukan dukungan operasional berupa fasilitasi kegiatan komunitas, penguatan edukasi masyarakat, dan pelatihan anti stigma bagi tenaga kesehatan serta masyarakat untuk mengurangi diskriminasi terhadap ODHIV dan populasi kunci.
4. Dinas Kesehatan perlu memperkuat koordinasi lintas sektor melalui pembentukan tim terpadu penanggulangan HIV yang memiliki legalitas formal dan pembagian tugas yang jelas antara pemerintah, layanan kesehatan, OMS, dan sektor lainnya. Selain itu, kemitraan dengan OMS perlu diarahkan pada pola kolaborasi yang lebih setara dan berkelanjutan agar koordinasi layanan, penjangkauan populasi kunci, serta pendampingan ODHIV dapat berjalan lebih efektif dan konsisten.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P. W., & Munthe, S. A. 2021. *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Afriana, N., Luhukay, L., Mulyani, P. S., Irmawati, Romauli, Pratono, Dewi, S. D., Budiarty, T. I., Hasby, R., Trisari, R., Hermana, Anggiani, D. S., Asmi, A. L., Lamanepa, E., Elittasari, C., Muzdalifah, E., Praptoraharjo, I., Theresia Puspoarum, & Devika. 2023a. Laporan Tahunan HIV AIDS 2022. *Kementerian Kesehatan RI*, 1–91. [http://p2p.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2023/06/FINAL\\_6072023\\_Layout\\_HIVAIDS-1.pdf](http://p2p.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2023/06/FINAL_6072023_Layout_HIVAIDS-1.pdf)
- Afriana, N., Luhukay, L., Mulyani, P. S., Irmawati, Romauli, Pratono, Dewi, S. D., Budiarty, T. I., Hasby, R., Trisari, R., Hermana, Anggiani, D. S., Asmi, A. L., Lamanepa, E., Elittasari, C., Muzdalifah, E., Praptoraharjo, I., Theresia Puspoarum, & Devika. (2023b). Laporan Tahunan HIV AIDS 2022. *Kementerian Kesehatan RI*, 1–91.
- Astuti, R. S., Warsono, H., & Rachim, A. (2020). Collaborative Governance Dalam Perspektif Administrasi Publik. In *Universitas Diponegoro Press*.
- Asyulia, R., & Priyo Hastono, S. (2023). Determinan Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Pelayanan Kesehatan Orang Beresiko Terkena HIV dengan Pendekatan Malcolm Baldrige di Puskesmas Kota Depok Tahun 2022. *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*, 8(7), 5246–5266. <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v8i7.12927>
- Bowles, K. E., Clark, H. A., Tai, E., Sullivan, P. S., Song, B., Tsang, J., Dietz, C. A., Mir, J., Mares-DelGrasso, A., Calhoun, C., Aguirre, D., Emerson, C., & Heffelfinger, J. D. (2008). Implementing rapid HIV testing in outreach and community settings: Results from an advancing HIV prevention demonstration project conducted in seven U.S. cities. *Public Health Reports*, 123(SUPPL. 3), 78–85. <https://doi.org/10.1177/00333549081230s310>
- Buck, M., Dickson-Gomez, J., & Bodnar, G. (2017). Combination HIV prevention strategy implementation in El Salvador: Perceived barriers and adaptations reported by outreach peer educators and supervisors. *Global Qualitative Nursing Research*, 4. <https://doi.org/10.1177/2333393617703198>
- Cairney, P. (2012). *Understanding Public Policy: Theories Arts Funding and Cultural Inclusivity in Local Arts Agencies* (Vol. 11, Issue 47(2)).

- Cresswell, J. W. (2027). Qualitative Inquiry & Research Design. In *Public Administration* (Vol. 77, Issue 4, p. 232). <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00177>
- Fiantika, F. R., Wasil, M., Jumiyati, S., Honesti, L., Wahyuni, S., Mouw, E., Jonata, Mashudi, I., Hasanah, N., Maharani, A., Ambarwati, K., Noflidaputri, R., Nuryami, & Waris, L. (2022). Metodologi Penelitian Kualitatif. In *Global Eksekutif Teknologi* (Issue Maret).
- Iorwena, K. (2015). Standar Pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 3(1), 1–15.
- Kadji, Y. (2015). Formulasi dan Implementasi Kebijakan Publik. In *UNG Press Gorontalo* (Vol. 3, Issue 1).
- Kandacong, R. K., Samsualam, S., & Batara, A. S. (2019). Analisis Pemanfaatan Pelayanan Vct (Voluntary Conseling and Testing) Hiv/Aids Di Rsud Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2019. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 14(3), 262–266. <https://doi.org/10.35892/jikd.v14i3.245>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–188.
- Maarse, H. (2023). Health Policy Analysis - An Introduction. In *Health Policy Analysis - An Introduction* (Issue 2023). <https://doi.org/10.26481/mup.2303>
- Mutiarin, D., Suranto, Darumurti, A., & Tamronglak, A. (2017). *PUBLIC POLICY IN THEORY AND PRACTICE Dyah Mutiarin Suranto Awang Darumurti Amporn Tamronglak Editor : Hazel D Jovita Published by : JKSG UMY IP UMY and MIP UMY*. 117.
- Noor, M., Suaedi, F., & Mardiyantah, A. (2022). Collaborative Governance Suatu Tinjauan Teoritis dan Praktik. In *Etika Jurnalisme Pada Koran Kuning : Sebuah Studi Mengenai Koran Lampu Hijau* (Vol. 16, Issue 2).
- Nuraeni, I. (2024). Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimum Kesehatan Indikator Penderita HIV di Puskesmas Banjarnegara Kota Tahun 2023. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 13(03), 150–158.
- Pasolong, H. (2020). Metode Penelitian Administrasi Publik. In *Etika Jurnalisme Pada Koran Kuning : Sebuah Studi Mengenai Koran Lampu Hijau* (Vol. 16, Issue 2).
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV Dan AIDS, Kemenkes 31 (2013).
- Permendagri No 59 Tahun 2021, 151 Kementerian Dalam Negeri 10 (2021).
- Priyatna, S. H., Pratiwi, K. P., Mawaddah, Q., Ridwan, M., & Hasibuan, I. D. (2024). Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

- di Puskesmas Simalingkar, Kota Medan. *Kolaboratif Sains*, 7(7), 2415–2423. <https://doi.org/10.56338/jks.v7i7.5655>
- Purba, E., Purba, B., Syafii, A., Kahirad, F., Damanik, D., Siagian, V., Ginting, A. M., Silitongan, H. P., Fitrianna, N., SN, A., & Ernanda, R. (2021). Metode Penelitian Ekonomi. In *Yayasan Kita Menulis* (Vol. 1, Issue 2). <https://doi.org/10.55606/jpmi.v1i2.220>
- Rahman, A., Sari, N. M. W., Fitriani, & Sugiarto, M. (2022a). *Metode Penelitian Ilmu Sosial*.
- Rahman, A., Sari, N. M. W., Fitriani, & Sugiarto, M. (2022b). *Metode Penelitian Ilmu Sosial*.
- Sabin, L. L., Semrau, K., Desilva, M., Le, L. T. T., Beard, J. J., Hamer, D. H., Tuchman, J., Hammett, T. M., Halim, N., Reuben, M., Mesic, A., & Vian, T. (2019). Effectiveness of community outreach HIV prevention programs in Vietnam: A mixed methods evaluation. *BMC Public Health*, 19(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7418-5>
- Suparno, H., Siagian, F., Ismail, A., Sulaiman, A., & Aznur, S. (2010). *Efektivitas Program Penjangkauan*.
- Tachjan, H. (2015). Implementasi Kebijakan Publik. In *AIPI Bandung* (Vol. 16, Issue 2).
- UNAIDS. (2015a). Fast Track Ending The AIDS Epidemic By 2030. *Fast-Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030*, 16(2), 1–36.
- UNAIDS. (2015b). Fast Track Ending The AIDS Epidemic By 2030. *Fast-Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030*, 16(2), 1–36.
- UNAIDS. (2024). *2024 global AIDS report The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads*. 4–274.
- UU No 23 Tahun 2014, 8 Kementerian Sekretariat Negara RI 1 (2014).
- UUD 1945, 23 MPR RI 1 (2017).
- Wiyanti, A., Daroini, S., & Muksin, A. (2023). Penerapan Standar Pelayanan Kesehatan Minimum di Puskesmas Cipaku Bogor. *Jurnal Syntax Admiration*, 4(7), 1034–1048. <https://doi.org/10.46799/jsa.v4i7.807>
- World Health Organization. (2022). Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. In *WHO* (Issue 8.5.2017).
- World Health Organization. (2024). Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022–2030 : Report on progress and gaps Second edition. In *WHO*.