

**Percepatan Kebijakan Penanggulangan AIDS
melalui Penelusuran ODHA- *Lost to Follow
Up* di Kabupaten Banyumas**

***AIDS Eradication Policy Acceleration Using
ODHA Tracing- Lost to Follow Up in
Banyumas Regency***

Angger Warastri
Bappedalitbang Kabupaten Banyumas

Info Artikel

Diterima : 31 Januari 2025
Direvisi : 20 September 2025
Disetujui : 3 Oktober 2025

Kata kunci:

HIV/AIDS,
Hilang/putus berobat,
Asas Kerahasiaan

Abstrak

Permasalahan HIV/AIDS di Kabupaten Banyumas merupakan isu kesehatan masyarakat yang memerlukan perhatian serius. Tren peningkatan kasus baru terus terjadi; pada tahun 2024 tercatat 348 kasus HIV, dengan 125 di antaranya telah berkembang menjadi AIDS. Strategi utama dalam pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS berfokus pada pencapaian target Triple 95s pada tahun 2030, yaitu: 95% ODHA mengetahui status HIV-nya, 95% ODHA yang mengetahui statusnya menjalani terapi antiretroviral (ARV), dan 95% dari mereka yang menjalani terapi ARV mencapai penekanan viral load. Berdasarkan data tahun 2024, capaian Kabupaten Banyumas menunjukkan bahwa 92% ODHA telah mengetahui status HIV-nya, namun hanya 37% yang menjalani terapi ARV, dan 75% menjalani terapi ARV berhasil mencapai penekanan virus. Salah satu tantangan utama dalam meningkatkan cakupan terapi ARV adalah tingginya angka kasus ODHA yang mengalami lost to follow up atau putus berobat. Hingga akhir tahun 2024, jumlah ODHA yang putus berobat tercatat sebanyak 2.040 kasus, dengan 85% di antaranya berhasil dilacak dan 15% lainnya tidak terlacak (hilang). Salah satu faktor dominan yang menyebabkan rendahnya tingkat keberhasilan dalam mengembalikan ODHA yang putus berobat adalah minimnya upaya penelusuran. Hal ini sangat berisiko, karena kasus-kasus yang tidak tertindaklanjuti berpotensi menjadi sumber penularan baru. Dari berbagai faktor penghambat penelusuran ODHA hilang, permasalahan utama yang perlu segera diatasi adalah keterbatasan akses terhadap data identitas ODHA pada fasilitas pelayanan kesehatan, yang selama ini dibatasi secara ketat oleh prinsip kerahasiaan medis (confidentiality). Permasalahan ini penting untuk diangkat guna mengidentifikasi hambatan-hambatan yang dihadapi dalam percepatan penanggulangan AIDS, khususnya melalui mekanisme pelacakan ODHA yang hilang, serta untuk merumuskan solusi kebijakan yang dapat mengatasi permasalahan tersebut. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Berdasarkan hasil analisis SWOT dan pemilihan alternatif kebijakan, rekomendasi yang diusulkan adalah penyusunan Surat Edaran atau Keputusan resmi sebagai dasar hukum dalam pelaksanaan upaya penelusuran ODHA hilang,

dengan tetap memperhatikan prinsip kehati-hatian dan perlindungan hak asasi pasien

Keywords:

HIV/AIDS
Lost to follow up
Confidentiality

Corresponding Author :
Angger Warastri
mendoanbanyumas@gmail.com
+62 812-2796-146

Abstract

HIV/AIDS is considered a serious public health issue in Banyumas Regency. The number of new cases continues to rise. In 2024, 348 new HIV cases were reported, with 125 of them progressing to AIDS. The main strategy for preventing and controlling HIV is the achievement of the Triple 95s targets by 2030. As of 2024, 92% of people living with HIV (PLHIV) were aware of their HIV status, 37% of those diagnosed were receiving sustained antiretroviral therapy (ART), and 75% of those on ART had achieved viral suppression. One of the main obstacles to increasing ART coverage is the high number of PLHIV who drop out of treatment (lost to follow-up or LTFU). By the end of 2024, the total number of LTFU cases had reached 2,040, of which 85% could be traced, while the remaining 15% could not be located. Among the various challenges in re-engaging PLHIV who have dropped out of treatment, a particularly dominant factor is the lack of effective tracing efforts. Untraced or unmonitored cases can potentially become sources of new HIV transmission. A key issue impeding tracing efforts is the restricted access to patient data due to strict confidentiality regulations. Competent stakeholders involved in tracing efforts often face limitations in accessing the identities of PLHIV registered in health facilities. This problem needs to be addressed in order to identify and overcome the barriers to effectively tracing PLHIV who are lost to follow-up. The goal is to propose feasible policy alternatives to support and strengthen these efforts. This policy paper uses a qualitative descriptive analysis approach. Based on the results of a SWOT analysis and evaluation of policy alternatives, the recommended course of action is the development of a local regulatory instrument, such as a Surat Edaran (Circular Letter) or Keputusan (Official Decree), to facilitate and legitimize tracing efforts for PLHIV who have dropped out of treatment.

PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan sebuah virus yang bisa menyebabkan infeksi pada sel darah putih dan menurunkan sistem kekebalan imun tubuh pada manusia. Sedangkan sekumpulan gejala dan tanda infeksi yang muncul disertai turunnya kekebalan tubuh manusia akibat terinfeksi oleh HIV disebut dengan AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Orang yang menderita penyakit HIV/AIDS

disebut sebagai ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).

Pemerintah dan masyarakat telah membuat komitmen terhadap kegiatan pengendalian HIV/AIDS untuk mencapai ending HIV/AIDS pada tahun 2030. Salah satu orientasi kebijakan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan

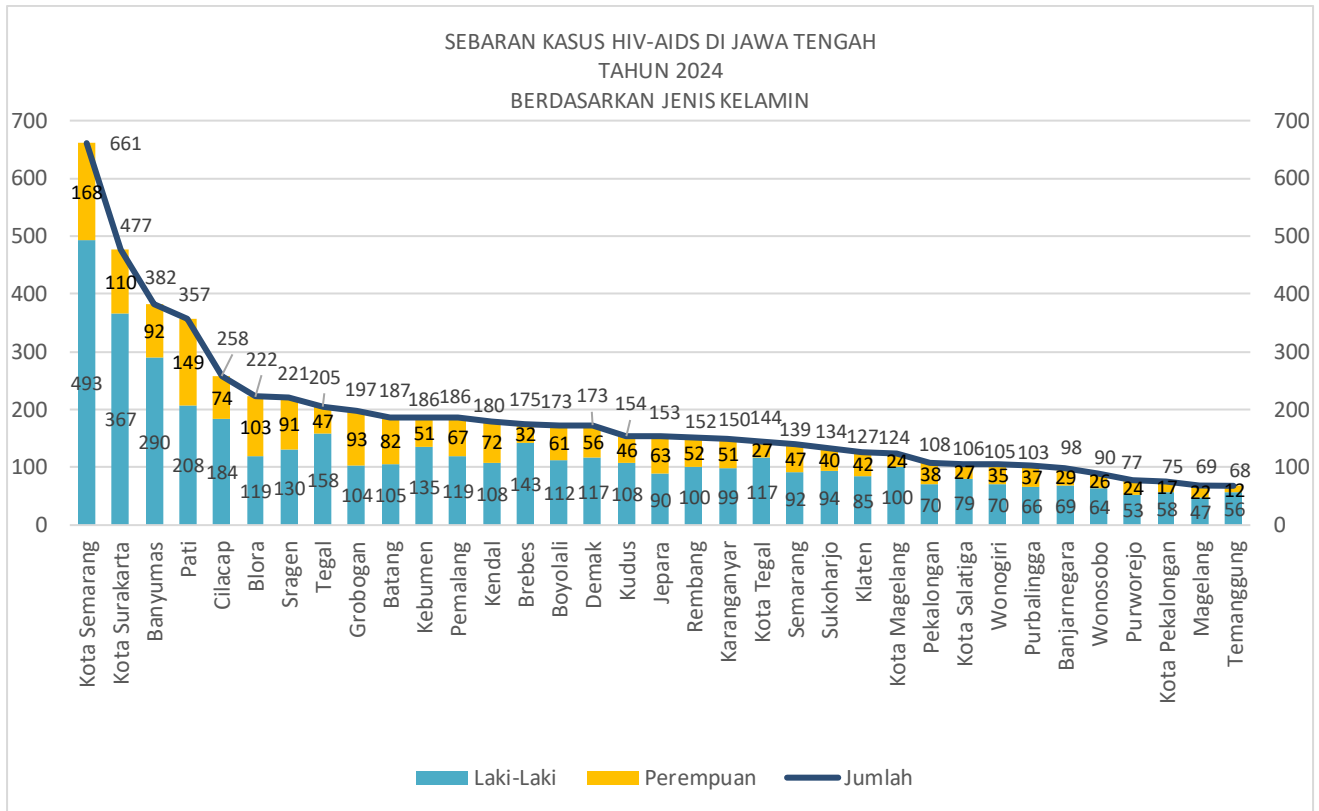
pelayanan kesehatan dasar (primary health care) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif yang didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi. Salah satu prioritas kebijakan yang ada dalam RPJMN 2020-2024 tersebut adalah meningkatkan pengendalian penyakit, diantaranya HIV/AIDS.

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa tantangan kesehatan global terkini salah satunya adalah menghentikan penyakit menular seperti HIV/AIDS, tuberkulosis, hepatitis, malaria, dan penyakit tropis terabaikan lainnya. HIV/AIDS masih menjadi sebuah ancaman kesehatan bagi dunia. Meskipun kemajuan telah dicapai dalam pengobatan dan pencegahan, stigma dan ketidaksetaraan akses terhadap layanan kesehatan masih menjadi hambatan utama dalam upaya pengendalian infeksi ini.

Berdasarkan data United Nations Programme on HIV and AIDS atau UNAIDS yang dirilis pada Juli 2024, populasi terinfeksi HIV di dunia pada tahun 2023 diperkirakan

mencapai 39,9 juta orang, dengan 1,3 juta orang diantaranya merupakan penemuan kasus baru (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf). Kementerian Kesehatan melaporkan bahwa sepanjang tahun 2023 terdapat 571.637 kasus HIV dan 27.569 diantaranya merupakan penemuan kasus baru. Untuk Jawa Tengah, Kementerian Kesehatan menetapkan estimasi jumlah ODHA tahun 2024 sebanyak 45.410 kasus. Dari estimasi tersebut, hingga akhir tahun 2024 tercatat ODHA hidup dan tahu statusnya sebanyak 37.006 kasus (82%), 20.933 ODHA (56%) menjalani terapi antiretroviral dan 10.944 ODHA (52%) yang menjalani terapi antiretroviral mengalami penekanan virus.

Salah satu kabupaten di Jawa Tengah dengan kasus HIV/AIDS tertinggi adalah Banyumas. Pada tahun 2024, penemuan kasus baru HIV mencapai 348 kasus dan 125 diantaranya kasus AIDS. Angka tersebut menempati peringkat ketiga apabila dibandingkan dengan kabupaten/kota lainnya.



Gambar 1. Sebaran Kasus HIV-AIDS di Jawa Tengah Tahun 2024

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2024

Penemuan kasus baru HIV dan AIDS di Kabupaten Banyumas dipengaruhi oleh semakin masifnya upaya dari petugas kesehatan yang turun ke lapangan memberikan edukasi dan melakukan kegiatan tes HIV secara gratis, terutama kepada kelompok berisiko tinggi (populasi kunci, populasi khusus, dan populasi rentan). Disamping itu, tingginya angka kasus tersebut tidak sepenuhnya ditemukan pada masyarakat Kabupaten Banyumas. Sebagian dari kasus tersebut ditemukan pada penduduk yang berasal dari luar Kabupaten Banyumas yang terdiagnosis dan melakukan pengobatan

HIV/AIDS di Kabupaten Banyumas. Hal ini menyebabkan terjadinya lonjakan kasus HIV/AIDS di Banyumas.

Strategi utama pencegahan dan pengendalian HIV adalah dengan mencapai Triple 95s atau 95-95-95 di tahun 2030, yaitu: 95% ODHA mengetahui statusnya, 95% ODHA menjalani terapi antiretroviral (ARV), dan 95% ODHA yang menjalani terapi antiretroviral (ARV) mengalami penekanan virus. Pada tahun 2024 Kabupaten Banyumas masih berada di bawah capaian nasional dan Provinsi Jawa Tengah pada pencapaian tersebut. Data detail dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1. Target dan Capaian Triple 95s Tahun 2024

No	Triple 95s	Nasional		Provinsi Jawa Tengah		Kabupaten Banyumas	
		Target (%)	Capaian (%)	Target (%)	Capaian (%)	Target (%)	Capaian (%)
1.	ODHA mengetahui statusnya	87	61	87	82	87	92
2.	ODHA menjalani terapi ARV	87	64	60	56	60	37
3.	ODHA yang menjalani terapi ARV mengalami penekanan virus	87	54	75	52	75	75

Sumber: Sistem Informasi HIV-AIDS (SIHA), 2024

Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan angka penularan HIV di Kabupaten Banyumas. Beberapa diantaranya yang perlu menjadi perhatian adalah: (1) tingginya jumlah populasi kunci (pekerja seks, pengguna NAPZA suntik (penasun), lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL) dan waria), populasi khusus (pasien tuberkulosis, pasien IMS, ibu hamil, tahanan dan warga binaan pemasyarakatan) dan populasi rentan (anak jalanan, remaja, pelanggan pekerja seks, pekerja migran, dan pasangan populasi kunci/ODHA/pasien IMS); (2) edukasi HIV dan infeksi menular seksual (IMS) di kalangan masyarakat yang masih minim; (3) HIV dan IMS masih dianggap tabu; (4) kondom sebagai alat pencegah HIV masih belum populer; (5) skrining HIV dilakukan secara intens dimana penemuan kasus baru terus bertambah; (6) banyak ODHA yang masih melakukan perilaku berisiko; (7) banyak ODHA tidak mau open status karena stigma dan diskriminasi; dan (8) banyak ODHA putus berobat (lost to follow

up) yang masih berkeliaran dan berpotensi menularkan.

Upaya penanggulangan HIV/AIDS memerlukan kepastian dan perlindungan hukum. Pemerintah Kabupaten Banyumas memberikan landasan hukum bagi semua pihak yang terlibat dalam kegiatan penanggulangan HIV/AIDS melalui Peraturan Bupati Kabupaten Banyumas Nomor 22 Tahun 2018 yang merupakan Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Banyumas Nomor 14 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immunodeficiency Syndrome. Dalam regulasi tersebut mencakup promosi kesehatan, pencegahan penularan HIV, diagnosis HIV, serta pengobatan, perawatan, dukungan dan rehabilitasi merupakan rangkaian upaya dalam penanggulangan HIV/AIDS. Pengobatan yang dimaksud adalah konsumsi antiretroviral (ARV) secara rutin.

Tujuan utama pemberian ARV adalah untuk mencegah kesakitan dan kematian yang

berhubungan dengan HIV. Tujuan ini dapat dicapai melalui pemberian terapi ARV yang efektif. Hal tersebut dapat mengurangi risiko penularan HIV, menghambat perburukan infeksi oportunistik dan meningkatkan kualitas hidup penderita HIV (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2014). Selain itu, tujuan dari pemberian terapi ARV adalah untuk mengurangi risiko penularan HIV ke orang lain. Pemberian terapi ARV dapat menekan viral load (jumlah virus HIV yang ada di dalam tubuh) hingga kadar yang tidak terdeteksi. Dengan rendahnya kadar viral load dalam tubuh, ODHA memiliki risiko yang semakin kecil untuk menularkan HIV kepada orang lain. Terapi ARV harus diikuti dengan pengurangan perilaku berisiko dalam upaya pencegahan transmisi HIV. Penggunaan ARV secara konsisten dengan paduan yang tepat, penggunaan kondom yang konsisten, perilaku seks dan NAPZA yang aman, pengobatan infeksi menular seksual yang konsisten dengan paduan yang tepat, mutlak diperlukan untuk pencegahan penularan HIV (Keputusan Menteri Kesehatan RI, 2019).

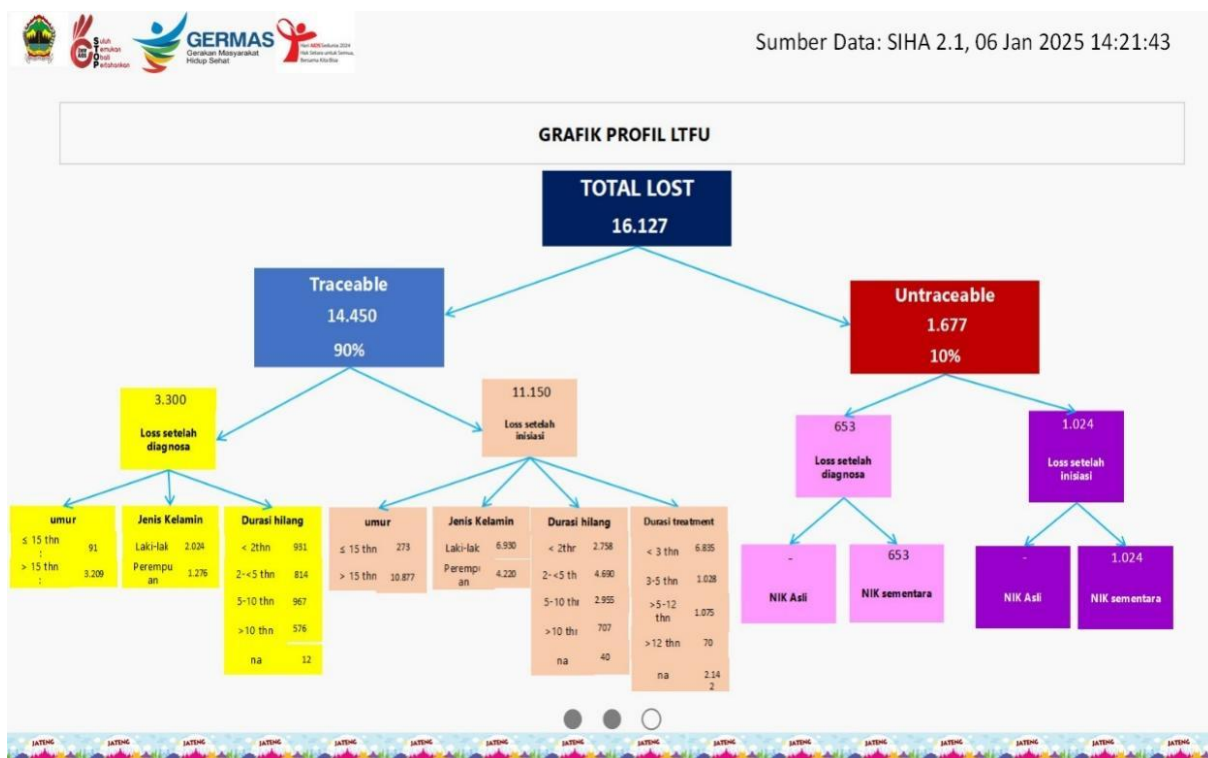
Berdasarkan Pasal 34 point (b) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV, AIDS dan IMS disebutkan bahwa Pemerintah Pusat bertanggung jawab menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, sumber daya

manusia, obat dan alat kesehatan, perbekalan kesehatan, dan pendanaan yang diperlukan. Penyediaan terapi ARV dan distribusinya dilakukan oleh Pemerintah Pusat ke daerah. Di Kabupaten Banyumas, ARV didistribusikan oleh Dinas Kesehatan kepada 47 layanan PDP (Perawatan, Dukungan dan Pengobatan). Layanan PDP sudah tersebar merata di seluruh wilayah Kabupaten Banyumas, yaitu pada 40 puskesmas, 6 rumah sakit dan 1 klinik. Layanan PreP (Pre-exposure Prophylaxis) khusus untuk populasi kunci diberikan di 10 fasilitas pelayanan kesehatan. Hingga saat ini terdapat 18 rumah sakit dan 1 klinik yang sudah melayani pemeriksaan HIV namun belum dapat menyediakan layanan PDP bagi pasien HIV/AIDS, termasuk layanan terapi ARV.

Hasil tatalaksana pada pasien HIV/AIDS dapat diklasifikasikan menjadi terapi ARV yang terkontrol, berhenti terapi, rujuk keluar, meninggal dunia, putus berobat (lost to follow-up), dan tidak diketahui (Fibriansari, 2021). Pasien HIV yang tidak melanjutkan pengobatannya atau putus berobat dengan terapi ARV akan menyebabkan berhentinya terapi dan berhentinya pemantauan dari petugas konselor. Dampaknya akan meningkatkan risiko kematian, menyulitkan untuk evaluasi dan pelayanan terapi ARV, yang berujung pada meningkatnya kasus dengan sindrom AIDS. Loss to follow up

pasien HIV/AIDS adalah pasien yang tidak melakukan kunjungan ke klinik dalam waktu lebih dari 28 hari atau kembali ke klinik setelah beberapa saat (Kemenkes RI, 2024). Lost to follow up juga terkait dengan ketidakpatuhan pasien untuk tidak meminum obat sesuai aturan dengan berbagai alasan meskipun datang ke klinik dan mengambil obat secara rutin. Secara umum pasien loss to follow-up terbagi menjadi tiga kategori yakni pasien meninggal dunia, masih hidup, serta tidak dapat ditelusuri (Chi et al, 2011). Namun saat ini

yang masih menjadi permasalahan adalah terbatasnya informasi terkait angka jumlah pasien secara tepat karena kesulitan dalam penelusuran di fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan data yang terhimpun pada SIHA Provinsi Jawa Tengah, pada akhir tahun 2024 terdapat 16.127 ODHA putus berobat yang tersebar di 35 kabupaten. Dari jumlah tersebut, sebanyak 14.450 orang (90%) dapat dilacak keberadaannya. Sedangkan 1.677 orang (10%) sisanya tidak dapat dilacak karenapada NIK tidak diketahui.



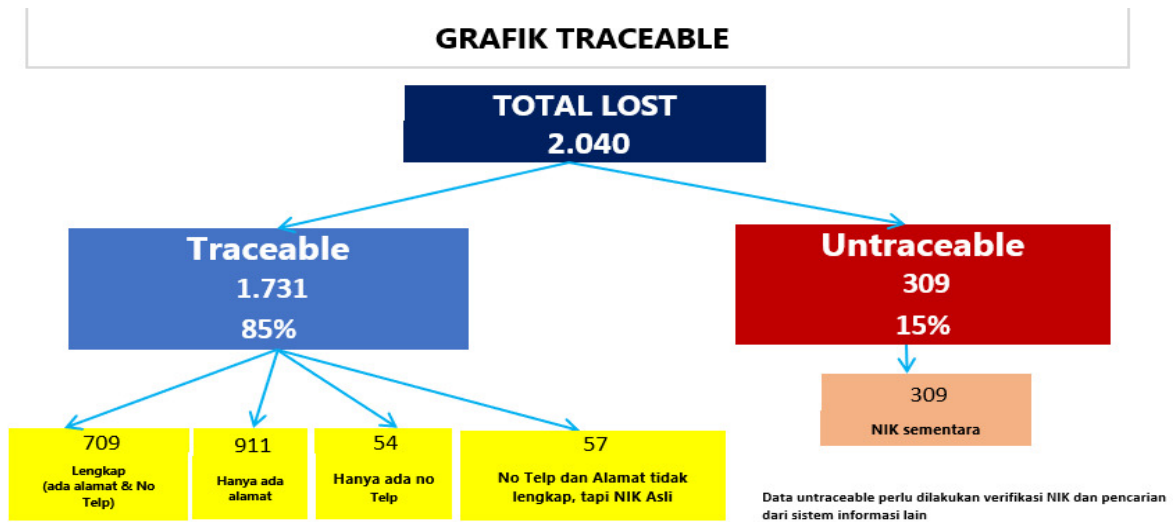
Gambar 2. Profil ODHA Putus Berobat di Kabupaten Banyumas

Sumber: Sistem Informasi HIV-AIDS (SIHA), 2024

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas tahun 2024, sebanyak 1.731 orang (85%) dari 2.040 orang yang putus berobat, dapat dilakukan pelacakan, dengan perincian

709 orang terdapat identitas lengkap (ada alamat dan nomor telepon), 911 orang hanya ada alamat lengkap, 54 orang hanya ada nomor telepon, dan 57 orang hanya ada NIK

asli (tanpa nomor telepon dan alamat dibutuhkan pencarian dari sistem informasi lengkap). Sedangkan 309 orang (15%) dari maupun jejaring komunitas yang lain untuk 2.040 orang yang putus berobat tersebut tidak melakukan pelacakan tersebut. dapat dilacak (hilang). Oleh karena itu

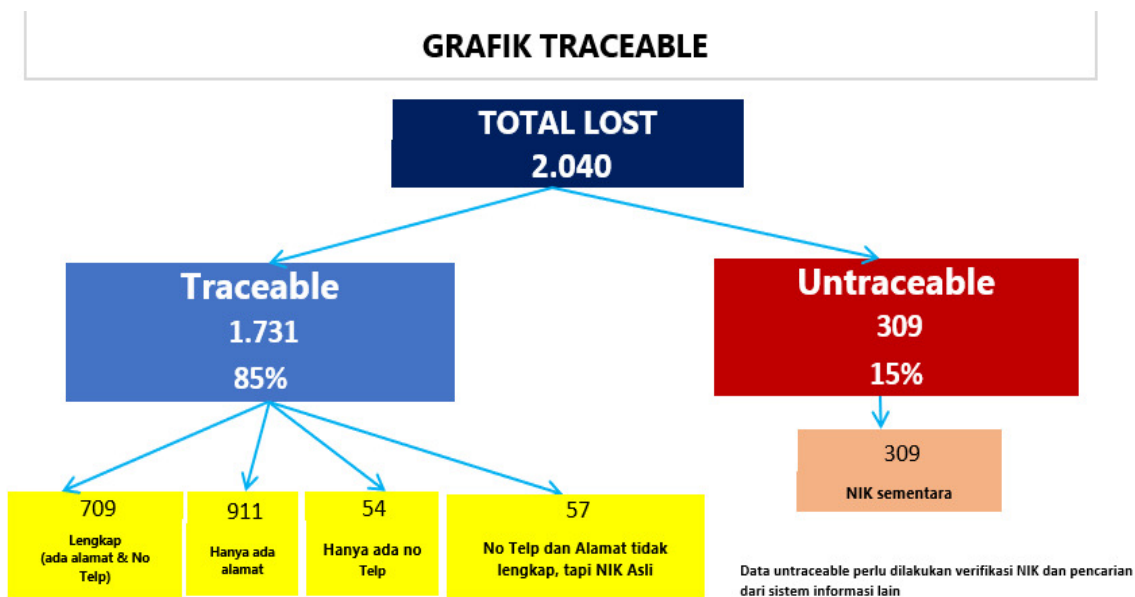


Gambar 3. Grafik ODHA putus berobat yang dapat dilacak dan tidak dapat dilacak

Sumber: Sistem Informasi HIV-AIDS (SIHA), 2024

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas tahun 2024, sebanyak 1.731 orang (85%) dari 2.040 orang yang putus berobat, dapat dilakukan pelacakan, dengan perincian 709 orang terdapat identitas lengkap (ada alamat dan nomor telepon), 911 orang hanya ada alamat lengkap, 54 orang hanya ada nomor telepon, dan 57 orang hanya ada NIK

asli (tanpa nomor telepon dan alamat lengkap). Sedangkan 309 orang (15%) dari 2.040 orang yang putus berobat tersebut tidak dapat dilacak (hilang). Oleh karena itu dibutuhkan pencarian dari sistem informasi maupun jejaring komunitas yang lain untuk melakukan pelacakan tersebut.



Gambar 3. Grafik ODHA putus berobat yang dapat dilacak dan tidak dapat dilacak

Sumber: Sistem Informasi HIV-AIDS (SIHA), 2024

Putus berobat yang dialami ODHA tidak mudah diatasi karena potensi untuk putus berobat setelah menjalani pengobatan kembali sangat besar. Persoalan ini bukan hanya dilatarbelakangi oleh kondisi fisik dan psikis ODHA, namun lingkungan keluarga maupun komunitas (*support system*) sangat berpengaruh pada terjadinya putus berobat. Seharusnya keluarga inti yaitu orang tua (bapak/ibu), adik/kakak dan pasangan (istri atau suami) menjadi pihak yang paling berpengaruh pada ODHA dalam mengkonsumsi ARV. Keluarga memiliki peran penting dalam menguatkan dan memberikan edukasi saat kondisi ODHA menurun dan berperan sebagai pengawas menelan obat (PMO) bagi ODHA. Fakta di lapangan menunjukkan bahwa masih banyak ODHA yang tidak bersedia membuka status

HIV kepada keluarga (orang tua, suami/istri, anak). Namun konselor/nakes dapat membuka status HIV/AIDS kepada keluarga walaupun tanpa izin dari ODHA ketika ODHA yang bersangkutan menghadapi situasi tertentu seperti masalah kesehatan yang berat.

Berdasarkan wawancara mendalam kepada ODHA di Kabupaten Banyumas, diperoleh keterangan bahwa kebanyakan ODHA lebih memilih layanan PDP yang tidak berlokasi di wilayah domisilinya. Alasan utamanya adalah karena ODHA merasa khawatir akan bertemu dengan orang-orang (tetangga/kenalannya) apabila rutin mendatangi PDP terdekat dan merasa terancam status HIV-nya akan diketahui orang lain. Hal ini berpotensi menyebabkan terjadinya putus berobat karena ODHA akan membutuhkan waktu, tenaga dan biaya ekstra

untuk mencapai layanan PDP pilihannya yang berada jauh diluar wilayah domisilinya. Kejadian putus berobat dan menghilang ini yang kemudian sulit ditelusuri oleh puskesmas maupun rumah sakit tempat ODHA menerima layanan karena fasilitas kesehatan tersebut tidak memiliki tenaga penjangkau untuk menelusur keberadaan ODHA.

Dari hasil wawancara tersebut juga diperoleh beberapa informasi yang menjelaskan alasan ODHA memutuskan putus berobat, diantaranya disebabkan karena (1) akses fasilitas kesehatan (layanan PDP) jauh dari domisili; (2) keterbatasan biaya untuk mengambil obat di layanan PDP; (3) tidak nyaman dengan pelayanan/konselor yang diskriminatif; (4) adanya kekhawatiran status HIVnya akan ketahuan orang lain; (5) bosan minum obat dan munculnya efek

samping dalam bentuk ketidaknyamanan dengan ARV; (6) masih merasa sehat; (7) kurang edukasi/pendampingan saat awal pengobatan; (8) adanya temuan kasus HIV di fasilitas pelayanan kesehatan yang belum PDP tapi tidak meneruskan pengobatan di layanan PDP; (9) pindah rumah, pindah layanan rujukan dan tidak melanjutkan pengobatan; (10) adanya harapan akan pilihan pengobatan tradisional; (11) adanya motivasi dari ODHA yang berniat menularkan virus HIV kepada pasangan sah/tidak sah; dan (12) minimnya upaya penelusuran ODHA putus berobat.

Dari sekian banyak permasalahan penyebab ODHA putus berobat sebagaimana diuraikan diatas, maka dapat diambil prioritas masalah untuk diatasi dengan menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*) sebagai berikut:

Tabel 2. Pemilihan Prioritas Masalah Menggunakan Metode USG

No	Masalah	U	S	G	Total
1	Akses fasilitas kesehatan jauh	3	3	3	9
2	Keterbatasan biaya untuk mengambil obat	3	5	2	10
3	Tidak nyaman dengan pelayanan diskriminatif	8	7	5	20
4	Khawatir status ODHANYA ketahuan orang lain	6	7	4	17
5	Bosan minum obat dan kekhawatiran efek samping	3	4	3	10
6	Masih merasa sehat	2	2	2	6
7	Kurang edukasi/pendampingan saat awal pengobatan	7	4	4	15
8	Temuan kasus HIV di fasyankes non PDP tapi tidak meneruskan pengobatan di layanan PDP	7	5	4	16
9	Pindah domisili dan tidak melanjutkan pengobatan	3	6	5	14

No	Masalah	U	S	G	Total
10	Adanya harapan pilihan pengobatan tradisional	3	3	2	8
11	Motivasi ODHA menularkan virus HIV kepada pasangan sah/tidak sah	4	6	6	16
12	Minimnya upaya penelusuran	8	8	7	23

Sumber: Hasil Hasil Wawancara, 2024

Minimnya upaya penelusuran luar wilayah kerja layanan PDP; (2) data menyebabkan kasus-kasus yang hilang atau ODHA sangat rahasia, dimana masing-masing lolos ditindaklanjuti akan berpotensi menjadi masing fasilitas kesehatan hanya bisa sumber penularan sehingga menyebabkan mengakses data ODHA yang pernah terdata penanggulangan HIV/AIDS semakin dalam layanan tersebut; (3) identitas ODHA terhambat yang berakibat pada peningkatan putus berobat tidak lengkap (tidak ada data kasus secara terus menerus. Upaya NIK, alamat, nomor telepon); (4) ODHA penelusuran ODHA putus berobat merupakan putus berobat pindah keluar kota tanpa upaya perlindungan terhadap bahaya ancaman sepengetahuan layanan/pendamping; dan (5) keselamatan orang lain secara individual atau keterbatasan jumlah tenaga konselor dan masyarakat (Undang-Undang RI Nomor 17 penelusur. Tahun 2023 tentang Kesehatan). Komisi Dari beberapa faktor penyebab yang Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten menjadi penghambat dalam upaya Banyumas telah berupaya melakukan penelusuran ODHA putus berobat seperti yang diuraikan diatas, maka dilakukan penelusuran ODHA putus berobat namun analisis untuk mencari faktor penyebab paling masih belum optimal. Beberapa faktor utama dengan menggunakan metode USG penyebab yang menjadi penghambat dalam (Urgency, Seriousness, Growth) sebagaimana upaya penelusuran ini diantaranya adalah: (1) berikuit: domisili ODHA putus berobat berasal dari

berikut:

Tabel 3. Pemilihan Prioritas Penyebab Menggunakan Metode USG

No	Masalah	U	S	G	Total
1	Domisili ODHA putus berobat berasal dari luar wilayah kerja layanan PDP	5	7	4	16
2	Data ODHA sangat rahasia (dibatasi asas <i>confidentiality</i>), dimana masing-masing fasilitas kesehatan hanya bisa mengakses data ODHA yang pernah terdata dalam layanan tersebut	8	7	6	21

No	Masalah	U	S	G	Total
3	Identitas ODHA putus berobat tidak jelas	6	6	5	17
4	ODHA putus berobat pindah keluar kota tanpa sepengetahuan layanan PDP/pendamping	5	6	3	14
5	Keterbatasan jumlah tenaga konselor dan penelusur.	7	6	5	18

Sumber: Hasil Analisis, 2024

Berdasarkan pemilihan prioritas penyebab/akar masalah yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa masalah yang paling utama untuk diatasi adalah minimnya upaya penelusuran karena data ODHA karena merupakan data tersebut sangat rahasia (dibatasi asas *confidentiality*).

Metodologi yang digunakan dalam proses penyusunan tulisan ini adalah analisis deskripsi kualitatif. Analisis deskriptif kualitatif mampu memberikan pemahaman mendalam tentang suatu fenomena. Namun kelemahan dari analisis ini adalah subjektivitas yang tinggi yang berpotensi bias karena bergantung pada interpretasi penulis terhadap data. Kelemahan ini diatasi dengan melakukan wawancara mendalam dengan berbagai pihak yang terlibat untuk memastikan konsistensi dan keakuratannya.

Data yang diperoleh pada tulisan ini meliputi:

a. Data primer

Data primer diperoleh melalui *in-depth interview* berupa wawancara langsung dengan ODHA maupun *stake holder*

pemangku kepentingan (Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Banyumas, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak dalam penanggulangan HIV/AIDS).

b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data teknis Dinas Kesehatan Banyumas dan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Banyumas. Selain itu diperoleh pula dari studi literatur berupa pengkajian terhadap penelitian-penelitian terdahulu maupun berbagai regulasi yang mendukung program penanggulangan HIV/AIDS

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Upaya meningkatkan interaksi dengan pasien sudah dilakukan semenjak seseorang terdiagnosis HIV dan pertama kali memulai pengobatan pada fasilitas kesehatan dengan layanan PDP untuk ODHA. Hal ini sesuai dengan amanat sebagaimana yang tertuang pada Pasal 30 Ayat (3) poin g Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 tentang

Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome dan Infeksi Menular Seksual yang menyebutkan tentang pemberian pernyataan persetujuan penelusuran pasien bila berhenti terapi. ODHA ditawarkan dan dimintai persetujuan untuk dilakukan pendampingan dengan menandatangani Surat Pernyataan Persetujuan Penelusuran. Permintaan persetujuan tersebut dalam rangka menjunjung kaidah etika pemberian layanan yang menjunjung tinggi otonomi pasien agar tetap terjaga. Namun upaya ini tidak berjalan mulus ketika ODHA yang menjalani pengobatan menghilang sebelum diminta persetujuan pendampingan atau setelah terdiagnosis HIV (sebelum memulai pengobatan).

Pelacakan ODHA hilang oleh petugas kesehatan (puskesmas, klinik, rumah sakit) seringkali terhambat karena identitas ODHA yang tidak jelas. Pelacakan juga kerap terhambat karena domisili ODHA yang berasal dari luar wilayah kerja fasilitas kesehatan tempat ODHA menjalani pengobatan, namun tidak dapat dilakukan penelusuran karena ketiadaan tenaga penjangkau/penelusur dari fasilitas kesehatan setempat. Peluang untuk dilakukan penelusuran oleh petugas dari fasilitas kesehatan di lokasi ODHA berdomisili juga terkendala karena selain tidak adanya data identitas pasien, mereka tidak bisa meminta data dari fasilitas kesehatan tempat ODHA

menjalani pengobatan karena terbentur aturan kerahasiaan pasien yang menutup kemungkinan berbagi data.

Di Kabupaten Banyumas terdapat beberapa Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) maupun organisasi di Kabupaten Banyumas yang bergerak dalam penanggulangan HIV/AIDS dan turut aktif dalam melakukan pendampingan pada ODHA, yaitu:

- 1) Yayasan Sehat Peduli Kasih: pendampingan ODHA;
- 2) Yayasan Kalandara: pendampingan komunitas LGBT (Lesbian, Gay, Biseksual, dan Transgender) serta pengguna jarum suntik untuk pencegahan penularan HIV;
- 3) Lembaga Penelitian dan Pengembangan Sumberdaya dan Lingkungan Hidup (LPPSLH): pendampingan komunitas pekerja seks untuk pencegahan penularan HIV;
- 4) Forum Jaringan Berdikari Banyumas (FJBB): pendampingan komunitas LSL (Laki-laki Suka dengan laki-laki) dan kelompok marginal untuk pencegahan penularan HIV;
- 5) Ikatan Waria Purwokerto (Iwapur): pendampingan komunitas waria untuk pencegahan penularan HIV;
- 6) Gaya Satria (Gaya Nusantara cabang Kabupaten Banyumas): pendampingan komunitas LSL (Laki-

laki Suka dengan laki-laki) untuk pencegahan penularan HIV.

Saat ini, Yayasan Sehat Peduli Kasih merupakan sumberdaya utama untuk penelusuran ODHA hilang/putus berobat. Namun, jumlah personil Pendukung Sebaya yang sangat terbatas dari yayasan tersebut (6 orang) masih belum bisa optimal menjangkau, mendampingi, dan melakukan penelusuran ODHA di wilayah Kabupaten Banyumas. Hal ini membuat jumlah ODHA hilang yang berhasil ditemukan dan kembali berobat masih belum sesuai harapan. Isu kemandirian yayasan merupakan agenda penting yang perlu mendapat perhatian lebih lanjut, mengingat saat ini sumber pendanaan yayasan masih sangat bergantung pada dana dari luar negeri.

Pembentukan Warga Peduli AIDS (WPA) di Kabupaten Banyumas merupakan salah satu upaya menggerakkan masyarakat untuk ikut serta terlibat secara langsung dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS dan mendorong perubahan perilaku pada masyarakat yang berpotensi tertular virus dengan selalu mengkampanyekan pola hidup sehat. Pembentukan WPA diatur dalam Bab XI pasal 51 ayat 1 (d) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS yang berbunyi “Masyarakat dapat

berperan serta dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS dengan cara membentuk dan mengembangkan WPA”. Unsur Warga Peduli AIDS (WPA) terdiri atas pemerintah desa atau kelurahan serta masyarakat setempat, yang diharapkan dapat berperan sebagai perpanjangan tangan dalam upaya pendampingan terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA), sekaligus membantu proses pelacakan terhadap ODHA yang hilang atau putus berobat. Namun, hingga saat ini, fungsi WPA belum berjalan secara optimal sebagaimana yang diharapkan. Hal ini disebabkan oleh masih rendahnya kepedulian terhadap ODHA serta adanya pandangan yang meremehkan penyakit HIV/AIDS.

Stigma dan diskriminasi yang masih melekat kuat di masyarakat memicu rasa takut akan penularan, sehingga banyak individu memilih untuk menghindari interaksi dengan ODHA. Kondisi ini berdampak pada terbatasnya ruang gerak ODHA, yang pada akhirnya mendorong mereka untuk menutup diri dan enggan membuka status HIV-nya secara terbuka. Persoalan ini semakin kompleks dengan adanya prinsip kerahasiaan data pasien, yang membatasi layanan Program Dukungan dan Pengobatan (PDP) dalam membagikan informasi terkait ODHA yang hilang atau putus berobat kepada WPA untuk kepentingan pelacakan dan pendampingan lanjutan.

Di Kabupaten Banyumas terdapat dua Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) yang berbasis di RSUD Banyumas dan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Kedua KDS tersebut telah memiliki badan hukum dan didirikan melalui akta notaris. Kegiatan yang dijalankan oleh KDS memiliki peran penting dalam mendukung penguatan mental dan sosial Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam menjalani kehidupan secara positif. Para anggota KDS saling memberikan motivasi untuk mempertahankan pola hidup sehat, menjaga semangat hidup, meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, serta melakukan kunjungan terhadap anggota yang sedang mengalami gangguan kesehatan.

Melalui mekanisme ini, KDS mampu memberikan pendampingan secara langsung kepada anggota yang menghadapi permasalahan, baik secara fisik maupun psikologis. Dalam rangka meningkatkan pendampingan dan pemantauan kesehatan para ODHA, Komisi Penanggulangan AIDS menginisiasi pengembangan teknologi digital berupa sebuah aplikasi yang disematkan pada telepon seluler. Aplikasi dimaksud direncanakan akan memuat informasi umum tentang HIV/AIDS serta jadwal layanan VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) baik VCT statis maupun VCT *mobile*. Aplikasi ini akan disinkronisasikan dengan Sistem Informasi HIV AIDS (SIHA) yang memuat

informasi jenis obat yang dikonsumsi, jumlah *viral load*, jadwal pemeriksaan *viral load*, dan yang terpenting jadwal minum obat harian ODHA.

Selain itu, dalam aplikasi ini direncanakan akan ditanamkan sistem pelacakan berbasis *geo-tagging* yang memungkinkan pendeteksian lokasi keberadaan Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Sistem ini berpotensi memberikan kontribusi signifikan dalam pemetaan kasus HIV, identifikasi sebaran konsentrasi populasi kunci, serta pelacakan terhadap ODHA yang hilang atau putus berobat. Namun demikian, keberhasilan sistem ini sangat bergantung pada kesediaan ODHA untuk memasang dan mengaktifkan aplikasi tersebut pada perangkat telepon selulernya. Artinya, sistem hanya dapat berfungsi secara optimal apabila aplikasi tetap terinstal dan berjalan pada gawai milik ODHA. Oleh karena itu, diperlukan perancangan aplikasi yang menarik, informatif, dan responsif terhadap kebutuhan ODHA, sehingga mendorong mereka untuk menggunakan aplikasi ini secara berkelanjutan. Salah satu strategi yang dapat diterapkan adalah penyajian fitur tambahan seperti informasi mengenai hobi, berita terkini, dan forum diskusi. Meski demikian, fitur diskusi tersebut perlu diawasi secara ketat oleh administrator agar konten yang dibagikan tetap berada dalam koridor penguatan dan dukungan psikososial, serta

tidak melanggar norma hukum atau mengarah pada kampanye negatif.

Di sisi lain, tenaga kesehatan kerap menghadapi dilema etis dan hukum dalam menangani kasus HIV/AIDS, khususnya ketika kondisi pasien berpotensi membahayakan dirinya sendiri maupun masyarakat di sekitarnya. Hal ini berkaitan dengan prinsip kerahasiaan informasi medis (confidentiality) yang secara ketat melindungi data pasien, namun dapat berbenturan dengan kepentingan hukum pidana, perdata, serta kode etik profesi kedokteran. Prinsip ini membatasi tenaga kesehatan maupun unsur masyarakat, termasuk petugas outreach, pendamping, atau pegiat komunitas, untuk secara kolaboratif melakukan pelacakan terhadap ODHA yang hilang atau putus pengobatan. Dengan demikian, diperlukan kajian dan pendekatan yang holistik dalam menyeimbangkan perlindungan hak privasi pasien dengan kepentingan kesehatan masyarakat.

Proses hukum dalam pembukaan informasi rahasia medis terkait status HIV memerlukan persetujuan dari ODHA yang bersangkutan. Hal ini menjadi permasalahan tersendiri, mengingat tidak terdapat sanksi hukum bagi ODHA apabila mereka menolak memberikan izin untuk membuka status kesehatannya, termasuk status HIV-positif. Di sisi lain, ODHA sesungguhnya memiliki

tanggung jawab moral dan sosial untuk turut serta dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS. Dalam konteks ini, muncul ketegangan antara perlindungan hak privasi individu dan pemenuhan hak masyarakat atas kesehatan, yang menuntut adanya keseimbangan antara prinsip kerahasiaan medis dan prinsip keadilan dalam akses terhadap perlindungan kesehatan publik. Pemerintah melalui peraturan perundang-undangan telah memberikan perlindungan hukum dengan menjamin hak pasien berkaitan dengan kerahasiaan data termasuk juga perihal sanksi terhadap pihak-pihak yang diluar kewenangannya membuka data pasien. Mengacu pada Undang-undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, kerahasiaan data pasien merupakan hak yang dimiliki oleh pasien, sehingga terhadap pihak yang membuka data pribadi diluar kewenangannya dapat dikenakan sanksi baik berupa denda dan atau pidana. Sumpah Dokter dan Kode Etik Kedokteran Indonesia menyatakan wajib simpan kerahasiaan pasien termasuk didalamnya rahasia status HIV-AIDS.

Namun demikian, tampaknya dapat dipertimbangkan adanya perlakuan khusus atau pengecualian terhadap prinsip kerahasiaan medis dalam kasus HIV/AIDS, dengan tujuan utama untuk mencegah meluasnya penularan infeksi. Prinsip

kerahasiaan pasien sejatinya bukan merupakan kewajiban yang bersifat absolut, melainkan kewajiban prima facie—yang dapat dikesampingkan apabila terdapat kewajiban moral atau hukum yang lebih tinggi, seperti kewajiban untuk melindungi pasangan seksual ODHA atau menjaga keselamatan masyarakat secara umum (Ruhjana, 2021). Pandangan ini sejalan dengan asas hukum *Salus Populi Suprema Lex Esto*, yang berarti 'Keselamatan rakyat merupakan hukum tertinggi'. Dalam kerangka ekstrem, bahkan dapat dikatakan bahwa konstitusi pun dapat dikesampingkan apabila pelanggaran tersebut bertujuan untuk menyelamatkan kepentingan masyarakat luas.

Lebih jauh, pengecualian terhadap prinsip kerahasiaan dalam konteks HIV/AIDS juga akan sangat mendukung upaya pencapaian target Triple 95s, khususnya indikator kedua, yaitu 95% ODHA menjalani terapi antiretroviral (ARV). Di Kabupaten Banyumas, capaian indikator ini pada tahun 2024 baru mencapai 37%, yang menunjukkan perlunya strategi tambahan, termasuk kemungkinan relaksasi prinsip kerahasiaan dalam kondisi tertentu, untuk meningkatkan keterlibatan ODHA dalam pengobatan dan perawatan.

Kriteria bebas HIV/AIDS saat ini belum menjadi salah satu persyaratan dalam proses pranikah. Namun, di masyarakat sering ditemukan kasus di mana pasangan tidak

mengungkapkan status HIV-nya kepada calon suami atau istri sebelum menikah, sehingga berpotensi menimbulkan penularan baru. Dalam menghadapi situasi tersebut, konselor atau tenaga kesehatan berkewajiban untuk memberikan edukasi dan mengingatkan mengenai konsekuensi hukum apabila ODHA tidak bersedia membuka status HIV-nya kepada pasangan atau calon pasangan, termasuk menjelaskan berbagai risiko yang mungkin terjadi serta langkah-langkah atau rencana penanganan yang perlu dilakukan terkait infeksi HIV.

Selain itu, bagi pasien yang telah tertular HIV, terdapat kemungkinan untuk mengajukan gugatan terhadap penyedia layanan kesehatan dengan alasan kurangnya perlindungan yang diberikan. Untuk mengantisipasi hal tersebut, konselor atau tenaga kesehatan seharusnya diberikan kewenangan untuk membuka status HIV seseorang secara paksa dalam kondisi tertentu, tanpa terikat oleh prinsip kerahasiaan medis, guna melindungi hak dan keselamatan pihak lain.

Pasal 4 ayat (1) huruf i Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang berhak memperoleh kerahasiaan data dan informasi kesehatan pribadinya. Namun kemudian dijelaskan pada ayat (4) bahwa kerahasiaan data dan informasi kesehatan pribadinya tidak berlaku dalam hal upaya

perlindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat (huruf d) dan kepentingan pemeliharaan kesehatan, pengobatan, penyembuhan dan perawatan pasien (huruf e).

Pada Pasal 35 ayat (2) Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis menyebutkan bahwa Pembukaan isi Rekam Medis tidak atas persetujuan pasien untuk kepentingan tertentu dapat dilakukan dengan tanpa membuka identitas pasien. Namun dikecualikan dari ketentuan, sebagaimana dimaksud dalam pasal 37 ayat (2) Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 yang menyebutkan bahwa pembukaan isi Rekam Medis untuk kepentingan upaya perlindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat, identitas pasien dapat dibuka kepada institusi yang berwenang untuk dilakukan tindak lanjut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selanjutnya Pasal 735 ayat (1) huruf c Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 mewajibkan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik untuk menjaga rahasia Kesehatan Pasien. Namun dalam ayat (2) dinyatakan bahwa rahasia kesehatan pasien tersebut dapat dilakukan pembukaan untuk kepentingan upaya perlindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau

masyarakat (huruf d) dan kepentingan pemeliharaan kesehatan, pengobatan, penyembuhan, dan perawatan Pasien (huruf e).

Dengan demikian, dapat digarisbawahi bahwa rahasia medis dapat gugur demi kepentingan pasien dan kesehatan masyarakat. Untuk itu diharapkan dapat dibuka celah yang mengizinkan pembukaan rahasia penyakit HIV maupun penyakit-penyakit menular lainnya yang akan menimbulkan wabah ataupun kesehatan masyarakat. Regulasi yang dapat memberikan keamanan dan kepastian hukum bagi para pelaku penanggulangan HIV AIDS dalam melakukan penelusuran ODHA hilang/putus berobat sudah mendesak harus segera disediakan.

Kegiatan penelusuran ODHA hilang/putus berobat telah secara aktif dilaksanakan di semua wilayah. Sepanjang pengetahuan penulis, hingga saat ini belum ada wilayah yang memiliki regulasi terkait perlindungan hukum dalam berbagi data ODHA. Betapapun, ketiadaan perlindungan hukum ini tentu membawa risiko menerima gugatan hukum dari ODHA yang berkeberatan data pribadinya dibagi ke pihak-pihak tertentu lain. Sehubungan dengan adanya risiko hukum ini, Kabupaten Banyumas bermaksud menyusun sebuah regulasi yang berfungsi melindungi para pelaku penanggulangan HIV-AIDS

dalam melaksanakan penelusuran ODHA hilang/putus berobat

Berdasarkan analisis SWOT, alternatif kebijakan yang bisa digunakan untuk diterapkan oleh Pemerintah Kabupaten Banyumas adalah sebagai berikut:

PILIHAN KEBIJAKAN

THREAT	OPPORTUNITY
1. Kebocoran data rekam medis yang bersifat rahasia (<i>confidential</i>)	1. Terdapat LSM yang melakukan penjangkauan & pendampingan pada ODHA dan populasi kunci
2. Stigma dan diskriminasi pada ODHA	2. Terbentuknya Warga Peduli AIDS (WPA)
3. Derasnya akses informasi global yg mendukung terhadap penyimpangan perilaku	3. Tersedianya layanan <i>online</i> (whatsapp, sosial media) yang menyediakan layanan konseling
4. Potensi penularan virus HIV	4. Fasilitas faskes (RS dan klinik) memberikan layanan PDP
5. Semakin permisifnya budaya perilaku hidup bebas (LGBT)	5. Kemudahan informasi kesehatan memanfaatkan TIK
	6. Masyarakat memiliki kesadaran tinggi dalam menjaga kesehatan
STRENGTH	
1. Terdapat 47 PDP yang menyediakan ARV	Menyusun Surat Edaran/Keputusan untuk kolaborasi antara WPA dengan Dinkes, KPA dan LSM
2. Tersedianya SDM (perawat, dokter, analis laborat)	
3. Tersedianya SOP dalam perawatan, dukungan dan pengobatan	
4. Tersedianya ARV yang memadai	
WEAKNESS	

	THREAT	OPPORTUNITY
1. Belum ada kebijakan/juknis yang mengatur penelusuran ODHA hilang/putus berobat	Menyusun Surat Edaran/Keputusan dalam upaya penelusuran ODHA hilang/putus berobat	Menyusun Surat Edaran/Keputusan tentang Dukungan Penyelenggaraan Kegiatan Sosialisasi Penanggulangan HIV-AIDS
2. Upaya penelusuran di wilayah terbentur asas konfidensial pasien HIV AIDS sehingga antar faskes tidak bisa berbagi data pasien		
3. Lambatnya tindak lanjut hasil diagnosa yang berpotensi tidak tertangani		
4. Jumlah konselor HIV dan penelusur yang sangat terbatas		
5. Validasi dan updating data terkendala karena kurangnya kerjasama dengan ODHA		

Alternatif kebijakan yang bisa diperoleh dari Analisa SWOT diatas adalah:

- a. Menyusun Surat Edaran/Keputusan untuk kolaborasi antara WPA dengan Dinas Kesehatan, Komisi Penanggulangan AIDS dan Lembaga Swadaya Masyarakat
- b. Menyusun surat Edaran/Keputusan terkait jejaring kemitraan Publik, swasta dan komunitas (PPCP / *Public-Private-Community Partnership*)
- c. Menyusun Surat Edaran/Keputusan dalam upaya penelusuran ODHA putus berobat

- d. Menyusun Surat Edaran/Keputusan tentang Dukungan Penyelenggaraan Kegiatan Sosialisasi Penanggulangan HIV-AIDS

Penilaian dan Perangkingan Alternatif Kebijakan

Berdasarkan beberapa alternatif kebijakan yang diperoleh, kemudian dilakukan pengukuran guna menilai alternatif kebijakan mana yang terbaik sebagai dasar pengambilan keputusan. Bardach (2012) menetapkan 4 kriteria yang dapat digunakan dalam

melakukan atau memutuskan rekomendasi a. **Penilaian Alternatif Kebijakan** untuk tindakan yaitu *Technical Feasibility*, *Economic and financial possibility*, *Political viability*, dan *Administrative Operability*. Penilaian alternatif kebijakan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4. Penilaian Alternatif Kebijakan

No	KRITERIA	DIMENSI
1.	<i>Technical Feasibility</i>	Perencanaan berbasis risiko harus jelas dan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku, sehingga dalam penerapannya dapat menyelesaikan masalah, tepat sasaran dan berguna bagi kepentingan publik.
2.	<i>Economic and Financial feasibility</i>	Perencanaan berbasis risiko meningkatkan efektivitas dan efisiensi pemanfaatan sumberdaya dalam pencapaian tujuan
3.	<i>Political Viability</i>	Kebijakan Perencanaan berbasis risiko dapat diterima oleh semua pemangku kepentingan dalam upaya mendukung pencapaian tujuan Pemkab
4.	<i>Administrative Operability</i>	Kebijakan Perencanaan berbasis risiko dapat dilaksanakan oleh semua perangkat daerah sesuai dengan ketersediaan sumber daya.

Sumber: Analisis Penulis, 2025

b. Perangkingan Alternatif Kebijakan

Tabel 5. Penilaian Alternatif Kebijakan

No	Kriteria Penilaian	Alternatif Kebijakan			
		a	b	c	d
1.	<i>Technical Feasibility</i>	2	4	4	3
2.	<i>Economic and Financial Viability</i>	2	2	4	2
3.	<i>Political Viability</i>	2	3	3	2
4.	<i>Administrative Operability</i>	3	3	2	3
Jumlah		9	12	13	10
Rangking		III	II	I	IV

Sumber: Analisis Penulis, 2025

Berdasarkan hasil penilaian alternatif kebijakan tersebut, maka pilihan rekomendasi alternatif kebijakan yang diperoleh dari hasil nilai adalah menyusun Surat Edaran/Keputusan dalam upaya penelusuran ODHA hilang/putus berobat. Surat Edaran/Keputusan ini akan dikonsepsi untuk memuat poin-poin berikut ini:

- a. Memerintahkan layanan Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP) yang memiliki data ODHA hilang/putus berobat (*by name by adres*) untuk berbagi data kepada layanan PDP lain. Data ODHA hilang/putus berobat yang dapat diakses oleh konselor layanan PDP hanyalah sebatas data ODHA yang berdomisili di wilayah kerja PDP yang akan bekerja melakukan penelusuran. Dengan demikian privasi ODHA secara umum tetap akan terlindungi;
- b. Memerintahkan Komisi Penanggulangan AIDS untuk membentuk Tim Penelusuran Tingkat Kabupaten yang anggotanya terdiri dari Komisi Penanggulangan AIDS, Dinas Kesehatan, layanan PDP, serta para pendamping/penjangkau ODHA;
- c. Memerintahkan Komisi Penanggulangan AIDS bekerjasama dengan Dinas Komunikasi dan Informatika Kabupaten Banyumas untuk menganalisa potensi pengembangan platform digital untuk pencegahan ODHA hilang/putus berobat secara efektif dan efisien.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Selama ini, perundang-undangan terkait rahasia kedokteran dipandang sebagai salah satu faktor yang menghambat pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS, terutama akibat beragamnya

interpretasi terhadap ketentuan hukum yang berlaku. Salah satu aspek yang menjadi kendala adalah penerapan asas kerahasiaan (*confidentiality*) data Orang dengan HIV/AIDS (ODHA), yang berdampak pada tidak optimalnya upaya penelusuran terhadap ODHA yang hilang atau putus berobat. Meningkatnya angka kasus HIV dari tahun ke tahun menimbulkan urgensi untuk segera merumuskan regulasi yang mampu memberikan jaminan keamanan serta kepastian perlindungan hukum bagi semua pihak yang terlibat dalam penanggulangan HIV/AIDS. Pembukaan rahasia kedokteran dalam konteks kasus HIV/AIDS hendaknya dilakukan dengan tetap menghormati hak privasi setiap ODHA, namun tidak mengabaikan kepentingan perlindungan kesehatan masyarakat secara luas.

Tulisan ini menawarkan diterbitkannya sebuah kebijakan berupa Surat Edaran/ Keputusan Bupati Banyumas dalam upaya penelusuran ODHA hilang/putus berobat. Dengan terbitnya kebijakan tersebut diharapkan dapat menjadi payung hukum bagi Dinas Kesehatan, Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Banyumas beserta segenap fasilitas kesehatan (layanan PDP) dan penjangkau/pendamping ODHA dalam berbagi data identitas ODHA, secara bebas terbatas, untuk keperluan penelusuran yang dikoordinasikan dalam sebuah Tim

Kabupaten. Upaya ini diharapkan akan berjalan secara lebih efektif dan efisien dengan adanya dukungan pemanfaatan teknologi digital yang berfungsi menjembatani komunikasi antara Tim Kabupaten dengan ODHA serta populasi kunciengan meningkatnya kasus ODHA hilang/putus berobat yang berhasil ditemukan dan kembali menjalani pengobatan, diharapkan akan berdampak pada meningkatnya pencapaian target triple 95s di tahun 2030 serta memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan untuk semua.

DAFTAR PUSTAKA

- Bardach, E. (2012). *A Practical Guide for Policy Analysis the Eightfold Path to More Effective Problem Solving* (4th edition), Sage, Washington DC;
- Chi BH, Yiannoutsos CT, Westfall AO, Newman JE, Zhou J, Cesar C, et al. (2011). Universal Definition of Loss to Follow-Up in HIV treatment Programs: A Statistical Analysis of 111 Facilities in Africa, Asia and Latin America. *Plos Medicine*. 8 (10): 1-12;
- Direktur Jenderal P2P Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*;
- Febriansari, Rizeki Dwi. (2021). "Lost to Follow Up Terapi Antiretroviral pada Orang Dengan HIV/AIDS di Lumajang". *Jurnal Penelitian Ilmu Kesehatan Vol 2* (1), Agustus 2021, pp: 1-8;
- Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet | UNAIDS (2024). (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf).
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/90/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana HIV;
- Nanang Ruhyana. (2021). "Rekonstruksi Rahasia Kedokteran dalam Perspektif Pencegahan Penularan Virus HIV/AIDS kepada Keluarga Inti dan Tenaga Kesehatan Berbasis Nilai Keadilan", Program Doktor (S3) Ilmu Hukum (PDIH) Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung (Unissula) Semarang;
- Peraturan Bupati Banyumas Nomor 22 Tahun 2018 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Banyumas Nomor 14 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus dan Acquired-Immunodeficiency Syndrome;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired

- Immunodeficiency Syndrome dan Infeksi Menular Seksual;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis
- Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
- Surat Edaran Kemenkes RI Nomor: PM.02.02/C.III/4764/2024 tanggal 15 Mei 2024, Perihal: Pemberitahuan Batas Akhir Penginputan Data HIV/AIDS dan PIMS ke SIHA 2.1 dan Pembaharuan Definisi Operasional ODHIV LTFU;
- Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA) Tahun 2024 (<https://sihapims2.kemkes.go.id/>);
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan;