

ANALISIS IMPLEMENTASI LAYANAN BERBASIS KOMUNITAS DAN DIGITAL DALAM PENINGKATAN PENGOBATAN HIV DI KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT

Tresi Delmi Darose¹, Harimat Hendarwan²

ddtrecey@gmail.com¹, hahenda654@yahoo.com²

Universitas Indonesia Maju

ABSTRAK

Pendahuluan: Kepatuhan orang dengan HIV (ODHIV) dalam menjalani terapi antiretroviral (ARV) merupakan tantangan utama dalam pengendalian HIV. Kabupaten Kotawaringin Barat telah mengembangkan layanan berbasis komunitas dan pemanfaatan teknologi digital untuk mendukung keberlanjutan pengobatan HIV. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi layanan berbasis komunitas dan digital dalam pengobatan HIV di Kabupaten Kotawaringin Barat. Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan mixed methods dengan desain explanatory sequential. Data kuantitatif dikumpulkan melalui kuesioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) terhadap 69 ODHIV yang menjalani pengobatan ARV dan dianalisis menggunakan analisis univariat. Data kualitatif diperoleh melalui wawancara mendalam dengan tenaga kesehatan, pendamping komunitas, dan ODHIV sebagai penerima layanan. Analisis kualitatif dilakukan menggunakan model implementasi kebijakan Grindle yang meliputi dimensi content of policy dan context of implementation. Hasil penelitian: Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan ODHIV terhadap pengobatan ARV masih bervariasi, dengan kepatuhan rendah sebanyak 31 responden, kepatuhan sedang 25 responden, dan kepatuhan tinggi 13 responden. Temuan kualitatif menunjukkan bahwa layanan berbasis komunitas dan digital memberikan manfaat dalam meningkatkan komunikasi antara ODHIV dengan layanan kesehatan, mendukung penelusuran pasien yang mengalami lost to follow up. Implementasi program masih menghadapi beberapa tantangan, antara lain keterbatasan sumber daya, hambatan akses geografis, serta stigma sosial terhadap ODHIV. Kesimpulan: Implementasi layanan berbasis komunitas dan digital berperan dalam mendukung kepatuhan pengobatan ARV, tingkat keberhasilannya dipengaruhi oleh faktor isi kebijakan dan konteks implementasi sebagaimana dijelaskan dalam model Grindle.

Kata Kunci : HIV, ARV, Komunitas, Layanan Digital, Implementasi Kebijakan, Grindle.

ABSTRACT

Introduction: Adherence to antiretroviral (ARV) therapy among People Living with HIV (PLHIV) is a primary challenge in HIV control efforts. Kotawaringin Barat has implemented community-based services combined with digital support as a strategy to strengthen treatment adherence among PLHIV. This study aimed to analyze the implementation of community-based and digital services in supporting HIV treatment in Kotawaringin Barat. Methods: This study uses a mixed-methods approach with an explanatory sequential design. Quantitative data were collected using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) questionnaire administered to 69 PLHIV receiving ARV therapy and analyzed using univariate analysis. Qualitative data were obtained through in-depth interviews with healthcare providers, community outreach workers, and PLHIV receiving the services. The qualitative analysis was conducted using Grindle's policy implementation framework, which includes the dimensions of content of policy and context of implementation. Result: The findings show that antiretroviral therapy (ART) adherence among people living with HIV (PLHIV) varied, with 31 respondents categorized as low adherence, 25 as moderate adherence, and 13 as high adherence. Qualitative findings indicate that community-based and digital services improved communication between PLHIV and healthcare providers and supported the tracing of patients experiencing lost to follow up. However, the program implementation still faced several challenges, including limited resources, geographical access barriers, and social stigma toward PLHIV. Conclusion: The implementation of community-based and digital services contributes to improving ART adherence among PLHIV. However, its effectiveness is influenced by policy content and the context of implementation, as described in Grindle's framework

Keywords: HIV, ARV, Community, Digital Services, Policy Implementation, Adherence, Grindle.

PENDAHULUAN

Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) masih menjadi tantangan serius dalam kesehatan masyarakat. Meskipun di Indonesia program pencegahan dan penanganan HIV berjalan dengan baik, target global UNAIDS 95-95-95 yaitu 95% ODHIV mengetahui statusnya, 95% dari mereka mengakses pengobatan ARV, dan 95% dari yang mengakses berhasil menekan jumlah virusnya, dan belum sepenuhnya tercapai. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI (2023), perkiraan 515.455 ODHIV di Indonesia, dengan tingkat cakupan pengobatan yang masih rendah. Fakta ini menunjukkan adanya tantangan struktural dan sosial dalam upaya eliminasi HIV, yang ditargetkan tercapai pada tahun 2030.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat peningkatan jumlah kasus HIV selama beberapa tahun terakhir. Pada tahun 2023, jumlah kasus HIV diperkirakan mencapai 515.455 dengan 454.723 kasus telah dilaporkan. Persentase infeksi HIV tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 25-49 tahun (70,8%), diikuti kelompok umur 20-24 tahun (15,7%) dan kelompok umur lebih dari 50 tahun (6,9%), rasio HIV antara laki-laki dan perempuan adalah 8:5. Persentase HIV ditemukan berdasarkan transmisi masing-masing secara heteroseksual 31,6%; homoseksual 16,9%, dan penggunaan jarum suntik 4,5%. Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan RI (2023), provinsi-provinsi dengan jumlah kasus HIV tertinggi di Indonesia antara lain DKI Jakarta dengan sekitar 100.000 kasus, disusul oleh Jawa Timur (78.238), Jawa Barat (57.246), serta Jawa Tengah (47.417). Papua tercatat memiliki 45.638 kasus, Bali 28.376 kasus, dan Sumatera Utara 27.850 kasus.

Di Kabupaten Kotawaringin Barat, masalah utama dalam pengobatan HIV adalah tingginya tingkat lost to follow up (LFU), yaitu pasien yang berhenti atau tidak lagi melanjutkan pengobatan dengan persentase 46,03% dari total jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHIV). LFU berdampak langsung pada efektivitas pengendalian HIV karena meningkatkan risiko penularan dan resistansi terhadap ARV. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kotawaringin Barat tahun 2024, di ditemukan 88 kasus baru dengan insidensi HIV sebesar 0,42 per 1.000 penduduk. Dalam kurun waktu lima tahun terakhir, yakni dari tahun 2020 hingga Desember 2024, total kumulatif kasus HIV yang tercatat di Kabupaten Kotawaringin Barat mencapai 680 kasus, dengan tingkat prevalensi sebesar 0,22%. Data tahun 2024, distribusi kasus baru HIV menurut jenis kelamin adalah 61% laki-laki dan 39% perempuan. Untuk kelompok berisiko, kasus HIV terbagi sebagai berikut: Lelaki Seks Lelaki (LSL) 26,2%, Pelanggan penjaja seks 20,2%, pasangan risiko tinggi 15,5%, wanita penjaja seks 6%, pasangan ODHIV 8,3%, ibu hamil 7,1% dan populasi umum lainnya 16,7%. Dari total 247 ODHIV atau sekitar 40% dari seluruh populasi ODHIV yang menjalani pengobatan ARV, sebanyak 68% telah menjalani pemeriksaan viral load (VL), dan dari hasil pemeriksaan tersebut, 96% menunjukkan hasil VL yang tersupresi.

HIV/AIDS telah menjadi masalah kesehatan yang serius di Kabupaten Kotawaringin Barat. Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS merupakan upaya penting untuk menjaga kesehatan masyarakat dan mengurangi beban ekonomi yang ditimbulkan oleh penyakit ini. Pemerintah Daerah Kotawaringin Barat berupaya melakukan penemuan kasus sedini mungkin dan memberikan pengobatan ARV sesegera mungkin dengan tujuan memutus rantai penularan. Pendekatan pengendalian yang efektif tidak hanya berpotensi mengurangi kasus penularan baru, tetapi juga meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Tingginya angka lost to follow up (LFU) disebabkan oleh berbagai kendala, seperti keterbatasan akses ke layanan kesehatan, stigma sosial, dan kurangnya dukungan berkelanjutan. Rendahnya persentase ODHIV yang menjalani pengobatan ARV menjadi tantangan dalam layanan pengobatan HIV. Ini menunjukkan adanya kebutuhan akan adanya strategi inovatif yang mampu meningkatkan aksesibilitas, kualitas layanan, dan kepatuhan pengobatan bagi ODHIV. Sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun

2022 yang mengatur tanggung jawab pemerintah daerah kabupaten/kota dalam menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan HIV/AIDS dan IMS yang efektif dan efisien. Poin strategis yang diamanatkan adalah penyediaan serta pengembangan media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang dapat memanfaatkan teknologi informasi untuk mendukung keberhasilan program penanggulangan HIV/AIDS dan IMS, memperluas jangkauan layanan, meningkatkan kesadaran masyarakat, dan mendorong kepatuhan pengobatan bagi Orang dengan HIV/AIDS.

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah penyakit infeksi yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Virus HIV dapat ditularkan melalui hubungan seksual tanpa pelindung, penggunaan jarum yang terkontaminasi virus HIV, transmisi vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayinya selama kehamilan, persalinan dan menyusui. Virus ini merusak dan menghancurkan sel-sel CD4 yang pada akhirnya melemahkan kemampuan tubuh melawan infeksi dan penyakit lainnya. Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan stadium lanjut apabila infeksi HIV tidak diobati dengan ARV. Orang yang mengalami AIDS menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik yang disebabkan oleh virus, bakteri, jamur dan parasit serta menyerang berbagai organ dan bisa berakhir dengan kematian jika tidak diberikan pengobatan ARV. Terapi antiretroviral (ARV) diberikan dengan tujuan utama untuk menekan jumlah virus HIV dalam darah hingga mencapai tingkat yang tidak terdeteksi dan mempertahankan kondisi tersebut. ARV berfungsi untuk mencegah munculnya infeksi oportunistik, meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV, serta mengurangi risiko penularan virus kepada orang lain. pengobatan ARV diberikan kepada semua ODHIV tanpa melihat stadium klinis dan nilai CD4, dengan segera memulai pengobatan ARV telah terbukti mengurangi morbiditas, mortalitas dan penularan HIV.

Pengelolaan layanan pengobatan HIV/AIDS di Kabupaten Kotawaringin Barat menjadi tantangan yang serius terutama rendahnya capaian ODHIV yang menjalani pengobatan ARV dan meningkatnya jumlah ODHIV lost to follow up (LFU). Meski tersedia komunitas pendamping ODHIV, jumlahnya masih sangat terbatas yakni berjumlah 5 (lima) orang saja mencakup 6 kecamatan di Kabupaten Kotawaringin Barat. Komunitas pendamping ODHIV berperan penting dalam menurunkan stigma dan diskriminasi ODHIV dan memberikan dukungan psikososial agar tidak putus obat ARV dengan memastikan ODHIV baru telah mendapatkan layanan pengobatan dan merujuk kembali ODHIV yang tidak meneruskan pengobatan ARV dengan berkoordinasi dan bekerja sama dengan petugas layanan PDP (Gunawan,2021). Komunitas pendamping ODHIV dapat memberikan pendampingan untuk memastikan kepatuhan pasien dalam minum obat seumur hidup terutama pada awal pengobatan, serta memberikan dukungan bagi pasangan ODHIV. Melalui teknologi digital yang dapat meningkatkan pelayanan pengobatan pada ODHIV sangat dibutuhkan. Beberapa media sosial seperti whatsapp, digunakan sebagai pengingat jadwal kontrol dan konsultasi pengobatan ARV pada ODHIV untuk mengurangi jumlah LFU, dukungan konsultasi karena keterbatasan akses ke layanan yang menyediakan pengobatan ARV sehingga ODHIV mendapatkan konsultasi tepat waktu. Edukasi yang interaktif untuk meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pengobatan ARV serta manajemen efek samping dan meningkatkan kepatuhan pengobatan, komunitas Pendamping ODHIV dapat memberikan dukungan dan berbagi pengalaman melalui platform online.

Menjadi motivasi penting dalam mengoptimalkan cakupan ODHIV yang menjalani pengobatan ARV, keberhasilan pengobatan ARV bergantung pada tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan jangka panjang. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa teknologi digital, seperti aplikasi berbasis teknologi ponsel dan pengingat melalui pesan singkat, efektif dalam meningkatkan kepatuhan pasien di daerah perkotaan (Smith et al., 2020; Prasetyo et al., 2021). Digitalisasi layanan HIV menunjukkan potensi besar mendukung peningkatan pengobatan ARV di Afrika. Penggunaan perangkat mobile seperti SMS, aplikasi berbasis

web, dan konseling jarak jauh telah meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV hingga sekitar 75% di Nigeria, Afrika Selatan, dan Uganda (Bonaventure et al., 2024). Orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) kini beralih ke forum internet untuk dukungan emosional dan sosial karena tingginya stigma terkait HIV. Forum ini menyediakan informasi terkini tentang HIV dan mendukung kerahasiaan identitas mereka (Longinetti et al., 2017). Penggunaan email grup, media sosial, dan forum internet umum memungkinkan komunikasi antar pasien tanpa batasan geografis. Setiap teknologi memiliki pengguna dengan karakteristik yang berbeda, memungkinkan intervensi yang disesuaikan untuk populasi tertentu (Longinetti et al., 2017). Pendekatan mHealth dapat mengatasi hambatan struktural seperti akses terbatas ke layanan kesehatan HIV, mengurangi stigma, dan meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV pada populasi yang kurang terlayani, termasuk kelompok minoritas dan remaja HIV-positif (Navarra et al., 2024). Hambatan untuk kepatuhan pengobatan ARV dan retensi mencakup stigma, kesenjangan digital, masalah privasi, serta akses yang terbatas ke layanan kesehatan, sehingga memerlukan pendekatan kolaboratif dan inovatif (Bonaventure et al., 2024).

Sementara banyak penelitian membahas efektivitas teknologi dalam mendukung pengobatan ARV, sebagian besar penelitian tersebut berfokus pada aplikasi kompleks yang membutuhkan koneksi internet stabil atau pelatihan teknis khusus (Mukherjee et al., 2017). Meskipun pendekatan komunitas dan digital telah banyak sudah diterapkan, tetapi penelitian yang secara mendalam menganalisis proses implementasi, integrasi, dan efektivitasnya di daerah seperti Kabupaten Kotawaringin Barat masih sangat terbatas. Kesenjangan pengetahuan ini mencakup bagaimana implementasi layanan ini berlangsung di lapangan, tantangan yang dihadapi oleh pelaksana dan penerima layanan, serta potensi sinergi kedua pendekatan ini dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV.

Berdasarkan kesenjangan tersebut penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi layanan berbasis komunitas dan digital dalam upaya peningkatan pengobatan HIV di Kabupaten Kotawaringin Barat. Penelitian ini akan mengkaji efektivitas, tantangan, serta faktor-faktor pendukung implementasi dari sudut pandang penyedia layanan dan ODHIV. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan rekomendasi kebijakan berbasis bukti bagi pemerintah daerah, pengelola program, dan mitra masyarakat sipil dalam merancang strategi layanan yang lebih efektif dan berkelanjutan dalam mendukung eliminasi HIV tahun 2030.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain mixed methods, yaitu sebuah strategi riset yang secara sengaja mengintegrasikan metode kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan ini dipilih karena diyakini mampu memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai fenomena yang diteliti dibandingkan jika hanya menggunakan salah satu metode secara tunggal (Creswell & Plano Clark, 2018). Dengan memadukan data numerik dan naratif, penelitian ini berupaya untuk menangkap gambaran umum yang detail. Desain yang digunakan adalah desain eksplanatori sekuensial (sequential explanatory design). Desain ini dicirikan oleh dua fase yang berurutan: pengumpulan dan analisis data kuantitatif dilakukan terlebih dahulu, diikuti oleh pengumpulan dan analisis data kualitatif. Tujuan utama dari desain ini adalah agar data kualitatif dapat memperjelas, menjelaskan, atau memperdalam temuan-temuan yang muncul dari tahap kuantitatif (Creswell & Plano Clark, 2018)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Kotawaringin Barat, Kalimantan Tengah, yang merupakan wilayah yang melaksanakan intervensi pencegahan dan pengendalian HIV berbasis layanan komunitas dan digital. Secara geografis wilayah ini terdiri dari kawasan tepi pantai, daratan dan sampai daerah pedalaman, yang mempengaruhi akses terhadap layanan

kesehatan, termasuk layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) orang yang hidup dengan HIV (ODHIV).

Lokasi penyelenggaraan penelitian ini adalah layanan kesehatan dari beberapa puskesmas dan rumah sakit yang aktif melaksanakan layanan PDP. Salah satu pusat rujukan adalah Rumah Sakit Sultan Imanuddin, dimana pemeriksaan lanjut termasuk Viral Load dilakukan. Beberapa puskesmas yang turut berpartisipasi adalah Puskesmas Madurejo, Puskesmas Kumai dan Puskesmas Sungai Rangit. Layanan ini mempunyai cakupan layanan PDP dan telah bekerja sama dengan komunitas pendamping ODHIV.

Layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) dengan melibatkan komunitas pendamping ODHIV, maupun relawan yang tergabung dalam lembaga masyarakat pendukung ODHIV di kabupaten Kotawaringin Barat telah dilaksanakan. Kemudian, implementasi layanan menggunakan alat teknologi seperti WhatsApp, pesan singkat pengingat minum obat, dan penyebaran informasi yang mendukung meningkatkan pengetahuan, digunakan untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV dan menurunkan jumlah ODHIV yang lost to follow up (LFU).

Jumlah responden kuantitatif dalam penelitian ini adalah sebanyak 69 ODHIV yang sedang menjalani pengobatan ARV, antara usia 20 hingga 54 tahun yang didominasi oleh laki-laki. Data ini diperoleh dari pengisian kuesioner dan data sekunder yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat. Data kualitatif pada penelitian ini adalah hasil dari wawancara terhadap beberapa informan yaitu petugas layanan PDP, pendamping ODHIV dan juga beberapa ODHIV. Responden dipilih secara purposif karena terlibat secara aktif dalam layanan PDP, untuk dikaji lebih dalam tentang pemahaman, persepsi, serta pengalaman serta efektifitas pelaksanaan layanan berbasis komunitas dan digital dalam pengobatan HIV.

Data Kuantitatif

Analisis kuantitatif yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu univariat dimana bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik responden serta tingkat kepatuhan ODHIV terhadap pengobatan ARV. Pengumpulan data dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner Morisky Medication Adherence Scale versi 8 butir (MMAS-8) kepada ODHIV yang sedang menjalani pengobatan ARV di Kabupaten Kotawaringin Barat. Pengisian Kuesioner oleh responden dilakukan dengan metode online menggunakan Google Form, yang disebarkan kepada responden dengan dibantu petugas dan pendamping ODHIV untuk memastikan responden memahami isi kuesioner dan mengisi dengan tepat sesuai keadaan. Setiap responden diminta menjawab pertanyaan berdasarkan pengalaman dan kondisi aktual mereka selama menjalani pengobatan.

Hasil dari kuesioner ini dianalisis untuk menggambarkan distribusi tingkat kepatuhan pengobatan, yang menjadi variabel dependen dalam penelitian ini, serta menggambarkan karakteristik dasar responden seperti usia, jenis kelamin, dan lama menjalani pengobatan.

1. Karakteristik Responden

a. Usia Responden

Distribusi umur responden berdasarkan klasifikasi kelompok umur Kementerian Kesehatan menunjukkan dominasi kelompok usia produktif (25–49 tahun) yaitu sebesar 88,4% dari total responden. Kelompok usia 18–24 tahun dan ≥ 50 tahun masing-masing menyumbang proporsi sebesar 8,7% dan 2,9%. Distribusi ini menggambarkan bahwa sebagian besar ODHIV yang menjalani pengobatan ARV di Kabupaten Kotawaringin Barat berada pada rentang usia produktif.

Tabel 1 Distribusi Usia Responden (n=69)

Usia (tahun)	Jumlah (n)	Persentase (%)
20–24	6	8,7
25–49	61	88,4
≥ 50 Tahun	2	2,9
Total	69	100

b. Jenis Kelamin

Dari 69 responden yang bersedia mengisi kuesioner, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 49 orang (71%), sedangkan responden perempuan sebanyak 20 orang (29%). Distribusi ini menunjukkan bahwa mayoritas ODHIV yang sedang menjalani pengobatan ARV dan menjadi responden penelitian berada pada kelompok laki-laki.

Tabel 2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Persentase (%)
Laki-laki	49	71,0
Perempuan	20	29,0
Total	69	100

c. Lama Menjalani Pengobatan ARV

Berdasarkan data yang didapat dari kuesioner pada 69 responden, mayoritas telah menjalani pengobatan ARV selama lebih dari 1 tahun yaitu sebanyak 49 orang (71%). Sebanyak 14 responden (20,3%) telah menjalani pengobatan selama 6–12 bulan, dan 7 responden (10,1%) baru menjalani pengobatan kurang dari 6 bulan. Distribusi ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah memiliki pengalaman cukup, yaitu lebih dari 1 tahun menjalani pengobatan ARV.

Tabel 3 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menjalani Pengobatan

Lama Pengobatan	Jumlah (n)	Persentase (%)
< 6 bulan	7	10,1
6 - 12 bulan	14	20,3
> 1 tahun	49	71,0
Total	69	100

2. Tingkat kepatuhan pengobatan ARV

Berdasarkan pengumpulan data menggunakan instrumen Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), diperoleh gambaran tingkat kepatuhan pengobatan ARV pada 69 responden ODHIV di Kabupaten Kotawaringin Barat. Dari total 69 responden, distribusi tingkat kepatuhan pengobatan ARV menunjukkan bahwa sebanyak 31 orang (44,9%) pada kategori kepatuhan rendah, 25 orang (36,2%) berada pada kategori kepatuhan sedang, sementara hanya 13 orang (18,8%) yang menunjukkan kepatuhan tinggi. Temuan ini memperlihatkan bahwa mayoritas ODHIV di Kabupaten Kotawaringin Barat masih menghadapi tantangan dalam menjaga kepatuhan optimal dalam menjalankan pengobatan ARV.

Tabel 4 Distribusi Kepatuhan ARV

Tingkat Kepatuhan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Rendah	31	44,9 %
Sedang	25	36,2 %
Tinggi	13	18,8 %
Total	69	100 %

Setelah memperoleh gambaran umum mengenai tingkat kepatuhan ODHIV terhadap pengobatan ARV melalui analisis kuantitatif, peneliti melanjutkan dengan pendekatan kualitatif. Tujuan utama analisis kualitatif adalah menggali pengalaman, persepsi, serta dinamika yang terjadi di lapangan yang tidak sepenuhnya dapat ditangkap oleh angka-angka kuantitatif. Hasil kualitatif memberikan penjelasan yang lebih mendalam dan memperkuat

interpretasi hasil temuan sebelumnya.

Pendekatan kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam kepada tiga kelompok utama, yaitu tenaga kesehatan, pendamping komunitas, dan ODHIV sebagai penerima layanan. Fokus wawancara mengacu pada model implementasi kebijakan Grindle (1980), yang menekankan pentingnya dua dimensi: isi kebijakan (*content of policy*) dan konteks implementasi (*context of implementation*). Dimensi ini membantu mengidentifikasi bagaimana kebijakan layanan berbasis komunitas dan digital dijalankan, serta faktor pendukung maupun penghambat yang memengaruhi keberhasilannya.

Dengan menganalisis data kualitatif, penelitian ini berupaya mengungkap faktor-faktor yang mendasari variasi tingkat kepatuhan yang ditemukan sebelumnya. Didapatkan bahwa sebagian besar responden berada pada kategori kepatuhan rendah dan sedang, serta apa yang membedakan mereka yang berhasil mencapai kepatuhan tinggi. Melalui narasi para informan, penelitian ini tidak hanya menggambarkan realitas implementasi layanan, tetapi juga menawarkan pemahaman yang lebih utuh mengenai tantangan struktural, sosial, dan personal yang dihadapi ODHIV dalam menjalani pengobatan ARV.

A. Analisis berdasarkan Implementasi Kebijakan Grindle

Penelitian ini menggunakan kerangka model implementasi kebijakan Grindle untuk menganalisis bagaimana layanan berbasis komunitas dan digital dilaksanakan dalam mendukung kepatuhan ODHIV di Kabupaten Kotawaringin Barat. Analisis difokuskan pada dua dimensi utama, yaitu isi kebijakan (*content of policy*) dan konteks implementasi (*context of implementation*).

1. Dimensi Isi Kebijakan (*Content of Policy*)

a. Kepentingan yang Terpengaruh (*Interests Affected*)

Program layanan berbasis komunitas dan digital di Kabupaten Kotawaringin Barat umumnya diterima dengan baik oleh para pemangku kepentingan. Petugas layanan menyampaikan bahwa dukungan datang dari berbagai pihak, mulai dari manajemen rumah sakit, atasan, hingga ODHIV sendiri. Hal ini menandakan bahwa kepentingan aktor yang terlibat sebagian besar sejalan dengan tujuan program, sehingga mempermudah jalannya implementasi.

“Alhamdulillah mendukung semua, sangat positif. Dari rumah sakit, dari atasan kita, sampai ke ODHIV pun juga mendukung program kita.” (Petugas RS)

Pandangan serupa juga muncul dari ODHIV. Mereka menilai layanan pendampingan dan dukungan digital telah membuat pengobatan lebih mudah, terutama dalam hal pengambilan obat.

“Ya sangat membantu dan lebih mudah untuk pengambilan obat juga.” (ODHIV).

Dukungan psikososial dirasakan melalui hubungan yang lebih dekat antara ODHIV dan pendamping. Hal ini memperkuat keberadaan program bagi penerima manfaat, sekaligus menunjukkan bahwa kepentingan ODHIV benar-benar diperhatikan dalam kebijakan.

“Bicara ke pendamping juga lebih gampang dan lebih nyaman untuk bicara langsung dengan pendamping.” (ODHIV)

Petugas layanan mencatat adanya sebagian kecil ODHIV yang belum sepenuhnya kooperatif. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun secara umum dukungan kuat, pada level individu masih diperlukan pendekatan komunikasi yang lebih intensif.

“Ya kadang sih ada beberapa ODHIV yang kerjasamanya belum maksimal, belum kooperatif. Tapi secara garis besar sudah mengikuti arahan layanan.” (Petugas RS)

Hasil wawancara dengan penanggung jawab program HIV di Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat menunjukkan bahwa kelompok yang paling terdampak dari implementasi layanan berbasis komunitas dan digital adalah ODHIV sebagai penerima manfaat utama dari program tersebut. Program ini dirancang untuk memperkuat dukungan terhadap keberlanjutan pengobatan ARV serta mempermudah pemantauan pasien melalui

keterlibatan komunitas dan pemanfaatan teknologi digital.

“Kelompok yang paling terdampak tentu adalah ODHIV sebagai penerima layanan.”

Temuan ini sesuai implementasi Grindle menunjukkan kepentingan pihak yang terpengaruh mendukung implementasi program, karena tidak ada penolakan besar dari aktor dominan. Dukungan ini menjadi modal penting, meskipun tantangan pada tingkat individu tetap menjadi perhatian dalam memastikan keberhasilan implementasi.

b. Jenis Manfaat (*Type of Benefits*)

Salah satu temuan utama dari penelitian ini adalah manfaat nyata yang dirasakan baik oleh petugas maupun ODHIV dari layanan berbasis komunitas dan digital. Program ini dinilai memberikan keuntungan praktis, khususnya dalam hal kemudahan akses pengobatan dan peningkatan kepatuhan minum obat. ODHIV merasakan bahwa layanan digital seperti pengingat melalui WhatsApp dan komunikasi dengan pendamping mempermudah mereka dalam menjaga kedisiplinan pengobatan. Layanan ini juga menghadirkan rasa aman karena pasien merasa selalu dipantau dan didukung.

“Ya, sangat membantu dan lebih mudah untuk pengambilan obat.” (ODHIV)

“Untuk sharing ke pendamping juga lebih gampang dan lebih nyaman untuk berkomunikasi itu dengan pendamping.” (ODHIV).

Dari perspektif pendamping, manfaat program adalah memudahkan proses monitoring kepatuhan pasien. Pendamping tidak selalu harus bertemu langsung dengan pasien karena komunikasi awal bisa dilakukan secara digital. Hal ini membuat pendampingan lebih efisien dan fleksibel, terutama bagi pasien yang tinggal jauh dari layanan kesehatan.

“Lebih mudah dan lebih fleksibel karena tidak harus ketemu langsung, terutama di awalnya dengan komunikasi secara digital dulu.” (Pendamping)

Petugas layanan juga menilai bahwa program ini tidak hanya memberi manfaat pada ODHIV, tetapi juga meringankan beban kerja tenaga kesehatan. Dengan adanya peran pendamping dan dukungan digital, pemantauan pasien menjadi lebih terstruktur dan terjaga.

“Iya, sangat membantu pekerjaan di layanan kita.” (Petugas RS)

Berdasarkan perspektif pengelola program di tingkat dinas kesehatan, manfaat utama dari layanan berbasis komunitas dan digital adalah meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV serta memperkuat sistem pemantauan pasien yang berisiko mengalami lost to follow up. Melalui dukungan komunitas dan komunikasi digital, interaksi antara pasien dan layanan kesehatan dapat dilakukan secara lebih intensif sehingga pasien dapat lebih mudah diingatkan untuk menjalani pengobatan secara teratur.

“Manfaat utama yang ingin dicapai adalah meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV serta mencegah pasien mengalami lost to follow up melalui dukungan komunitas dan komunikasi digital.”

Informan juga menegaskan bahwa manfaat program ini tidak hanya dirasakan oleh ODHIV sebagai penerima layanan, tetapi juga oleh tenaga kesehatan karena program tersebut membantu proses pemantauan pasien yang menjalani pengobatan ARV.

Dalam perspektif Grindle, manfaat yang konkret dan langsung dirasakan oleh kelompok sasaran merupakan faktor penting yang mendukung keberhasilan implementasi kebijakan. Program ini menunjukkan bahwa manfaat tidak hanya dirasakan pada level individu (ODHIV), tetapi juga pada aktor pendukung (pendamping dan tenaga kesehatan), sehingga memperkuat legitimasi dan keberlanjutan implementasi.

c. Perubahan yang Diminta (*Extent of Change Demanded*)

Program layanan berbasis komunitas dan digital tidak hanya memberikan manfaat praktis, tetapi juga menuntut adanya perubahan perilaku dari ODHIV maupun penyesuaian kerja dari pendamping dan petugas. Perubahan ini terutama terkait dengan pola komunikasi, kepatuhan minum obat, serta keterlibatan aktif dalam layanan.

Perubahan bagi ODHIV adalah kedisiplinan dalam mengonsumsi obat secara tepat waktu, serta lebih terbuka dalam berkomunikasi dengan pendamping melalui layanan digital. Pasien mengungkapkan bahwa dengan adanya pengingat dan interaksi intensif, mereka lebih mudah untuk mengikuti arahan dan menjaga rutinitas pengobatan.

“Membantu teman-teman minum obat tepat waktu, jadi rutin, dan selain rutin juga tepat waktu.” (ODHIV)

“Lebih mudah ke pendamping... mereka lebih memahami dan lebih terbuka.” (ODHIV)

Bagi pendamping, program ini menuntut perubahan dalam metode kerja. Jika sebelumnya pendamping lebih sering melakukan pertemuan tatap muka, kini komunikasi awal banyak dilakukan secara digital. Hal ini membuat tugas pendamping lebih fleksibel, meskipun tetap membutuhkan kunjungan langsung pada kasus tertentu, terutama di wilayah pelosok.

“Jadi lebih mudah dan lebih fleksibel karena tidak harus ketemu langsung, terutama di awalnya dengan komunikasi secara digital dulu.” (Pendamping)

Dari perspektif petugas layanan kesehatan, sebagian besar ODHIV telah bersedia mengikuti arahan, meskipun masih ada beberapa pasien yang belum sepenuhnya kooperatif. Hal ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku yang diminta tidak selalu berjalan mulus, sehingga membutuhkan komunikasi intensif dan strategi khusus.

“Secara garis besar sih sudah mengikuti arahan kita, mengikuti layanan. Tapi ya memang ada beberapa yang harus kita komunikasikan lebih.” (Petugas RS)

Perubahan utama yang diharapkan adalah meningkatnya kepatuhan ODHIV dalam menjalani pengobatan ARV secara berkelanjutan. Program ini juga diharapkan dapat mendorong peningkatan koordinasi antara tenaga kesehatan dan pendamping komunitas dalam melakukan pemantauan pasien.

“Dari ODHIV diharapkan terjadi peningkatan kepatuhan dalam menjalani pengobatan ARV. Sementara dari petugas layanan diharapkan adanya peningkatan koordinasi dengan komunitas untuk memantau pasien.” (Dinas kesehatan)

Hal ini menunjukkan bahwa implementasi program tidak hanya menargetkan perubahan perilaku pada pasien, tetapi juga peningkatan kerja sama antar aktor dalam sistem layanan kesehatan.

Perubahan perilaku yang relatif kecil dan realistis lebih mudah diimplementasikan dibandingkan perubahan yang drastis. Dalam kasus ini, meskipun ada tantangan dari sebagian ODHIV yang kurang kooperatif, mayoritas pasien dapat menyesuaikan diri dengan perubahan yang diminta. Hal ini memperlihatkan bahwa tuntutan perubahan dalam program ini masih dalam kategori yang dapat diterima dan dijalankan.

d. Lokasi Pengambilan Keputusan (*Site of Decision-Making*)

Pelaksanaan layanan berbasis komunitas dan digital dalam pengobatan HIV di Kabupaten Kotawaringin Barat juga sangat dipengaruhi oleh siapa yang memiliki kewenangan dalam pengambilan keputusan teknis maupun strategis. Dari hasil wawancara dengan petugas layanan, terlihat bahwa keputusan teknis terkait kepatuhan pasien dan jalannya pengobatan sebagian besar berada di tangan dokter sebagai penanggung jawab program. Hal ini sejalan dengan prosedur medis, di mana dokter memiliki otoritas utama untuk menentukan tindakan pengobatan.

“Kalau di layanan kita, lebih ke program, dokter untuk layanan HIV.” (Petugas RS)

Pendamping juga diberikan ruang untuk menyesuaikan pendekatan sesuai kondisi pasien. Pendamping sering mengambil keputusan cepat, terutama dalam hal menjangkau pasien di pelosok atau saat menghadapi pasien dengan masalah komunikasi dan akses layanan.

“Ya, bisa, sangat fleksibel... tergantung situasinya dan juga koordinasi dengan petugas layanan.” (Pendamping)

Manajemen puskesmas dan rumah sakit tetap berperan sebagai pengambil keputusan strategis, khususnya dalam mendukung keberlanjutan program dan mengoordinasikan kerja sama lintas pihak. Kepala puskesmas disebut secara langsung mendukung penuh program penelusuran ODHIV LFU dan memastikan koordinasi dengan komunitas pendamping.

“Kepala puskesmas sangat mendukung program, termasuk untuk penelusuran ODHIV yang hilang agar mau berobat kembali.” (Petugas puskesmas)

Informan menjelaskan bahwa secara kebijakan, program layanan berbasis komunitas dan digital mengacu pada kebijakan nasional dari Kementerian Kesehatan. Implementasi program di tingkat daerah tetap mempertimbangkan kondisi lokal sehingga daerah memiliki ruang untuk menyesuaikan strategi pelaksanaan program.

“Kebijakan program ini mengacu pada kebijakan nasional dari Kementerian Kesehatan, tetapi implementasinya disesuaikan dengan kondisi daerah.”

Berdasarkan perspektif Grindle, lokasi pengambilan keputusan yang terbagi antara pusat otoritas medis (dokter), manajemen institusi, dan pelaksana lapangan (pendamping) menunjukkan adanya kombinasi pola sentralisasi dan desentralisasi. Pola ini memungkinkan adanya standar medis yang seragam, dan tetap bisa disesuaikan di lapangan sesuai kondisi pasien.

e. Sumber Daya yang Dialokasikan (*Resources Committed*)

Salah satu faktor penting dalam implementasi kebijakan menurut Grindle adalah kecukupan sumber daya yang tersedia. Layanan berbasis komunitas dan digital di Kotawaringin Barat, sumber daya mencakup tenaga pendamping, fasilitas komunikasi, dukungan logistik, serta akses transportasi. Dari perspektif petugas layanan, dukungan fasilitas komunikasi masih dirasakan terbatas. Mereka menekankan kebutuhan akan alat komunikasi seperti telepon genggam dan paket internet untuk memudahkan koordinasi dengan pasien. Dukungan transportasi untuk menjangkau pasien di daerah pelosok juga sangat dibutuhkan.

“Untuk menjangkau ke pasien, alat-alat yang kita butuhkan untuk komunikasi... misalkan difasilitasi HP, atau paket internet, bahkan sampai transport ke tempat ODHIV.” (Petugas RS)

Pendamping ODHIV juga mengakui hal serupa. Meskipun layanan digital memudahkan koordinasi, keterbatasan jaringan dan biaya transportasi juga menjadi kendala utama dalam menjangkau pasien, khususnya mereka yang tinggal di daerah terpencil.

“Ada hambatan transportasi, terutama untuk yang di pelosok. Kalau jaringan tidak ada, biasanya kami langsung kunjungan.” (Pendamping)

Bagi penerima layanan, ODHIV sendiri menegaskan bahwa mereka sangat terbantu oleh penguatan digital dan komunikasi dengan pendamping. Beberapa pasien di daerah pelosok masih menghadapi kendala sinyal dan akses internet, yang hanya bisa diatasi dengan kunjungan langsung dari pendamping.

“Kalau saya pribadi tidak ada kendala sinyal, tapi untuk teman-teman di daerah sering terkendala sinyal. Biasanya pendamping yang datang langsung kesana.” (ODHIV)

Dalam pelaksanaan program, ketersediaan sumber daya menjadi salah satu faktor penting. Informan menyampaikan bahwa sumber daya yang digunakan dalam program ini meliputi tenaga kesehatan di fasilitas layanan HIV, pendamping komunitas, serta sarana komunikasi digital yang digunakan untuk menjangkau pasien.

“Sumber daya yang tersedia meliputi tenaga kesehatan di layanan HIV, pendamping ODHIV, serta sarana komunikasi digital untuk menjangkau pasien.” (Dinas kesehatan)

Masih terdapat tantangan terkait keterbatasan sumber daya terutama dalam menjangkau pasien di wilayah dengan akses yang terbatas.

Jika ditinjau melalui lensa Grindle, ketersediaan sumber daya dalam program ini belum sepenuhnya memadai. Walaupun pendamping dan layanan digital sudah berfungsi sebagai

dukungan utama, keterbatasan infrastruktur digital dan dukungan logistik masih menjadi tantangan serius yang dapat menghambat efektivitas implementasi kebijakan.

f. Hubungan Otoritas (*Authority Relations*).

Dalam model Grindle, hubungan otoritas menggambarkan bagaimana peran, kewenangan, dan koordinasi antaraktor menentukan kelancaran implementasi kebijakan. Pada program layanan berbasis komunitas dan digital di Kotawaringin Barat, otoritas tersebar antara dinas kesehatan, rumah sakit, puskesmas, dokter, pendamping ODHIV, dan juga ODHIV itu sendiri. Dari wawancara dengan petugas layanan, keputusan teknis terkait kepatuhan pengobatan lebih banyak ditentukan oleh dokter dan pemegang program HIV. Pelaksanaan teknis di lapangan seringkali membutuhkan koordinasi erat dengan pendamping ODHIV dan tim PDP puskesmas.

“Kalau di layanan kita, lebih ke program, dokter untuk layanan HIV.” (Petugas RS)

Pendamping ODHIV mengkonfirmasi bahwa otoritas teknis di lapangan bersifat fleksibel, bergantung pada situasi dan koordinasi dengan layanan kesehatan. Mereka berperan sebagai perpanjangan tangan layanan, terutama dalam penelusuran ODHIV lost to follow up (LFU) dan pengingat minum obat.

“Biasanya tergantung situasinya, koordinasi antara layanan dan pendamping.” (Pendamping ODHIV)

Dari perspektif ODHIV, pemberian layanan juga dirasakan dalam bentuk pendamping sebagai figur yang lebih dekat dan mudah diakses, sementara keputusan medis tetap berada di tangan tenaga kesehatan. Hal ini menunjukkan adanya pembagian peran yang jelas dan harus tetap saling melengkapi.

“Lebih mudah menyampaikan ke pendamping, mereka lebih memahami dan terbuka.” (ODHIV)

Dinas kesehatan berperan dalam melakukan koordinasi dan monitoring program, sementara fasilitas layanan kesehatan memberikan pelayanan medis kepada pasien. Pendamping komunitas berperan dalam melakukan pendampingan serta membantu penjangkauan pasien yang berisiko putus pengobatan. Koordinasi lintas sektor menjadi fokus penting dalam pelaksanaan program.

“Dinas kesehatan berperan dalam koordinasi program. Fasilitas layanan kesehatan memberikan pelayanan medis, sedangkan komunitas berperan dalam pendampingan dan penjangkauan pasien.”

Sesuai dengan kerangka Grindle, hubungan otoritas dalam program ini cenderung terdistribusi dengan pola kolaboratif. Meskipun otoritas formal ada pada dokter dan pemegang program, pendamping berperan penting sebagai jembatan antara ODHIV dan layanan kesehatan. Tetapi, potensi miskomunikasi yang sempat disebutkan oleh petugas layanan menandakan bahwa mekanisme koordinasi masih perlu diperkuat lagi agar sinergi antaraktor dapat lebih optimal.

Dari enam sub-dimensi yang dianalisis, tampak bahwa isi kebijakan layanan berbasis komunitas dan digital di Kotawaringin Barat telah memberikan dampak positif bagi kepatuhan ODHIV. Responden dari tenaga layanan, pendamping, maupun ODHIV sendiri mengkonfirmasi bahwa kebijakan ini mempermudah akses, meningkatkan komunikasi, dan memperkuat dukungan dalam proses pengobatan. Kendati demikian, beberapa kendala masih muncul, terutama terkait sumber daya, keterbatasan transportasi, dan risiko miskomunikasi antaraktor. Berdasarkan uraian di atas di dapat bahwa isi kebijakan mengindikasikan adanya kesesuaian dengan tujuan utama program, yakni memperbaiki kepatuhan ARV melalui intervensi yang lebih dekat dengan pasien.

2. Dimensi Konteks Implementasi (Context of Implementation)

Uraian sebelumnya tentang isi kebijakan, dijelaskan bahwa apa yang dirancang dan direncanakan itu untuk dijalankan, sedangkan pelaksanaannya menggambarkan lingkungan

tempat kebijakan tersebut diterapkan. Model implementasi Grindle yang menggarisbawahi keberhasilan pelaksanaan kebijakan tidak hanya ditentukan oleh kualitas desain kebijakan tersebut, tetapi juga oleh gerakan perubahan sosial, politik, ekonomi, serta kelembagaan yang membersaminya. Pelaksanaan kebijakan (context of implementation) mencakup dukungan aktor pelaksana, sistem dan aturan kerja, ketergantungan terhadap pihak eksternal, serta faktor lingkungan sosial dan teknologi. Dengan mengkaji dimensi ini, analisis dapat menerangkan seberapa erat kaitan antara faktor eksternal dan realita di lapangan dapat mempengaruhi keberlangsungan program, serta bagaimana komunikasi intens antaraktor membentuk hasil yang ingin dicapai.

a. Kekuatan, Kepentingan, dan Strategi Aktor

Kebijakan layanan berbasis komunitas dan digital di Kotawaringin Barat tidak bisa berjalan tanpa dukungan aktor-aktor kunci yang terlibat dalam implementasinya. Dari hasil wawancara, terungkap bahwa dukungan terbesar datang dari tiga lapisan: tenaga layanan kesehatan, pendamping ODHIV, serta pihak manajemen di puskesmas dan rumah sakit. Semua pihak disebutkan secara konsisten mendukung pelaksanaan program, sehingga program relatif lebih mudah diterima. Seorang petugas layanan PDP di rumah sakit mengatakan:

“Alhamdulillah mendukung semua, sangat positif. Dari rumah sakit, dari atasan kita, sampai ke ODHIV pun juga mendukung program kita.”

Pendamping juga merasakan hal serupa, bahwa dukungan dari komunitas maupun tenaga kesehatan mempermudah koordinasi di lapangan. Mereka menekankan pentingnya kolaborasi lintas pihak agar ODHIV lebih termotivasi menjalani pengobatan. Informan juga menyampaikan adanya hambatan yang bersumber dari sebagian ODHIV sendiri. Ada pasien yang belum sepenuhnya kooperatif atau masih kurang sadar pentingnya kepatuhan ARV, sehingga memerlukan pendekatan ekstra dari pendamping dan tenaga layanan.

“Kadang ada beberapa ODHIV yang memang kerjasamanya belum maksimal, belum kooperatif. Tapi secara garis besar mereka mengikuti arahan layanan.”

Pelaksanaan program didukung oleh berbagai aktor: dinas kesehatan, petugas layanan, komunitas, hingga ODHIV itu sendiri. Ada pula tantangan dari sebagian pasien yang sulit dihubungi atau kurang kooperatif.

“Kalau ODHIV tidak terhubung, kita harus koordinasi lebih lanjut. Itu sering jadi hambatan.” (Pendamping ODHIV)

Hal ini menunjukkan bahwa meskipun dukungan aktor cukup kuat, dinamika individu penerima layanan tetap menjadi faktor yang memengaruhi keberhasilan program.

Dalam pelaksanaan program, berbagai aktor memiliki peran yang saling melengkapi. Informan menyampaikan bahwa tenaga kesehatan, pendamping komunitas, dan pemerintah daerah merupakan aktor utama yang berperan dalam implementasi program layanan berbasis komunitas dan digital.

“Aktor utama dalam pelaksanaan program ini adalah tenaga kesehatan di fasilitas layanan, pendamping ODHIV, serta dukungan dari pemerintah daerah.” (Dinas kesehatan)

Implementasi program melibatkan berbagai aktor dalam sistem kesehatan, kolaborasi antar aktor tersebut menjadi faktor penting dalam memastikan program dapat berjalan secara efektif.

Dalam perspektif Grindle, dukungan dan peran aktor sangat menentukan efektivitas implementasi. Dukungan penuh dari tenaga layanan, komunitas, dan manajemen memperkuat legitimasi kebijakan. Resistensi dari sebagian penerima manfaat mengindikasikan adanya tantangan pada level interaksi langsung yang perlu terus dikelola.

b. Karakteristik Institusi dan Sistem Layanan

Pelaksanaan program layanan komunitas dan digital di Kotawaringin Barat sangat dipengaruhi oleh adanya SOP (Standard Operating Procedure) dan sistem kerja di layanan

kesehatan. SOP dianggap membantu tenaga layanan dalam menata alur pelayanan dan memastikan konsistensi pelaksanaan.

Seorang petugas rumah sakit menyampaikan:

“Untuk SOP di rumah sakit kita sendiri sih kita ada menyediakan, tujuannya SOP kan untuk biar lebih tertata semua pekerjaan yang kita lakukan, kegiatan untuk berjalannya pelayanan HIV.”(Petugas RS)

Dengan adanya SOP, pendamping dan petugas merasa memiliki pedoman jelas untuk melaksanakan tugas, mulai dari penelusuran ODHIV LFU, pengingat minum obat, hingga komunikasi digital. Aturan ini tidak hanya memperkuat struktur kerja, tetapi juga membantu menjaga koordinasi lintas pihak di lapangan.

Keluwasan program masih menjadi kebutuhan penting. Di lapangan, pendamping sering harus menyesuaikan situasi, misalnya ketika pasien tinggal di daerah pelosok atau memiliki jam kerja yang berbenturan dengan jadwal layanan. Dalam situasi tersebut, sistem kerja formal tidak selalu bisa diikuti secara kaku. Pendamping dan petugas sering mengambil langkah variatif, seperti melakukan kunjungan langsung atau menggunakan media digital sebagai alternatif. Pendamping mengungkapkan:

“Ya, bisa, sangat fleksibel. Jadi lebih mudah dan lebih fleksibel karena tidak harus ketemu langsung, terutama di awalnya dengan komunikasi secara digital dulu.” (Pendamping ODHIV)

SOP yang ada mendukung pelaksanaan layanan, terutama agar prosedur lebih tertata dan seragam. Tetapi jam layanan kesehatan yang terbatas sering menjadi kendala bagi pasien pekerja.

“Ada pasien yang hanya bisa berobat hari Minggu, tapi di layanan kita hari Minggu libur. Itu jadi kendala.” (Petugas PDP RS)

Program ini dinilai sejalan dengan kebijakan nasional dalam penanggulangan HIV sehingga memiliki dukungan dari sistem kesehatan yang ada. Hal ini mempermudah pelaksanaan program di tingkat daerah.

“Program ini sejalan dengan kebijakan nasional penanggulangan HIV sehingga aturan yang ada cukup mendukung pelaksanaannya.” (Dinas kesehatan)

Berdasarkan pandangan dari model implementasi Grindle, program layanan memberi arah yang jelas, tetapi efektivitas implementasi ditentukan oleh bagaimana kebijakan itu dijalankan di lapangan. Fleksibilitas dalam penerapan SOP menjadi kunci agar layanan tetap responsif terhadap kebutuhan ODHIV.

c. Ketergantungan Antar Pihak

Implementasi layanan berbasis komunitas dan digital tidak berdiri sendiri. Keberhasilannya sangat dipengaruhi oleh hubungan dan ketergantungan antar lembaga, baik di tingkat layanan kesehatan, komunitas, maupun dukungan eksternal. Dari wawancara dengan pendamping ODHIV, terlihat bahwa koordinasi dengan layanan kesehatan sangat penting, khususnya dalam kegiatan penelusuran pasien LFU. Pendamping sering kali membutuhkan data dan dukungan administratif dari puskesmas atau rumah sakit agar dapat melakukan penjangkauan secara efektif. Seorang pendamping Odhiv menjelaskan:

“Biasanya, kami koordinasi dulu dengan layanan kesehatan untuk pelacakan. Minta data dari sananya. Itu layanan yang melayani pengobatan, jadi kita tidak bisa berjalan sendiri.”

Hal senada juga diungkapkan petugas rumah sakit, yang menekankan bahwa keterlibatan dokter dan pemegang program HIV menjadi bagian penting dalam pengambilan keputusan teknis:

“Kalau di layanan kita, lebih ke program, dokter untuk layanan HIV.”

Ketergantungan juga muncul dalam hal dukungan sumber daya. Beberapa informan menyoroti kebutuhan akan alat komunikasi, paket data, dan bahkan biaya transportasi yang

sering kali menjadi penghalang bagi pendamping dalam menjangkau ODHIV di wilayah terpencil. Dalam kondisi ini, kolaborasi lintas pihak menjadi mutlak, baik dengan dinas kesehatan maupun dukungan dari komunitas. Sebagaimana ditegaskan salah satu petugas layanan:

“Untuk menjangkau ke pasien, alat-alat yang kita butuhkan ya alat komunikasi... misalkan difasilitasi HP atau paket internet, bahkan sampai transport ke tempat rumah ODHIV.”

Program ini masih sangat bergantung pada dukungan komunitas untuk penelusuran pasien LFU serta menjangkau daerah yang sulit akses.

“Kalau pasien tidak bisa dijangkau lewat jaringan, biasanya pendamping yang datang langsung ke rumahnya.” (ODHIV)

Koordinasi dengan layanan formal juga menjadi penentu keberhasilan implementasi.

“Biasanya kami koordinasi dulu dengan layanan kesehatan untuk pelacakan, baru kami turun ke lapangan.” (Pendamping ODHIV)

Dinas kesehatan dalam pelaksanaan program ini juga melibatkan dukungan dari berbagai pihak, termasuk pendamping ODHIV. Dukungan tersebut membantu memperkuat pelaksanaan kegiatan pendampingan dan penjangkauan pasien.

“Beberapa kegiatan memang masih membutuhkan dukungan dari komunitas dan mitra program.” (Dinas kesehatan)

Pemerintah daerah tetap berupaya menjaga keberlanjutan program melalui koordinasi lintas sektor.

Mengacu pada model Grindle, ketergantungan antar pihak mencerminkan bagaimana konteks implementasi dapat memperkuat atau melemahkan pelaksanaan kebijakan. Jika koordinasi antar aktor berjalan baik, layanan komunitas dan digital dapat berjalan lebih optimal. Jika dukungan eksternal terbatas, maka potensi hambatan implementasi akan semakin besar.

d. Kondisi Lingkungan Sosial dan Teknologi

Kondisi sosial dan teknologi di masyarakat memiliki peran penting dalam mempengaruhi implementasi layanan berbasis komunitas dan digital. Dua isu utama yang banyak muncul dalam wawancara adalah stigma sosial terhadap ODHIV serta keterbatasan infrastruktur digital. Dari sisi sosial, sebagian besar informan menegaskan bahwa stigma terhadap ODHIV masih nyata dan sering menjadi hambatan utama. Seorang petugas puskesmas menyampaikan bahwa stigma membuat pasien merasa terisolasi sehingga perlu strategi khusus agar mereka tetap mau datang ke layanan kesehatan:

“Kalau stigma di masyarakat kita memang masih ada... biasanya orang selalu berpikiran negatif kalau tahu ada yang sakit ini. Jadi kita di layanan bagaimana caranya supaya pasien tidak merasa dikucilkan dan tetap mau datang ambil obat setiap bulannya.” (Petugas puskesmas)

Jawaban serupa juga datang dari pendamping, yang mengatakan bahwa stigma dapat mempengaruhi hubungan pasien dengan keluarga dan lingkungan terdekat.

“Stigma pasti ada... kalau yang sederhana, mereka terpengaruh karena hubungannya terbaca oleh keluarga mereka.”

ODHIV juga merasa mendapat dukungan dari keluarga, tetapi tidak dari lingkungan sekitar mereka, karena mereka tidak membuka status ODHIV kepada orang diluar keluarganya.

“Kalau keluarga mendukung, tapi lingkungan sekitar tidak. Jadi saya lebih banyak bergantung pada pendamping.” (ODHIV)

Selain stigma, faktor ekonomi dan geografi juga menjadi kendala yang juga diungkapkan.

“Beberapa pasien terkendala biaya transport, ada juga yang tinggal jauh di perusahaan jadi sulit izin berobat.” (Petugas PDP RS)

Dari sisi teknologi, sebagian ODHIV yang tinggal di daerah terpencil mengalami kendala jaringan internet maupun akses ke perangkat digital. Hal ini berdampak pada keberhasilan implementasi layanan digital, terutama pengingat obat via WhatsApp. Seorang pasien ODHIV mengungkapkan:

“Kalau saya pribadi tidak ada masalah, tapi kemungkinan untuk teman-teman di pelosok terkendala di sinyal.”

Pendamping juga menambahkan bahwa ketika hambatan jaringan terjadi, mereka biasanya mengganti pendekatan dengan kunjungan langsung ke rumah pasien.

“Kalau tidak ada jaringan, biasanya kami yang mencari alamat pasien dan datang langsung.”

Informan dinas kesehatan juga mengungkapkan bahwa faktor sosial dan geografis turut memengaruhi implementasi program. Stigma terhadap ODHIV masih menjadi tantangan dalam pelaksanaan program karena dapat memengaruhi keterbukaan pasien terhadap layanan.

“Stigma terhadap ODHIV masih menjadi tantangan dalam pelaksanaan program.” (Dinas kesehatan)

Kondisi geografis dan keterbatasan jaringan komunikasi di beberapa wilayah juga menjadi kendala dalam pemanfaatan layanan digital.

“Keterbatasan jaringan komunikasi di beberapa wilayah menjadi kendala” (Dinas kesehatan)

Mengacu pada model Grindle, lingkungan sosial dan teknologi menjadi bagian dari konteks implementasi yang menentukan sejauh mana kebijakan dapat berjalan efektif. Stigma dapat melemahkan motivasi pasien, sementara keterbatasan digital mengurangi efektivitas inovasi layanan berbasis teknologi.

Kondisi ini menunjukkan adanya konsistensi pandangan antara informan dari dinas kesehatan, petugas layanan, pendamping komunitas, dan ODHIV sebagai penerima layanan. Seluruh informan menyatakan bahwa layanan berbasis komunitas dan digital memberikan manfaat dalam meningkatkan komunikasi serta mempermudah pemantauan kepatuhan pengobatan ARV.

Dari hasil wawancara pada dimensi konteks implementasi menunjukkan bahwa keberhasilan layanan berbasis komunitas dan digital sangat dipengaruhi oleh dinamika lingkungan eksternal. Dukungan aktor lokal, seperti petugas kesehatan, pendamping, serta tokoh komunitas, terbukti menjadi faktor pendorong utama keberlanjutan layanan. Keterbatasan sumber daya eksternal, ketergantungan pada dukungan pihak terkait, serta koordinasi antar lembaga kadang masih menjadi tantangan.

Di sisi lain, stigma sosial terhadap ODHIV juga muncul sebagai hambatan yang mengurangi kenyamanan pasien dalam mengunjungi layanan untuk pengambilan obat. Faktor geografis, ekonomi, dan keterbatasan sinyal juga memperparah kesenjangan, khususnya bagi pasien yang tinggal di wilayah pelosok. Akan tetapi erbagai adaptasi dilakukan, seperti kunjungan langsung oleh pendamping, yang menunjukkan fleksibilitas implementasi di lapangan.

B. Telaah Dokumen

Untuk melengkapi dan memvalidasi data primer, penelitian ini juga melakukan telaah terhadap sejumlah dokumen resmi. Tujuan dari telaah dokumen adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai kebijakan, pedoman operasional, serta capaian program HIV yang telah ditetapkan secara formal. Dokumen yang ditelaah meliputi Permenkes No. 23 Tahun 2022, petunjuk teknis terkait penelusuran ODHIV hilang (LFU) dari Kementerian Kesehatan RI, serta laporan capaian program HIV/AIDS dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat.

Permenkes No. 23 Tahun 2022 menjadi landasan hukum utama dalam penyelenggaraan layanan HIV/AIDS dan IMS di Indonesia. Regulasi ini menekankan tanggung jawab pemerintah daerah untuk menjamin akses masyarakat terhadap layanan yang menyeluruh, bermutu, efektif, dan efisien. Salah satu fokus kebijakan adalah memastikan kesinambungan pengobatan ARV agar target eliminasi HIV tahun 2030 dapat tercapai.

Sebagai tindak lanjut, Kementerian Kesehatan RI menyusun Panduan Praktis Penelusuran ODHIV Hilang (lost to follow up/LFU) pada tahun 2025. Dokumen ini hadir sebagai instrumen teknis untuk mendukung implementasi Permenkes, dengan menitikberatkan pada upaya menekan angka LFU yang masih menjadi hambatan utama pencapaian target global 95-95-95. Panduan tersebut menggarisbawahi pentingnya mekanisme penelusuran sistematis, yang melibatkan penyisiran data melalui sistem informasi HIV-AIDS (SIHA), koordinasi lintas sektor antara dinas kesehatan, fasilitas layanan kesehatan, serta komunitas pendamping ODHIV.

Dokumen ini juga menekankan penggunaan pendekatan yang lebih efisien, termasuk pemanfaatan teknologi digital (SMS, WhatsApp, telepon) untuk mengingatkan pasien, serta keterlibatan langsung komunitas dalam bentuk kunjungan rumah bagi pasien yang sulit dijangkau. Panduan ini tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga menekankan prinsip patient-centered care, yakni layanan yang informatif, suportif, menjaga kerahasiaan, dan berbasis kebutuhan pasien.

Melalui kebijakan dan panduan teknis tersebut, terlihat adanya integrasi antara peran dinas kesehatan, rumah sakit dan puskesmas dengan dukungan komunitas dan digital dalam memastikan kesinambungan pengobatan. Hal ini sejalan dengan model implementasi Grindle, di mana keberhasilan kebijakan sangat dipengaruhi oleh isi kebijakan (content of policy) dan konteks pelaksanaannya (context of implementation).

Permenkes menempatkan pemerintah daerah sebagai penanggung jawab utama dalam menjamin akses layanan HIV/IMS. Fasilitas kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas berperan menyediakan layanan ARV, pemantauan viral load, serta pencatatan pelaporan melalui SIHA. Sedangkan komunitas pendamping ODHIV berperan penting dalam melakukan edukasi, penelusuran pasien LFU, serta dukungan psikososial. Panduan teknis (2025) menegaskan bahwa keberhasilan penelusuran LFU sangat bergantung pada sinergi antara tenaga kesehatan dan komunitas.

Pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS, dalam hal ini tentang penelusuran lost to follow up (LFU), dirancang dengan tahapan yang sistematis. Proses dimulai dari identifikasi pasien yang tidak lagi hadir untuk mengambil obat berdasarkan data dalam sistem pencatatan (SIHA) maupun catatan layanan di fasilitas kesehatan. Setelah itu dilakukan verifikasi status pasien, misalnya apakah pasien benar berhenti berobat, pindah layanan, atau mengalami kondisi lain seperti meninggal dunia. Apabila pasien benar terkonfirmasi LFU, langkah lebih lanjut adalah penelusuran aktif, baik melalui komunikasi jarak jauh menggunakan telepon atau aplikasi pesan singkat, maupun melalui kunjungan langsung ke alamat pasien. Tahap akhir dari mekanisme ini adalah pencatatan tindak lanjut dan pelaporan, di mana pasien yang berhasil ditemukan akan diarahkan kembali ke layanan ARV dan dilaporkan ke sistem untuk memastikan keberlanjutan terapi. Mekanisme ini memperlihatkan adanya kombinasi antara pendekatan berbasis teknologi digital dan keterlibatan komunitas, sehingga menjadikan program lebih adaptif terhadap tantangan geografis maupun sosial.

Keberhasilan kebijakan tidak hanya ditentukan oleh pelaksanaan teknis, tetapi juga oleh adanya sistem monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan. Panduan teknis penelusuran LFU menekankan perlunya pelaporan rutin melalui SIHA, supervisi dari dinas kesehatan, serta umpan balik yang konsisten dari komunitas pendamping. Monitoring dan evaluasi dilakukan dengan menilai indikator seperti penurunan jumlah pasien LFU, peningkatan angka pasien yang kembali ke layanan, serta capaian target internasional 95-95-95. Mekanisme monitoring

dan evaluasi ini tidak hanya berfungsi untuk menilai capaian, tetapi juga menjadi dasar untuk mengidentifikasi hambatan di lapangan, seperti keterbatasan akses digital, kendala transportasi, maupun faktor stigma. Sehingga monitoring dan evaluasi berperan ganda, yakni sebagai alat ukur keberhasilan dan sekaligus sebagai sarana perbaikan berkelanjutan bagi program layanan HIV.

Berdasarkan dokumen laporan capaian program HIV/AIDS yang disusun Dinas Kesehatan Kotawaringin Barat tahun 2024 menunjukkan bahwa jumlah kumulatif kasus HIV dalam lima tahun terakhir mencapai 680 kasus, dengan prevalensi sebesar 0,22%. Dari total ODHIV, hanya 40% yang tercatat menjalani pengobatan ARV (ODHIV yang menjalani pengobatan ARV). Lebih lanjut, sekitar 68% dari ODHIV yang menjalani pengobatan ARV telah menjalani pemeriksaan viral load, dan 96% di antaranya berhasil mencapai viral load tersupresi. Data tersebut memperlihatkan persoalan serius berupa angka lost to follow up (LFU) yang tinggi, yaitu 46,03%, yang menjadi hambatan utama dalam pencapaian target eliminasi HIV di kabupaten Kotawaringin Barat.

Sedangkan berdasarkan data tahun 2025 sampai dengan triwulan IV menunjukkan bahwa jumlah ODHIV yang menjalani pengobatan ARV meningkat menjadi 57,83% sedangkan angka lost to follow up (LFU) sebanyak 42,17% dari total kasus sebanyak 861 orang. Dari data tersebut menunjukkan adanya peningkatan dalam jumlah kunjungan aktif ODHIV yang kembali ke layanan mengakses pengobatan ARV dan juga memperlihatkan adanya penurunan angka lost to follow-up (LFU).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data kuantitatif dan eksplorasi kualitatif implementasi layanan berbasis komunitas dan digital dalam pengobatan HIV di Kabupaten Kotawaringin Barat, maka penelitian ini menyimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa dari 69 responden yang diteliti, sebanyak 81,2% berada pada kategori kepatuhan rendah dan sedang, dengan mayoritas berada pada kelompok usia produktif (25–34 tahun), dan 18,8% berada pada kategori kepatuhan tinggi. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun layanan pengobatan telah tersedia dan berbagai intervensi telah dilakukan, masih terdapat tantangan dalam mencapai kepatuhan pengobatan yang optimal pada seluruh ODHIV.
2. Pada dimensi isi kebijakan (content of policy), secara konseptual sudah sangat relevan dan adaptif di Kabupaten Kotawaringin Barat. Layanan pendampingan dan dukungan digital mempermudah akses informasi, meningkatkan dukungan psikososial bagi ODHIV, serta membantu petugas dalam memantau kepatuhan pengobatan pasien.
3. Pada dimensi konteks implementasi (context of implementation), keberhasilan program dipengaruhi oleh dukungan aktor pelaksana, sistem kelembagaan, dan kondisi lingkungan sosial. Dukungan tenaga kesehatan, pendamping komunitas, dan layanan kesehatan menjadi faktor penting dalam pelaksanaan program. Masih terdapat beberapa hambatan seperti keterbatasan sumber daya, kendala akses geografis, keterbatasan jaringan komunikasi di wilayah tertentu, serta stigma sosial terhadap ODHIV.
4. Program layanan berbasis komunitas dan digital menunjukkan potensi yang kuat dalam mendukung kepatuhan pengobatan ARV dan telah berhasil menurunkan angka lost to follow up (LFU), tetapi belum mampu secara mandiri mengatasi hambatan struktural berupa stigma dan kendala geografis-ekonomi. Keberlanjutan dan efektivitasnya memerlukan penguatan sumber daya, peningkatan fleksibilitas layanan, serta strategi yang lebih kompleks dalam mengatasi hambatan sosial dan geografis.

Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan

Diharapkan dapat memperkuat dukungan terhadap implementasi layanan berbasis komunitas dan digital melalui penyediaan sumber daya yang memadai, termasuk dukungan sarana komunikasi, akses internet, serta dukungan transportasi bagi petugas dan pendamping komunitas. Sangat diperlukan penguatan koordinasi lintas sektor serta pengembangan kebijakan yang lebih adaptif untuk menjangkau ODHIV di wilayah terpencil, sehingga upaya penelusuran pasien lost to follow up (LFU) dapat dilakukan secara lebih optimal.

2. Bagi Fasilitas Layanan Kesehatan

Fasilitas layanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas diharapkan dapat meningkatkan fleksibilitas pelayanan, khususnya bagi ODHIV yang memiliki keterbatasan waktu karena pekerjaan atau jarak tempat tinggal yang jauh. Pemanfaatan layanan digital seperti konsultasi melalui WhatsApp atau media komunikasi lainnya juga dapat terus dikembangkan sebagai sarana komunikasi yang efektif antara pasien dan tenaga kesehatan. Memperkuat sistem pengingat (reminder) yang lebih terintegrasi tapi tetap menyediakan opsi kunjungan rumah (home visit) bagi wilayah dengan kendala sinyal.

3. Bagi Pendamping ODHIV

Pendamping komunitas diharapkan dapat terus meningkatkan perannya dalam memberikan dukungan psikososial, edukasi kesehatan, serta pengingat pengobatan bagi ODHIV. Penguatan kapasitas pendamping melalui pelatihan dan pembekalan terkait komunikasi, konseling dasar, serta pemanfaatan teknologi digital juga perlu dilakukan untuk meningkatkan efektivitas pendampingan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan cakupan wilayah yang lebih luas atau menggunakan metode Mixed Methods yang lebih mendalam pada faktor psikososial spesifik yang memengaruhi kepatuhan ARV, juga penelitian yang dapat mengeksplorasi pengembangan model layanan digital yang lebih inovatif dalam mendukung keberlanjutan pengobatan HIV di berbagai wilayah dengan karakteristik geografis yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Alarcon, C., et al. (2022). The impact of peer support interventions on mental health outcomes among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis.
- Allen et al.(2020). Measures of organizational characteristics associated with adoption and/or implementation of innovations: A systematic review. *Implementation Science*, 15(1),
- Aryani, Y., & Prasetya, D. (2022). Efektivitas penggunaan chatbot dalam edukasi pasien HIV/AIDS: Studi literatur sistematis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 17(1), 55–63.
- Bona S. H. Hutahaean, Stutterheim, S. E., & Jonas, K. J. (2023). Barriers and Facilitators to HIV Treatment Adherence in Indonesia: Perspectives of People Living with HIV and HIV Service Providers. *Trop Med Infect Dis*, 8(3), 138
- Bonaventure, et al. (2024). Digital tools for improving antiretroviral adherence among people living with HIV in Africa: *Journal of Medicine, Surgery and Public Health* 2.
- Bonaventure, T., Chima, S. C., & Akintola, O. (2024). mHealth strategies to improve ART adherence in sub-Saharan Africa: A scoping review. *BMC Public Health*, 24(1), 115.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40.
- Charles, O. J. (2020). Analisis implementasi kebijakan publik: Model dan aplikasi dalam konteks Indonesia. *Jurnal Administrasi Publik*, 15(2), 101–118.
- Costa Cordella, S., et al. (2022). Characteristics of psychosocial interventions to improve ART adherence in people living with HIV: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 2(10), e0000956.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

- Damarjati, F., & Prasetya, D. (2023). Evaluasi intervensi digital untuk layanan kesehatan di daerah terpencil: sebuah studi kasus. *Jurnal Teknologi & Kesehatan*, 12(1), 45–59.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat. (2024). Laporan Capaian Program HIV/AIDS Tahun 2024. Kotawaringin Barat.
- Grindle, M. S. (1980). *Politics and policy implementation in the Third World*. Princeton University Press.
- Grindle, M. S., & Thomas, J. W. (1991). *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*. The Johns Hopkins University Press.
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Applied Thematic Analysis*. SAGE Publications.
- Gunawan, R. (2021). Peran pendamping komunitas dalam keberhasilan pengobatan ARV di daerah terpencil. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 45-56.
- Iryawan, A. R., Stoicescu, C., Sjahrial, F., Nio, K., & Dominich, A. (2022). The impact of peer support on testing, linkage to and engagement in HIV care for people who inject drugs in Indonesia: Qualitative perspectives from a community led study. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00595-8>
- Iryawan, M., et al. (2022). Analisis peran komunitas dalam layanan HIV berbasis masyarakat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(2), 101-110.
- Kaufmann, J., Bernet, P., & Zahner, S. J. (2024). Organizational factors influencing policy implementation. *Health Policy Open*, 5, 100077.
- Kaur, G., Singh, R., & Patel, S. (2023). *Community Nursing: Principles and Practices (1st ed.)*. Delhi: HealthPress.
- Kementerian Kesehatan RI (2023). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV AIDS dan IMS*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Laporan Perkembangan HIV/AIDS & IMS Triwulan IV Tahun 2023*. Jakarta: Direktorat Jenderal P2P.
- Lippman, S. A., Shade, S. B., & Gómez, A. M. (2021). Telehealth and HIV care: A review of recent research and policy implications. *AIDS and Behavior*, 25(12), 3987–3995.
- Longinetti, E., et al. (2017). Digital forums as safe spaces for people living with HIV: An exploratory study. *BMC Health Services Research*, 17, 514.
- Longinetti, E., et al. (2017). Utilization of social media and web forums by HIV patients - A cross-sectional study on adherence and reported anxiety level. *Preventive Medicine Report* 6, 137-142.
- Lumbantoruan, R. A., et al. (2022). Relationship between adherence and viral load suppression among PLHIV. *HIV Nursing Journal*, 21(3), 233-240.
- Maharaksa, M. S., Handoyo, S., & Mulyani, T. (2024). Implementasi kebijakan publik di Indonesia: Analisis faktor determinan pelaksanaan program daerah. *Jurnal Administrasi Publik*, 21(1), 15–27
- Margareta, H., Hermawan, N. S. A., & Listina, F. (2024). Pengaruh layanan pesan singkat (WhatsApp) berbasis edukasi terhadap kepatuhan mengonsumsi ARV. *Manuju: Malahayati Nursing Journal*, 7(2), 16731.
- Meng, X., et al. (2023). Peer-led community-based support services and HIV treatment outcomes among people living with HIV in Wuxi, China: Propensity score–matched analysis of surveillance data from 2006 to 2021. *JMIR Public Health and Surveillance*, 9, e43635. <https://doi.org/10.2196/43635>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook edisi 3*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Moleong, L. J. (2019). *Metodologi Penelitian Kualitatif (Edisi Revisi)*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Mubarok, S., Zauhar, S., Setyowati, E., & Suryadi, S. (2020). Policy Implementation Analysis: Exploration of George Edward III, Marilee S Grindle, and Mazmanian and Sabatier Theories in the Policy Analysis Triangle Framework. *Journal of Public Administration Studies*, 5(1), 33–38. <https://doi.org/10.21776/ub.jpas.2020.005.01.7>
- Mukherjee, T. I., et al. (2017). Mobile technologies for HIV prevention: A systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(11), e131.

- Navarra, A. M., et al. (2024). Addressing structural barriers through mobile health interventions for adolescents living with HIV. *The Lancet Digital Health*, 6(2), e85–e96.
- Navarra, A. M., et al. (2024). Developing and testing a web-based platform for antiretroviral therapy (ART) adherence support among adolescents and young adults (AYA) living with HIV: *PEC Innovation* 4, 100263.
- Neuman, W. L. (2006). *Basics of Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches* (2nd ed.). Boston: Pearson Education.
- Nurani, A. & Akib, R. (2020). Analisis implementasi kebijakan publik: Komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. *Jurnal Kebijakan Publik*, 10(1), 45–60.
- Nursalam. (2021). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ori, O. A., et al. (2024). Digital divide and HIV care engagement in low-resource settings. *Global Health Action*, 17(1), 203.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4th ed.). SAGE Publications.
- Saputra, D. W., et al. (2024). Pengaruh reminding melalui WhatsApp terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis paru. *Jurnal Ilmiah Permas: STIKES Kendal*, 14(1), 91–100.
- Schaaf, M., Warthin, C., Freedman, L., & Topp, S. M. (2020). The community health worker as service extender, cultural broker and social change agent: A critical interpretive synthesis of roles, intent and accountability. *BMJ Global Health*, 5(5), e002296. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002296>
- Schwab, K. (2017). *The Fourth Industrial Revolution: what it means, how to respond*. Forum Dialogues, World Economic Forum.
- Setiawan, A., & Kartini, R. (2021). Peran komunitas pendamping dalam meningkatkan kepatuhan ARV pada ODHA di wilayah pedesaan. *Jurnal Promkes*, 9(2), 89–96.
- Smith, A., et al. (2020). The role of mobile health in ART adherence among urban populations. *Global Health Action*, 13(1), 173.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suprpto, S., Arda, D., & Menga, M. (2024). Pemberdayaan masyarakat dalam upaya menuju kesehatan yang berkualitas Community empowerment in an effort towards quality health. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Edukasi Indonesia*, 1(2), Article 3032-663X. <https://doi.org/10.61099/jpmei.v1i2.40>
- Syah, R. (2023). *STATISTIK DALAM KONTEKS PENDEKATAN PENELITIAN KUALITATIF*: ResearchGate. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17105.61285>
- UNAIDS. (2023). *Global AIDS Update 2023: The path that ends AIDS*. Geneva: UNAIDS. Retrieved from <https://www.unaids.org/en/resources/documents>
- Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. *Administration & Society*, 6(4), 445–488.
- WHO. (2022). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach*. Geneva: World Health Organization.
- Wong, S., et al. (2020). The use of digital health interventions to improve HIV outcomes: A scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12), e23647.
- Yulianti, A., Sari, N., & Kusuma, H. (2021). Analisis kontekstual dalam program kesehatan berbasis komunitas: model validasi partisipatif lokal. *Jurnal Pengembangan Masyarakat*, 8(2), 110–123.
- Yunita Devianti. (2023). Mobile phone sebagai reminder upaya meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV pada orang dengan HIV. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 1162–1169.