

BAB IV

PENUTUP

4.1 Simpulan

Kerangka yuridis penanganan HIV/AIDS di Kota Semarang berlandaskan pada dua instrumen regulasi daerah yang terintegrasi secara harmonis. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 4 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS bertindak sebagai landasan hukum primer (*master regulation*) yang mengodefikasi norma-norma penanganan secara holistik. Cakupan normatif dalam peraturan tersebut meliputi asas dan tujuan penyelenggaraan, pemetaan moda transmisi, tata laksana intervensi komprehensif, pemenuhan proteksi sosial, klausul hak dan kewajiban para pihak, penataan kelembagaan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), optimalisasi partisipasi publik, hingga mekanisme penganggaran serta penjatuhan sanksi administratif. Kehadiran Perda ini menjadi bukti keseriusan Pemerintah Kota Semarang dalam merespons persoalan HIV/AIDS sekaligus memberikan dasar hukum yang jelas bagi KPA dan seluruh pemangku kepentingan dalam menjalankan program-program penanggulangan di lapangan. Sebagai turunan teknis dari Perda tersebut, Peraturan Walikota Nomor 40 Tahun 2016 hadir untuk menjabarkan lebih lanjut mekanisme dan pedoman pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS di tingkat operasional, termasuk pengaturan koordinasi antarinstansi, tata kerja pendampingan, serta penguatan peran fasilitas kesehatan dan lembaga mitra dalam mendampingi Orang dengan HIV AIDS (ODHA). Dengan adanya kedua regulasi ini, kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kota Semarang memiliki landasan hukum yang berjenjang: Perda sebagai kerangka kebijakan makro, dan Perwal sebagai petunjuk pelaksanaan yang lebih teknis dan aplikatif.

Berdasarkan eksplorasi empiris terhadap keterlaksanaan regulasi mitigasi HIV/AIDS di Kota Semarang yang dievaluasi melalui kuadran variabel teoretis George C. Edwards III meliputi komunikasi, sumber daya, disposisi, serta struktur birokrasi dapat disimpulkan bahwa secara operasional-prosedural kebijakan tersebut telah diimplementasikan, namun pencapaian performa kinerjanya belum menyentuh taraf efektivitas yang ideal. Pada satu sisi, aspek komunikasi diidentifikasi sebagai kendala paling krusial mengingat diseminasi informasi serta partisipasi aktif warga dalam tindakan pencegahan masih tergolong rendah. Di sisi lain, variabel sumber daya, disposisi, dan struktur organisasi secara umum telah memberikan kontribusi positif dalam menyokong program penanganan HIV/AIDS melalui penyediaan sarana medis, wujud komitmen serta dukungan penuh otoritas daerah, hingga penyaluran dana hibah langsung kepada organisasi kemasyarakatan yang berfokus pada pendampingan ODHA di lapangan.

Selanjutnya, berdasarkan analisis terhadap tiga dimensi yang berperan dalam keberlanjutan penanggulangan HIV/AIDS yaitu dimensi dinamika kasus, sosial budaya, dan lingkungan ketiga dimensi tersebut dinilai masih belum mendukung keberlanjutan program secara optimal. Dari dimensi dinamika kasus, angka penularan HIV/AIDS di Kota Semarang secara konsisten tetap tinggi setiap tahunnya dan terus menempatkan kota ini di peringkat pertama dengan akumulasi kasus terbanyak di Jawa Tengah, Berdasarkan tabel 3.3 pada bab 3, Provinsi Jawa Tengah masih menunjukkan jumlah penemuan kasus baru HIV/AIDS yang cukup tinggi, dengan 620 kasus baru pada periode pelaporan terakhir (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah, 2026). Pada dimensi sosial budaya, kondisi

sosiologis belum mendukung akibat masih maraknya pola pergaulan bebas serta aktivitas seksual dengan risiko penularan yang tinggi di lingkungan perkotaan.

Dari , kendala utama berakar pada persepsi keliru di tengah masyarakat yang mengira bahwa proses administrasi di fasilitas kesehatan masih berbelit-belit dan memakan biaya tinggi, padahal pemerintah daerah telah menyediakan pelayanan yang mudah serta akses pengobatan secara gratis.

Berdasarkan pembuktian tersebut, dapat ditarik konklusi bahwa Implementasi regulasi oleh Pemerintah Kota Semarang dalam mengintervensi HIV/AIDS telah memberikan sumbangsih riil terhadap akselerasi penekanan laju transmisi virus. Kendati demikian, efektivitas instrumen kebijakan ini belum mencapai derajat keberlanjutan yang ideal akibat dihadapkan pada sejumlah disrupsi krusial yang membutuhkan penguatan mendasar. Tantangan utama tersebut berfokus pada dinamika insidensi kasus baru yang masih tergolong signifikan, perlunya konsolidasi ketahanan sosio-kultural dalam membendung ekspansi perilaku berpenularan tinggi, serta krusialnya eskalasi literasi publik mengenai kemudahan dan keterjangkauan aksesibilitas administratif pelayanan medis di tingkat komunitas.

4.2 Saran

Merujuk pada kesimpulan temuan empiris atas eksekusi regulasi penanggulangan HIV/AIDS di Kota Semarang, dirumuskan sejumlah preskripsi kebijakan strategis (*policy recommendations*) yang berpotensi menjadi bahan pertimbangan bagi Pemerintah Daerah dalam mengeskalasi efektivitas program:

1. Pemerintah Kota Semarang melalui Dinas Kesehatan perlu

meningkatkan sosialisasi kebijakan secara inklusif dengan membentuk forum edukasi berkala di wilayah-wilayah, sekaligus memperluas pemasangan media informasi publik strategis di titik mobilitas warga. Langkah sistematis ini krusial untuk meluruskan pemahaman alur administrasi gratis, mengedukasi tindakan pencegahan mandiri, serta mengikis stigma negatif terhadap ODHA di tingkat akar rumput.

2. Pemerintah Kota Semarang perlu merumuskan regulasi taktis berupa instruksi atau surat edaran kepala daerah yang mewajibkan pelaksanaan tes *screening* HIV/AIDS secara berkala bagi kelompok usia produktif dan populasi kunci di puskesmas wilayah masing-masing. Kebijakan ini harus diintegrasikan secara sistematis dengan pelayanan publik lain seperti menjadikannya bagian dari syarat wajib *medical check-up* bagi calon pengantin guna mendeteksi kasus secara dini, mempercepat penanganan medis, dan memutus mata rantai penularan di Kota Semarang.
3. Pemerintah Kota Semarang melalui Dinas Kesehatan perlu mengalokasikan dan menyalurkan bantuan langsung berupa dukungan logistik obat-obatan secara berkala dan tepat sasaran kepada yayasan atau lembaga pendamping ODHA yang bergerak di garda terdepan. Sinergi ini sangat krusial guna menjamin ketersediaan stok obat antiretroviral (ARV) dan multivitamin pendukung yang memadai di tingkat komunitas, sekaligus mempermudah akses distribusi bagi para pendamping dalam menjangkau ODHA yang mengalami hambatan mobilitas untuk datang langsung ke fasilitas kesehatan.
4. Pemerintah perlu merumuskan strategi intervensi digital yang terintegrasi

dengan memanfaatkan media sosial populer untuk menyebarkan edukasi pencegahan dan menyediakan layanan konseling daring yang menjamin kerahasiaan identitas. Pendekatan berbasis teknologi informasi ini harus dikelola secara sistematis melalui pembentukan tim literasi kesehatan digital khusus yang bertugas melakukan kampanye persuasif serta interaksi aktif di ruang digital, sehingga mampu menembus hambatan birokrasi konvensional dan menjangkau populasi kunci.

5. Masyarakat diharapkan dapat meningkatkan pemahaman mengenai HIV/AIDS sehingga mampu membedakan antara fakta medis mengenai penularan HIV dengan berbagai anggapan yang tidak tepat. Peningkatan literasi kesehatan masyarakat menjadi salah satu faktor penting dalam mendukung keberhasilan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS.
6. Masyarakat perlu berperan dalam mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, karena dukungan sosial dari lingkungan sekitar dapat membantu ODHA menjalani pengobatan secara konsisten serta meningkatkan kualitas hidup mereka.
7. Masyarakat juga diharapkan lebih aktif memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia, termasuk melakukan pemeriksaan HIV secara dini bagi kelompok yang memiliki risiko, karena deteksi awal dapat mendukung keberhasilan pengobatan dan pencegahan penyebaran HIV.

4.3 Keterbatasan Penelitian

1. Restriksi alokasi waktu serta keterbatasan daya dukung operasional penelitian menjadi faktor pembatas utama, sehingga tahapan pengambilan data primer di

lapangan maupun penentuan jumlah informan kunci yang diwawancarai belum dapat menjangkau cakupan yang lebih luas.

2. Keterbatasan akses terhadap informan masyarakat lokal, khususnya masyarakat yang tinggal di dekat yayasan Aira, sehingga perspektif mereka belum tergali secara mendalam dalam penelitian ini.
3. Keterbatasan akses birokrasi untuk melakukan wawancara mendalam dengan Kepala Bidang yang menangani program PDP di Dinas Kesehatan Kota Semarang beserta bidang terkait lainnya.
4. Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam hal aksesibilitas data keuangan, khususnya keterbatasan akses terhadap rincian dokumen anggaran.
5. Mempertimbangkan batas cakupan dalam menganalisis eksekusi kebijakan penanganan HIV/AIDS di Kota Semarang, studi lanjutan direkomendasikan untuk memperpanjang durasi observasi lapangan guna mengekskspansi variasi informan, khususnya kelompok masyarakat lokal yang bermukim di sekitar kawasan lembaga pendamping. Perluasan ini krusial untuk mengeksplorasi persepsi sosiologis serta respon komunitas sekitar secara komprehensif dan mendalam.
6. Penelitian mendatang diharapkan dapat membangun pendekatan awal yang lebih efektif untuk mengatasi hambatan birokrasi, sehingga memperoleh akses wawancara yang lebih fleksibel dengan Kepala Bidang dan pemangku kebijakan terkait. Perluasan cakupan informan dan akses kepada regulator diharapkan dapat memperkaya analisis efektivitas kebijakan di lapangan.