



WALI KOTA SURABAYA
PROVINSI JAWA TIMUR

SALINAN

PERATURAN WALI KOTA SURABAYA
NOMOR 41 TAHUN 2026

TENTANG

RENCANA AKSI DAERAH PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS, ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME*, DAN PENYAKIT INFEKSI MENULAR SEKSUAL KOTA SURABAYA TAHUN 2026 – 2029

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA SURABAYA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka pelaksanaan ketentuan dalam Pasal 36 huruf a Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome*, dan Infeksi Menular Seksual, Pemerintah Daerah bertanggungjawab merumuskan dan melaksanakan kebijakan, target, strategi, dan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome*, dan Penyakit Infeksi Menular Seksual HIV AIDS dan PIMS (HIV AIDS dan PIMS);
 - b. bahwa agar penanggulangan HIV AIDS dan PIMS dapat tertangani secara komprehensif dan berkelanjutan serta mengurangi dampak yang lebih luas di bidang kesehatan, sosial, dan ekonomi, maka perlu menyusun Rencana Aksi Daerah Penanggulangan HIV AIDS dan PIMS Tahun 2026-2029, dengan Peraturan Wali Kota;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Rencana Aksi Daerah Pencegahan dan Pengendalian *Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome*, dan Penyakit Infeksi Menular Seksual Kota Surabaya Tahun 2026-2029.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730)
 2. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan dalam Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 45) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Pengubahan Undang-Undang NR 16 dan 17 Tahun 1950 (Republik Indonesia Dahulu) tentang Pembentukan Kota-Kota Besar dan Kota-Kota Kecil di Jawa;
 3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome*, dan Infeksi Menular Seksual (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 831);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Mutu Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
10. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 2 Tahun 2016 tentang Upaya Kesehatan (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2016 Nomor 1);
11. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Surabaya (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2016 Nomor 12 Tambahan Lembaran Daerah Kota Surabaya Nomor 3) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 3 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Surabaya (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2024 Nomor 3 Tambahan Lembaran Daerah Kota Surabaya Nomor 3);
12. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Surabaya Tahun 2021-2026 (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2021 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Kota Surabaya Nomor 4).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS, ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME*, DAN PENYAKIT INFEKSI MENULAR SEKSUAL KOTA SURABAYA TAHUN 2026 – 2029.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Surabaya.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Surabaya.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Surabaya.
4. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah adalah Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kota Surabaya.
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
6. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang dapat menyebabkan *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*.
7. *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah sekumpulan gejala dan tanda infeksi yang berhubungan dengan penurunan sistem kekebalan tubuh yang didapat karena infeksi HIV.
8. Penyakit Infeksi Menular Seksual yang selanjutnya disingkat PIMS adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual secara vaginal, anal/lewat anus, dan oral/dengan mulut.

9. Rencana Aksi Daerah Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS yang selanjutnya disingkat RAD Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS adalah dokumen operasional kebijakan daerah jangka menengah dalam rangka pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS yang menerapkan pendekatan berbasis masyarakat dan pendekatan kelembagaan dalam rangka mendukung eliminasi HIV AIDS dan PIMS pada tahun 2029 dan pencapaian program pembangunan berkelanjutan *Sustainable Development Goals* (SDGs).
10. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Maksud dari Peraturan Wali Kota ini adalah memberikan landasan yuridis bagi RAD Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS sebagai pedoman dalam melaksanakan upaya pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS secara terpadu, terkoordinasi, terukur, dan berkelanjutan di Daerah.

Pasal 3

Tujuan dari Peraturan Wali Kota ini antara lain:

- a. menjadi pedoman bagi seluruh pemangku kepentingan dalam melaksanakan upaya pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS secara terintegrasi;
- b. meningkatkan koordinasi, sinkronisasi, dan kolaborasi lintas sektor dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi program;
- c. mengintegrasikan upaya pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS kedalam perencanaan pembangunan daerah dan penganggaran perangkat daerah sesuai tugas dan fungsi masing-masing; dan
- d. meningkatkan akses masyarakat, terhadap layanan pencegahan, tes HIV, pengobatan, perawatan, dukungan, dan rehabilitasi yang berkualitas.

BAB III RENCANA AKSI DAERAH

Pasal 4

- (1) RAD Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Tahun 2026-2029 disusun dengan sistematika sebagai berikut:
- a. Bab I Pendahuluan;
 - b. Bab II Kerangka Kerja, Tujuan dan Target Program Penanggulangan HIV;
 - c. Bab III Strategi dan Aksi Kegiatan;
 - d. Bab IV Pembiayaan; dan
 - e. Bab V Penutup.
- (2) RAD Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Tahun 2026-2029 sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Pasal 5

Pemerintah Daerah dalam menyusun kebijakan yang berkaitan dengan bidang Penanggulangan HIV AIDS dan PIMS wajib mengacu pada RAD Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS.

Pasal 6

Pemerintah Daerah dapat melakukan peninjauan terhadap RAD Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS jika terjadi perubahan kebijakan di tingkat nasional yang berdampak pada rencana aksi.

BAB IV PEMBIAYAAN

Pasal 7

Pendanaan RAD Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Tahun 2026 - 2029 dibebankan pada:

- a. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
- b. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
- c. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Jawa Timur;
- d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Surabaya;

- e. Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK); dan/atau
- f. Kemitraan dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat, termasuk dukungan mitra pembangunan (Global Fund dan mitra internasional lainnya), dana tanggung jawab sosial perusahaan (CSR), serta kontribusi komunitas dan organisasi masyarakat.

BAB V JANGKA WAKTU

Pasal 8

RAD Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 berlaku untuk jangka waktu 4 (empat) tahun mulai tahun 2026 sampai dengan tahun 2029.

BAB VI PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar semua orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Surabaya.

Ditetapkan di Surabaya
pada tanggal 8 September 2026

WALI KOTA SURABAYA

ttd

ERI CAHYADI

Diundangkan di

Diundangkan di Surabaya
pada tanggal 8 September 2026

SEKRETARIS DAERAH KOTA SURABAYA,

ttd

Lilik Arijanto, ST.,MT
Pembina Utama Muda
NIP 19710330 199803 1 005

BERITA DAERAH KOTA SURABAYA TAHUN 2026 NOMOR 41

	Salinan sesuai dengan aslinya, Ditandatangani secara elektronik oleh : KEPALA BAGIAN HUKUM DAN KERJASAMA Dr. Sidharta Praditya Revienda Putra, S.H., M.H. NIP. 197803072005011004
--	--





RENCANA AKSI DAERAH (RAD) **PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN** **HIV AIDS DAN PIMS DI SURABAYA** **TAHUN 2026-2029**



DAFTAR ISI

DAFTAR ISI 1

BAB I PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Analisis Situasi..... 5

1.2.1 Demografi Surabaya..... 5

1.2.2 Sumber Daya Kesehatan (Fasyankes & SDM Kesehatan) 6

1.2.3 Situasi Kasus HIV/AIDS di Surabaya..... 8

1.3 Maksud Dan Tujuan 15

1.3.2 Maksud 15

1.3.3 Tujuan Umum 15

1.3.4 Tujuan Khusus 15

1.4 Sasaran..... 16

1.5 Ruang Lingkup..... 17

BAB II KERANGKA KERJA, TUJUAN DAN TARGET PROGRAM PENANGGULANGAN HIV..... 19

2.1 Asta Cita Presiden..... 19

2.2 Komitmen Global : Three Zeroes 2030 19

2.3 Pilar Eliminasi 20

2.3.1 PILAR 1 : DETEKSI DINI TERINTEGRASI..... 20

2.3.2 PILAR 2 : TRANSFORMASI LAYANAN RUJUKAN 20

2.3.3 PILAR 3 : KEBERHASILAN TERAPI..... 20

2.3.4 PILAR4:ENABLER :TATA KELOLA, PENDANAAN DAN KOMUNITAS21

2.4 Target Program Penanggulangan HIV, AIDS & IMS 21

BAB III STRATEGI DAN AKSI KEGIATAN 24

3.1 Landasan Kebijakan Dan Regulasi..... 24

3.2 Arah Kebijakan 25

3.3 Tujuan..... 25

3.4 Target (95-95-95) 25

3.5 Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Nasional..... 26

3.6 Pilar Dan Strategi Prioritas 26

3.7 Kegiatan Operasional (Matriks Rencana Aksi)..... 31

3.8 Penyelenggaraan Rencana Aksi 32

3.9 Tabel Indikator Dan Target (2026-2029) 35

BAB IV PEMBIAYAAN 40

BAB V PENUTUP 42

REFERENSI 45



LAMPIRAN
PERATURAN WALI KOTA SURABAYA
NOMOR 41 TAHUN 2026
TENTANG
RENCANA AKSI DAERAH PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN HIV AIDS DAN PIMS
DI SURABAYA TAHUN 2026 – 2029

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Upaya penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) merupakan salah satu prioritas pembangunan kesehatan global dan nasional. Komitmen dunia untuk mengakhiri epidemi HIV pada tahun 2030 telah ditegaskan melalui berbagai kesepakatan internasional yang diinisiasi oleh UNAIDS, termasuk pendekatan *fast track* 95-95-95. Target ini bertujuan agar 95% orang dengan HIV mengetahui statusnya, 95% dari mereka yang terdiagnosis mendapatkan terapi antiretroviral (ARV), dan 95% dari yang menjalani terapi mencapai supresi viral.

Komitmen tersebut diperkuat melalui visi global **“Three Zero”**, yaitu: (1) *Zero new infections* (tidak ada infeksi baru), (2) *Zero AIDS-related deaths* (tidak ada kematian terkait AIDS), dan (3) *Zero stigma and discrimination* (tidak ada stigma dan diskriminasi). Pendekatan ini menekankan bahwa keberhasilan penanggulangan HIV tidak hanya diukur dari aspek klinis, tetapi juga dari dimensi sosial dan struktural, termasuk penghapusan stigma dan peningkatan akses layanan yang setara. Sejalan dengan komitmen global tersebut, Pemerintah Indonesia telah mengintegrasikan pengendalian HIV/AIDS dan PIMS ke dalam kebijakan pembangunan nasional. Hal ini tercermin dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024 serta Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, yang menempatkan penanggulangan HIV sebagai bagian dari upaya mencapai cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage/UHC*) dan peningkatan kualitas hidup masyarakat, khususnya Orang dengan HIV/AIDS (ODHIV).



Penguatan kebijakan ini juga didukung oleh berbagai regulasi nasional, antara lain Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menegaskan pentingnya pengendalian penyakit menular secara komprehensif, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 yang mengatur secara teknis upaya pencegahan, deteksi, pengobatan, dan perawatan HIV secara berkelanjutan. Selain itu, standar pelayanan klinis mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/90/2019 yang menjamin mutu layanan HIV di fasilitas kesehatan. Daftar lengkap landasan hukum penyusunan RAD ini, baik regulasi nasional maupun regulasi daerah Kota Surabaya, disajikan pada Bab III subbab 3.1 Arah kebijakan nasional juga dituangkan dalam Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS 2026–2029, yang menekankan percepatan pencapaian eliminasi AIDS 2030 melalui kerangka 4 Pilar dan 7 Strategi Utama, meliputi intensifikasi deteksi dini, penguatan tata laksana dan retensi pengobatan, pencegahan kombinasi, penguatan surveilans, tata kelola dan sumber daya, serta kemitraan dan pembiayaan. Kebijakan ini juga menekankan pentingnya desentralisasi program, di mana pemerintah daerah memiliki peran strategis dalam mengimplementasikan intervensi yang sesuai dengan konteks lokal melalui penyusunan RAD.

Evaluasi pelaksanaan program HIV dan PIMS periode 2015–2019 menunjukkan bahwa meskipun terdapat kemajuan dalam peningkatan akses layanan, masih terdapat berbagai tantangan yang memerlukan penyesuaian kebijakan dan strategi. Beberapa capaian penting meliputi peningkatan jumlah layanan tes HIV dan perluasan akses terapi ARV. Namun demikian, masih ditemukan kesenjangan dalam hal cakupan diagnosis dini, retensi dalam pengobatan, serta pencapaian supresi viral. Hasil evaluasi ini menjadi dasar dalam merumuskan kebijakan dan target baru, termasuk kebutuhan peningkatan alokasi sumber daya dan penguatan sistem layanan kesehatan.



Dalam kerangka kebijakan strategis, Indonesia telah menginisiasi pendekatan *fast track 90-90-90* yang diimplementasikan secara bertahap di tingkat kabupaten/kota sebagai bagian dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Pendekatan ini kemudian dikembangkan menjadi target 95-95-95 sejalan dengan komitmen global. Selain itu, inovasi kebijakan juga dilakukan melalui penggunaan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai identitas tunggal dalam sistem pelayanan kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan akuntabilitas, kesinambungan layanan, serta integrasi data pasien.

Penguatan kapasitas sumber daya manusia juga menjadi fokus penting, khususnya melalui peningkatan kompetensi dokter dalam penatalaksanaan HIV tanpa komplikasi dan IMS di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Hal ini bertujuan untuk mendekatkan layanan kepada masyarakat serta meningkatkan akses terhadap diagnosis dan pengobatan HIV secara lebih luas.

Secara epidemiologis, situasi HIV di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi HIV pada populasi dewasa usia 15–49 tahun diperkirakan sebesar 0,32% pada tahun 2019, dengan pola epidemi yang terkonsentrasi pada populasi kunci, kecuali di wilayah tertentu seperti Tanah Papua yang menunjukkan epidemi meluas tingkat rendah. Meskipun prevalensi secara nasional relatif rendah, tingginya jumlah populasi menyebabkan beban absolut kasus HIV tetap signifikan.

Lebih lanjut, dinamika epidemi HIV menunjukkan adanya pergeseran pola penularan yang didominasi oleh transmisi seksual, serta peningkatan kasus pada kelompok usia produktif. Kondisi ini berimplikasi pada meningkatnya beban sosial ekonomi serta perlunya intervensi yang lebih komprehensif, tidak hanya pada populasi kunci tetapi juga populasi umum yang rentan.

Analisis kesenjangan program menunjukkan bahwa masih terdapat berbagai permasalahan yang perlu menjadi perhatian, antara lain keterbatasan ketersediaan dan kualitas data untuk mengukur indikator utama *Three Zero*, rendahnya cakupan tes sifilis terutama pada ibu hamil sebagai bagian dari program eliminasi transmisi ibu ke anak, serta perlunya perluasan intervensi ke populasi non-kunci yang semakin berperan dalam dinamika epidemi.



Selain itu, stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV masih menjadi hambatan utama dalam meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan.

Dalam konteks daerah, Kota Surabaya sebagai kota metropolitan memiliki karakteristik yang meningkatkan kerentanan terhadap penyebaran HIV, antara lain tingginya mobilitas penduduk, urbanisasi, kepadatan penduduk, serta keberadaan populasi kunci. Sebagai pusat rujukan layanan kesehatan di Jawa Timur, Surabaya juga menanggung beban kasus yang lebih kompleks, termasuk pasien rujukan dari wilayah sekitarnya.

Pemerintah Kota Surabaya telah menunjukkan komitmen dalam penanggulangan HIV melalui Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2013 serta Peraturan Wali Kota Surabaya Tahun 2015 tentang HIV yang menjadi dasar implementasi program di tingkat daerah. Namun demikian, berbagai tantangan masih dihadapi, termasuk cakupan tes yang belum optimal, keterlambatan diagnosis, serta kebutuhan penguatan koordinasi lintas sektor.

Untuk merespons tantangan tersebut secara terstruktur dan selaras dengan arah kebijakan nasional terkini, penanggulangan HIV di Kota Surabaya dijangkarkan pada 6 Pilar Transformasi Kesehatan Nasional, yaitu:

1. Layanan Primer: Integrasi deteksi HIV ke dalam platform Integrasi Layanan Primer (ILP) dan Cek Kesehatan Gratis (CKG) di Puskesmas.
2. Layanan Rujukan: Skema Rujuk Balik (PRB) ke Puskesmas bagi pasien stabil untuk memecah beban Rumah Sakit.
3. Ketahanan Kesehatan: Pengamanan rantai pasok mandiri untuk obat ARV dan reagen agar anti putus-stok.
4. Pembiayaan Kesehatan: Pemindahan beban pengobatan dari donor eksternal ke skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/BPJS).
5. SDM Kesehatan: Pendelegasian wewenang terkontrol (*task-shifting*) kepada tenaga kesehatan primer dan kader komunitas.
6. Teknologi Kesehatan: Integrasi penuh Sistem Informasi HIV (SIHA) ke dalam ekosistem digital SATUSEHAT.



Berdasarkan kondisi tersebut dan kerangka transformasi kesehatan nasional, diperlukan suatu dokumen perencanaan yang komprehensif, terintegrasi, dan berbasis bukti untuk mengarahkan upaya penanggulangan HIV secara efektif di tingkat daerah. Oleh karena itu, penyusunan **Rencana Aksi Daerah (RAD) Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Kota Surabaya** menjadi langkah strategis untuk mengoperasionalkan kebijakan nasional ke dalam konteks lokal, memperkuat koordinasi lintas sektor, serta meningkatkan efektivitas intervensi dalam rangka mencapai target eliminasi HIV pada tahun 2030.

1.2 Analisis Situasi

1.2.1 Demografi Surabaya

Berdasarkan data terbaru dari Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Dispendukcapil) Kota Surabaya serta BPS (Data 2024-2025), berikut adalah gambaran kependudukannya:

a. Jumlah dan Distribusi Penduduk

- Total Penduduk: Mencapai sekitar 3.021.343 jiwa (Data Semester II 2024). Surabaya tetap menjadi kota terpadat di Jawa Timur.
- Rasio Jenis Kelamin: Distribusi penduduk cenderung seimbang dengan sedikit lebih banyak penduduk laki-laki. Rasio jenis kelamin berada di angka sekitar 98-99, yang berarti terdapat 98-99 laki-laki untuk setiap 100 perempuan.

b. Kepadatan Penduduk

Kepadatan rata-rata Kota Surabaya mencapai sekitar 9.900 jiwa/km² pada wilayah kota intinya. Angka ini terus berkembang seiring dengan pertumbuhan penduduk yang diproyeksikan mencapai sekitar 3.065.133 jiwa pada tahun 2026. Namun, distribusi ini tidak merata:

- Kepadatan Tertinggi: Terpusat di wilayah Surabaya Utara dan Surabaya Pusat (seperti Kecamatan Sawahan dan Simokerto) yang bisa melampaui 20.000 jiwa/km.



- Kepadatan Terendah: Berada di Surabaya Barat dan Surabaya Timur yang memiliki banyak lahan pengembangan baru atau kawasan konservasi mangrove.

c. Struktur Umur (Piramida Penduduk)

Surabaya saat ini berada dalam masa Bonus Demografi, di mana proporsi penduduk usia produktif sangat dominan.

- Usia Produktif (15-64 tahun): Mencakup lebih dari 70% dari total populasi. Kelompok ini memiliki mobilitas tinggi, yang dalam konteks kesehatan masyarakat, menjadi kelompok paling rentan terhadap penularan penyakit namun juga menjadi penggerak utama ekonomi.
- Kelompok Lansia: Menunjukkan tren peningkatan seiring dengan membaiknya angka harapan hidup di Surabaya.

1.2.2 Sumber Daya Kesehatan (Fasyankes & SDM Kesehatan)

Surabaya memiliki sistem ketahanan kesehatan yang sangat kuat sebagai pusat rujukan medis di Jawa Timur. Berdasarkan data terbaru dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya, BPS Kota Surabaya (2025), dan Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK), berikut adalah gambaran sumber daya kesehatan di Kota Surabaya:

1.2.2.1 Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes)

Surabaya didukung oleh infrastruktur kesehatan yang merata di 31 kecamatan, mencakup layanan tingkat pertama hingga rujukan lanjutan.

1. Rumah Sakit

Terdapat total 69 Rumah Sakit yang beroperasi di Surabaya.

- Kepemilikan: Terbagi menjadi
 - a. Rumah Sakit Pemerintah
 - Pemerintah Pusat seperti RSUD Dr. Soetomo, RSUD Haji
 - Pemerintah Daerah seperti RSUD Dr. Mohamad Soewandhie, RSUD Bhakti Dharma Husada, RSUD Eka Candrarini
 - b. RS TNI/Polri
 - c. Rumah Sakit Swasta yang mendominasi jumlah total.



- Jenis: Mencakup Rumah Sakit Umum (RSU) dan Rumah Sakit dengan unggulan (RS Ibu & Anak, RS Mata, RS Bedah, dll).

2. Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat)

Surabaya memiliki 63 Puskesmas yang tersebar di seluruh kecamatan.

- Puskesmas Rawat Inap: Sebanyak 23 unit telah memiliki fasilitas rawat inap 24 jam untuk menangani kasus darurat dan persalinan.
- Puskesmas Non-Rawat Inap: Sebanyak 40 unit fokus pada pelayanan rawat jalan dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) sesuai usulan yang ditetapkan.

3. Fasilitas Penunjang Lainnya

- Klinik: Terdapat lebih dari 1.100 Klinik (Pratama dan Utama) yang berizin.
- Apotek: Tercatat lebih dari 900 Apotek yang melayani kebutuhan kefarmasian warga.
- Labkesda: Memiliki 1 Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) utama yang telah tersertifikasi untuk berbagai uji klinis dan lingkungan.

1.2.2.2 Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Berdasarkan data SISDMK Kementerian Kesehatan Tahun 2025, Surabaya memiliki jumlah tenaga kesehatan tertinggi di Jawa Timur.

1. Jumlah Tenaga Kesehatan Terdaftar

Total tenaga kesehatan (Nakes) dan tenaga penunjang di Surabaya mencapai lebih dari 42.000 jiwa. Distribusi utamanya meliputi:

- Dokter Umum & Spesialis: > 4.500 orang.
- Perawat: > 14.000 orang (proporsi terbesar).
- Bidan: > 2.800 orang.
- Tenaga Kefarmasian (Apoteker & Asisten): > 3.200 orang.



2. SDM Layanan Khusus HIV

Untuk mendukung program pengendalian HIV/AIDS, Surabaya mengalokasikan tenaga strategis di 84 Layanan PDP (Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan) yang mencakup:

- Dokter: Terlatih dalam tata laksana klinis HIV dan pemberian ARV.
- Perawat & Konselor: Fokus pada konseling VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) dan kepatuhan pengobatan.
- Analis Laboratorium: Tersedia di 63 Puskesmas untuk skrining awal dan di RS Rujukan untuk pemeriksaan CD4/Viral Load.
- Farmasi: Petugas khusus pengelola logistik obat ARV di setiap titik layanan PDP.

3. Layanan Terintegrasi HIV

Sebagai catatan tambahan, Pemkot Surabaya telah memperluas jangkauan layanan HIV sehingga saat ini 126 Fasilitas Kesehatan (63 Puskesmas, 62 RS, dan 1 Klinik Utama) dapat melakukan testing HIV secara masif untuk mendeteksi usia produktif yang rentan.

1.2.3 Situasi Kasus HIV/AIDS di Surabaya

Surabaya menerapkan strategi "Fast Track 95-95-95" dengan memperluas akses testing di 126 titik layanan (63 Puskesmas, 62 Rumah Sakit, dan 1 Klinik Utama).

1. Cakupan Skrining pada Populasi Berisiko (2024-2025)

Cakupan skrining di Surabaya saat ini merupakan salah satu yang tertinggi di Jawa Timur melalui integrasi layanan:

- Ibu Hamil: Skrining mencapai >95% melalui program *Triple Elimination* (HIV, Sifilis, Hepatitis B). Setiap ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC) di Puskesmas wajib menjalani tes HIV.



- Pasien TBC: Implementasi kolaborasi TB-HIV mewajibkan 90% pasien TBC untuk diskriming HIV. Pada 2025, ditemukan sekitar 11.016 kasus TBC dengan tingkat kepatuhan skrining HIV yang sangat tinggi.
- Populasi Kunci: Skrining difokuskan pada penjangkauan lapangan terhadap populasi kunci (LSL, Waria, WPS, dan Penasun) oleh LSM/Komunitas Pendamping yang kemudian dirujuk ke layanan Konseling dan Tes HIV untuk pemeriksaan dan tindak lanjut.

2. Pemetaan Populasi Kunci & Hotspot

Berdasarkan pemetaan terkini, sebaran populasi kunci di Surabaya bersifat dinamis dengan pergeseran dari hotspot fisik (lokalisasi) ke **hotspot virtual** (aplikasi kencan).

Tabel 2.1 Karakteristik Populasi Kunci

Kelompok Populasi Kunci	Karakteristik & Sebaran Hotspot
Lelaki Seks Lelaki (LSL)	Kelompok dengan pertumbuhan kasus tercepat. Hotspot tersebar di ruang publik, tempat hiburan, tempat olah raga, jejaring komunitas dan platform digital.
Wanita Pekerja Seks (WPS)	Tersebar di panti pijat, hotel melati, dan melalui manajemen daring pasca-penutupan lokalisasi fisik.
Waria / Transgender	Terpusat di beberapa titik kumpul malam hari, salon dan komunitas.
Pengguna Napza Suntik	Tren menurun namun tetap dipantau, terutama di wilayah padat penduduk dan memiliki akses terhadap fasilitas kesehatan, farmasi serta jejaring pengguna yang perlu dipantau.

3. Tren Epidemiologi (2021-2025)

Surabaya mencatatkan fenomena unik di mana lebih dari 52% kasus yang ditemukan adalah KTP Non-Surabaya, menegaskan peran kota ini sebagai "pusat tes dan pengobatan" regional.

- Jumlah Kasus Baru pada tahun 2025 tercatat 1.119 kasus baru. Angka ini menunjukkan tren penurunan sekitar 11% dibandingkan dengan periode yang sama pada 2024.



- Positive Rate: Angka *positivity rate* pada kelompok risiko tinggi (terutama LSL) masih berada di kisaran 5% - 7%, sementara pada populasi umum (seperti ibu hamil) sangat rendah (<1%).
- Distribusi Umur & Kelamin:
 - Usia Produktif (15-49 tahun): Mendominasi lebih dari 80% total kasus kumulatif.
 - Jenis Kelamin: Laki-laki mendominasi (>60%), berkorelasi erat dengan peningkatan transmisi pada kelompok LSL.

4. Kaskade HIV (HIV Cascade) Surabaya

Kaskade HIV menggambarkan perjalanan pasien dari diagnosis hingga mencapai supresi virus. Visualisasi capaian Surabaya terhadap target global adalah sebagai berikut:

- a. 95% Mengetahui Status (*Diagnosed*): Surabaya telah melampaui atau mendekati target ini karena masifnya skrining (lebih dari 120.000 tes dilakukan per tahun).
- b. 95% Menjalani Pengobatan (On ART): Ini merupakan tantangan terbesar (*leaking pipeline*). Banyak pasien yang terdiagnosa (terutama Non-KTP Surabaya) tidak segera memulai pengobatan atau *lost to follow-up* (LFU). Berdasarkan Cascade PDP HIV 2025, capaian ODHIV on ART baru mencapai 45,98% (6.734 dari target Renstra 10.252 ODHIV), sehingga inisiasi ART yang cepat pada temuan kasus baru (90,17%) belum diikuti retensi kaskade jangka panjang yang setara.
- c. 95% Viral Load Tersupresi (VL Suppressed): Baseline capaian VL tersupresi Kota Surabaya tahun 2025 berada di angka 54%, dengan target Renstra bertahap menuju 87% pada 2029.

5. Penanggulangan HIV dan AIDS

- Upaya penanggulangan HIV AIDS saat ini sudah mencakup berbagai Upaya termasuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang telah berjalan.
- Sebaran Layanan Kesehatan: Daftar fasilitas kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) yang menyediakan jenis layanan spesifik:
 - KTH (Konseling dan Tes Sukarela).
 - PDP (Perawatan Dukungan dan Pengobatan/Layanan ARV).
 - IMS (Infeksi Menular Seksual).



- PPIA (Pencegahan Penularan Ibu ke Anak).
- Kegiatan Penunjang: Advokasi, koordinasi lintas sektor, pemantauan layanan, serta peran Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dalam penjangkauan dan pendampingan.

6. Isu Strategis

- Lingkungan Kondusif: Tantangan terkait stigma dan diskriminasi di masyarakat serta fasilitas kesehatan.
- Penemuan Kasus: Kendala dalam menjangkau populasi kunci yang tersembunyi serta pelaksanaan notifikasi pasangan.
- Manajemen Kasus: Isu mengenai inisiasi pengobatan yang cepat, tingkat putus obat (*Lost to Follow Up*), dan keterbatasan akses tes *Viral Load*.
- Tata Kelola Program: Masalah sinkronisasi program antar perangkat daerah, kesinambungan pendanaan, logistik, serta peningkatan kapasitas petugas pelaksana.

7. Analisis Situasi HIV di Kota Surabaya

- a. Fasilitas Layanan dan LSM Terlibat dalam Pengendalian HIV di Kota Surabaya
 - Fasilitas Layanan PDP HIV: Terdapat 84 Faskes PDP (Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan), 126 Layanan Tes HIV dan IMS, dan 18 Layanan PrEP.
 - Rumah Sakit (RS): Total 66 RS, terdiri dari 17 RS Pemerintah (13 di antaranya Faskes PDP) dan 49 RS Swasta (7 di antaranya Faskes PDP).
 - Puskesmas: 63 Puskesmas yang seluruhnya merupakan Faskes PDP.
 - Klinik Utama: 169 Klinik Utama di antaranya sebagai Faskes PDP.
 - Laboratorium: 1 Lab Mesin Abbott VL HIV, 18 Alat TCM VL HIV, dan 1 Lab Tes EID.
 - LSM Terlibat:
 - LSM ASPA - ALIANSI SURABAYA PEDULI AIDS antara lain :
 1. Yayasan Mahameru
 2. REKAT
 3. PKBI Jawa Timur
 4. Yayasan ORBIT
 5. PLATO



6. Yayasan ABDI ASIH
 7. IPPI
 8. Yayasan SURABAYA PLUS
 9. Yayasan EMBUN
 10. Yayasan GAYA NUSANTARA
 11. YABHYSA
 12. PERWAKOS
- 25 Pendamping dan Penjangkau Dinas Kesehatan.

b. Sebaran Layanan PDP HIV di Kota Surabaya

Layanan PDP HIV tersebar di berbagai wilayah:

- Barat: RSUD Bhakti Dharma Husada, RS Mitra Keluarga Satelit, RS Wiyung Sejahtera, dan Puskesmas
- Utara: RSUD Husada Prima, RS PKU Muhammadiyah, RS PHC, RS Umum Pusat Kemenkes, dan Puskesmas.
- Pusat: RSUD Dr. Soetomo, RSUD dr. M. Soewandhie, RS Siloam, dan Puskesmas.
- Timur: RS Jiwa Menur, RSUD Haji Provinsi Jawa Timur, RS Universitas Airlangga, RSUD Eka Candrarini, dan Puskesmas.
- Selatan: RSPAL dr. Ramelan, RS Bhayangkara Tk. II H.S. Samsoeri Mertojoso, RS RS Tk. III Brawijaya Surabaya, RS Bhakti Rahayu Surabaya, RSAU Soemitro Lanud Moeljono, RS Islam Surabaya A. Yani, dan Puskesmas.

c. Tren Temuan Kasus HIV

- Total temuan kasus HIV dari tahun 1996 s/d 2019 adalah 7.911.
- Pada tahun 2020, temuan kasus HIV sebanyak 789.
- Pada tahun 2021, temuan kasus HIV sebanyak 671.
- Pada tahun 2022, temuan kasus HIV sebanyak 827.
- Pada tahun 2023, temuan kasus HIV sebanyak 1.260.
- Pada tahun 2024, temuan kasus HIV sebanyak 1.261.
- Pada tahun 2025, temuan kasus HIV sebanyak 1.119.

d. Tren Testing, Temuan Kasus, dan Inisiasi ART (Tahun 2025)

- Kunjungan pasien *testing* HIV sampai Desember 2025 sebanyak 117.549 dengan temuan kasus baru 1.119 ODHIV.



- *Positivity rate* sebesar 0,95%.
 - Inisiasi ART dari temuan kasus baru HIV sejumlah 1.009, dengan capaian inisiasi ART sebesar 90,17%.
- e.** Sebaran Temuan Kasus Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia (Total 1.119 Kasus Baru)
- Jenis Kelamin: Laki-laki 79,89% (894), Perempuan 20,11% (225).
 - Usia (Kelompok Terbesar):
 - o 25-49 tahun: 58,89% (659).
 - o 20-24 tahun: 22,79% (255).
- f.** Sebaran Temuan Kasus Berdasarkan Kelompok Populasi Kelompok Terbesar:
- LSL: 42,27% (473).
 - Populasi Umum: 17,78% (199).
 - TB: 12,60% (141).
 - Pelanggan PS: 5,99% (67).
- g.** Sebaran Temuan Kasus Berdasarkan KTP
- Total Temuan Kasus Baru 2025: 1.119 ODHIV.
 - KTP Surabaya: 522 kasus (46,65%). Inisiasi ART 87,16% (455 kasus).
 - KTP non-Surabaya: 597 kasus (53,35%). Inisiasi ART 92,80% (554 kasus).
 - ODHIV KTP Surabaya belum ART (67 orang): Meninggal sebelum ART (=50), Hilang setelah diagnosa (=13), Rujuk keluar tetapi belum sampai tujuan (=1), Pengobatan IO (=3).
 - ODHIV KTP non-Surabaya belum ART (43 orang): Meninggal sebelum ART (=13), Hilang setelah diagnosa (=21), Rujuk keluar tetapi belum sampai tujuan (=4), Pengobatan IO (=5).
- h.** Sebaran Temuan Kasus Berdasarkan KTP Kota Surabaya per Kecamatan (Kasus Terbanyak):
1. Tambaksari: 49 kasus (9,39%).
 2. Sawahan: 45 kasus (8,62%).
 3. Gubeng: 31 kasus (5,94%).
 4. Semampir: 31 kasus (5,94%).
 5. Wonokromo: 30 kasus (5,75%).



- i.** Capaian SPM (Standar Pelayanan Minimal) Kota Surabaya (Tahun 2025): Seluruh indikator SPM HIV/AIDS (LSL, Waria, WPS, Penasun, Pasien TBC, Pasien IMS, Ibu Hamil) melebihi target tahun 2025, dengan total capaian 134,63%.
- j.** Cascade PDP HIV (Perawatan, Dukungan, & Pengobatan) Tahun 2025:
 - ODHIV ditemukan dan masih hidup sudah memenuhi target.
 - ODHIV mendapatkan pengobatan ARV harus mencapai 10.252 ODHIV *on ART* untuk memenuhi target Renstra (70%).
 - Capaian VL tersupresi harus mencapai 4.175 atau sebesar 62% untuk memenuhi target Renstra.
 - Capaian ODHIV *on ART* adalah 6.734 (45,98%), sedangkan target Renstra 70%.
- k.** Capaian Kolaborasi TBC-HIV Kota Surabaya 2025
 - Pasien TBC ditemukan: 11.016
 - Pasien TBC ditemukan dan tahu status HIV: 8.926 (81%)
 - Pasien TBC ditemukan dan positif HIV: 304 (3%)
 - Pasien TBC HIV dapat ARV: 236 (72%)
- l.** Capaian Penggunaan PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) di Kota Surabaya Tahun 2025
 - Target total 1.144, tercapai 2.727 (238,37%)
 - Capaian tertinggi pada kelompok LSL: 1.984 (278,26% dari target 713)
- m.** Capaian Triple Eliminasi Pemantauan Ibu Hamil HIV:
 - Bumil positif HIV: 48
 - Bumil positif HIV mendapat ARV: 47
 - Bayi lahir hidup: 25
 - Bayi lahir hidup mendapat profilaksis: 20
 - Bayi tes EID: 11
 - Hasil EID Negatif: 11
 - Hasil EID Positif: 0
- n.** Capaian Triple Eliminasi Pemantauan Ibu Hamil Sifilis Tahun 2025:
 - Bumil positif Sifilis: 28
 - Bumil positif Sifilis diobati: 6
 - Bayi dengan sifilis kongenital : 0
 - Bayi dengan sifilis kongenital diobati: 0



1.3 Maksud Dan Tujuan

1.3.2 Maksud

Penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) HIV/AIDS Kota Surabaya dimaksudkan sebagai dokumen strategis yang menjadi acuan bagi pemerintah daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, serta seluruh pemangku kepentingan dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS secara terarah, terpadu, dan berkelanjutan.

1.3.3 Tujuan Umum

Mewujudkan pengendalian HIV/AIDS yang efektif dan berkelanjutan di Kota Surabaya melalui peningkatan upaya pencegahan, deteksi dini, pengobatan, serta perawatan dan dukungan bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHIV), sehingga dapat menurunkan insidensi HIV dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat pada periode perencanaan yang ditetapkan.

1.3.4 Tujuan Khusus

Untuk mencapai tujuan umum tersebut, ditetapkan tujuan khusus sebagai berikut:

1. Meningkatkan cakupan diagnosis HIV

Meningkatkan proporsi orang dengan HIV yang mengetahui statusnya menjadi minimal 90% melalui perluasan layanan tes HIV, baik berbasis fasilitas kesehatan maupun berbasis komunitas.

2. Meningkatkan akses dan cakupan pengobatan ARV

Meningkatkan proporsi ODHIV yang mendapatkan terapi antiretroviral (ARV) menjadi 93% dari ODHIV yang terdiagnosis pada tahun 2029 (selaras dengan target kaskade pada Bab II), serta memastikan keberlanjutan pengobatan melalui sistem layanan yang terintegrasi.

3. Meningkatkan akses pemeriksaan viral load

Meningkatkan cakupan pemeriksaan viral load hingga 75% pada ODHIV yang menjalani terapi ARV sebagai indikator keberhasilan pengobatan dan pengendalian penularan.



4. Menurunkan penularan HIV dan infeksi terkait pada anak
Menurunkan kejadian infeksi baru HIV, sifilis, dan hepatitis B pada anak melalui penguatan program pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA), termasuk peningkatan cakupan skrining pada ibu hamil.
5. Mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV
Menurunkan tingkat stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV di fasilitas pelayanan kesehatan hingga di bawah 10% (selaras dengan target Bab II) melalui intervensi edukasi masyarakat, advokasi kebijakan, serta penguatan peran komunitas.
6. Memperluas jangkauan intervensi HIV
Mengembangkan dan memperluas intervensi pencegahan dan pengendalian HIV tidak hanya pada populasi kunci, tetapi juga pada populasi umum yang berisiko, seiring dengan dinamika epidemi yang berkembang.
7. Memperkuat sistem layanan dan tata kelola program HIV
Meningkatkan kapasitas sistem kesehatan melalui penguatan sumber daya manusia, sistem informasi, logistik, serta koordinasi lintas sektor dalam penanggulangan HIV/AIDS.

1.4 Sasaran

Sasaran Rencana Aksi Daerah (RAD) HIV/AIDS Kota Surabaya mencakup seluruh pemangku kepentingan yang berperan dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS), baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara rinci, sasaran tersebut meliputi:

1. Pemerintah Pusat

Kementerian dan lembaga terkait yang memiliki peran dalam perumusan kebijakan, penyediaan regulasi, serta dukungan program dan pendanaan dalam pengendalian HIV/AIDS dan PIMS.

2. Pemerintah Daerah

Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kota Surabaya, termasuk perangkat daerah terkait, khususnya Dinas Kesehatan, sebagai penanggung jawab utama dalam implementasi program HIV/AIDS di tingkat daerah.



3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, baik tingkat pertama maupun rujukan, termasuk puskesmas, rumah sakit, klinik, serta laboratorium yang berperan dalam layanan tes, pengobatan, dan perawatan HIV/AIDS.

4. Mitra Pembangunan dan Organisasi Non-Pemerintah

Lembaga swadaya masyarakat (LSM), organisasi berbasis komunitas (CBO), organisasi profesi, serta mitra pembangunan lainnya yang berkontribusi dalam edukasi, pendampingan ODHIV, dan advokasi kebijakan.

5. Sektor Swasta dan Dunia Usaha

Perusahaan dan institusi swasta yang berperan dalam mendukung program HIV/AIDS melalui kebijakan tempat kerja, program tanggung jawab sosial (CSR), serta penyediaan layanan kesehatan bagi pekerja.

6. Institusi Pendidikan dan Akademisi

Perguruan tinggi dan lembaga penelitian yang berperan dalam pengembangan ilmu pengetahuan, penelitian, serta inovasi dalam penanggulangan HIV/AIDS.

7. Masyarakat Umum

Seluruh lapisan masyarakat, termasuk populasi kunci dan populasi rentan, sebagai penerima manfaat sekaligus subjek utama dalam perubahan perilaku dan pencegahan HIV/AIDS.

1.5 Ruang Lingkup

Ruang lingkup Rencana Aksi Daerah (RAD) HIV/AIDS Kota Surabaya mencakup seluruh upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS dan PIMS yang dilaksanakan secara komprehensif, terintegrasi, dan berkelanjutan, dengan melibatkan berbagai sektor dan pemangku kepentingan. Secara umum, ruang lingkup RAD meliputi:

1. Penggunaan dan Adaptasi Kebijakan Nasional

Pemanfaatan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS Periode 2026–2029 (Kementerian Kesehatan RI, masih berstatus draft per Juli 2026) sebagai acuan utama dalam perencanaan dan pelaksanaan program di tingkat daerah, dengan penyesuaian terhadap konteks lokal Kota Surabaya.



2. Pendekatan Lintas Sektor (Multisektoral)

Pelibatan berbagai sektor, termasuk kesehatan, pendidikan, sosial, ketenagakerjaan, hukum, serta sektor lainnya dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS secara terpadu.

3. Pelibatan Multi-Pihak

Keterlibatan aktif pemerintah, sektor swasta, akademisi, organisasi masyarakat sipil, serta komunitas dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program HIV/AIDS.

4. Upaya Pencegahan HIV dan PIMS

- Promosi kesehatan dan perubahan perilaku
- Pencegahan penularan melalui hubungan seksual berisiko
- Harm reduction pada pengguna napza suntik
- Pencegahan penularan ibu ke anak (PPIA/PMTCT)

5. Layanan Diagnosis dan Pengobatan

- Perluasan layanan tes HIV
- Penyediaan terapi antiretroviral (ARV)
- Pemeriksaan viral load dan monitoring pengobatan

6. Perawatan, Dukungan, dan Pengurangan Dampak

- Dukungan psikososial bagi ODHIV
- Pengurangan stigma dan diskriminasi
- Pemberdayaan komunitas

7. Penguatan Sistem Kesehatan

- Peningkatan kapasitas sumber daya manusia
- Penguatan sistem logistik dan rantai pasok obat
- Pengembangan sistem informasi dan surveilans HIV

8. Monitoring, Evaluasi, dan Pelaporan



BAB II

KERANGKA KERJA, TUJUAN DAN TARGET PROGRAM PENANGGULANGAN HIV



2.1 Asta Cita Presiden

Penanggulangan HIV di Kota Surabaya selaras dengan visi Asta Cita Presiden, khususnya dalam memperkuat pembangunan sumber daya manusia (SDM) dan jaminan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Mengingat Surabaya saat ini berada dalam masa Bonus Demografi dengan lebih dari 70% penduduk berada pada usia produktif (15-64 tahun), pengendalian HIV menjadi krusial untuk menjaga produktivitas kota. Investasi pada kesehatan masyarakat melalui transformasi layanan HIV di Surabaya bukan sekadar upaya medis, melainkan langkah strategis untuk memastikan "pilar ekonomi" kota tidak tergerus oleh beban kesehatan akibat epidemi.

2.2 Komitmen Global : Three Zeroes 2030

Pemerintah Kota Surabaya menegaskan kembali komitmennya terhadap visi global "Three Zeroes 2030":

1. Zero New Infections: Menekan laju infeksi baru melalui intervensi pada kelompok berisiko, terutama pada kelompok LSL yang menjadi penyumbang kasus terbesar (42,27%) dan populasi umum.
2. Zero AIDS-Related Deaths: Menghilangkan kematian akibat AIDS dengan memastikan 90% ODHIV baru segera memulai inisiasi ART, sebuah fondasi yang sudah kuat di Surabaya dengan capaian 90,17% pada tahun 2025.



3. Zero Stigma and Discrimination: Menciptakan lingkungan layanan kesehatan dan sosial yang ramah, mengingat stigma masih menjadi hambatan bagi ODHIV dalam mempertahankan kepatuhan pengobatan.

Sebagai pusat rujukan regiona di Jawa Timur, di mana 53,35% temuan kasus baru adalah penduduk non-KTP Surabaya, keberhasilan mencapai Three Zeroes di kota ini akan memberikan dampak signifikan terhadap pengendalian epidemi secara nasional.

2.3 Pilar Eliminasi

Strategi operasional RAD ini dijabarkan ke dalam empat pilar transformasi kesehatan yang disesuaikan dengan konteks lokal Surabaya:

2.3.1 PILAR 1 : DETEKSI DINI TERINTEGRASI

Mengoptimalkan 126 titik layanan tes HIV dan IMS yang tersebar di seluruh wilayah. Strategi ini melibatkan integrasi deteksi HIV ke dalam platform Cek Kesehatan Gratis (CKG) dan program *Triple Elimination* bagi ibu hamil yang cakupannya sudah mencapai >95% di Surabaya. Fokus utama adalah menjangkau "*hotspot virtual*" melalui komunitas daring untuk merespons pergeseran pola transmisi seksual yang dinamis.

2.3.2 PILAR 2 : TRANSFORMASI LAYANAN RUJUKAN

Memperkuat peran 66 rumah sakit dan 63 Puskesmas yang seluruhnya telah mampu memberikan layanan PDP (Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan). Melalui skema Rujuk Balik (PRB), beban RSUD Dr. Soetomo dan RSUD lainnya didistribusikan ke Puskesmas terdekat agar layanan lebih inklusif dan mudah dijangkau oleh pasien stabil

2.3.3 PILAR 3 : KEBERHASILAN TERAPI

Menutup celah pada "*leaking pipeline*" pengobatan dengan meningkatkan retensi ART yang saat ini baru mencapai 45,98% dari target 70%. Prioritas pilar ini adalah pemantauan *Viral Load* (VL) yang tersupresi menggunakan 18 alat TCM yang tersedia, guna memastikan ODHIV tidak lagi menularkan virusnya.



2.3.4 PILAR 4 : ENABLER :TATA KELOLA, PENDANAAN DAN KOMUNITAS

Mengandalkan kekuatan kemitraan dengan organisasi masyarakat sipil seperti Aliansi Surabaya Peduli AIDS (ASPA) dan optimalisasi digitalisasi melalui SIHA yang terintegrasi dengan SATUSEHAT. Pendanaan diarahkan pada kemandirian daerah melalui APBD dan JKN untuk menjamin keberlanjutan logistik obat dan reagen.

2.4 Target Program Penanggulangan HIV, AIDS & IMS

- 1. 90 % MENGETAHUI STATUS HIV :** Melalui perluasan skrining pada populasi kunci dan kelompok rentan.
- 2. 93 % PENGOBATAN ARV :** Meningkatkan inisiasi ART secara cepat (fast-track) bagi seluruh ODHIV yang ditemukan.
- 3. 87% VIRUS TERSUPRESI :** Memastikan keberhasilan klinis melalui pemeriksaan VL rutin.
- 4. < 10% STIGMA & DISKRIMINASI :** Fokus pada penguatan Kelompok Dukungan Sebaya (PSG) dan edukasi masyarakat untuk menciptakan "Surabaya Ramah ODHIV
- 5. < 10% PERILAKU MENGHINDAR**

Tantangan:

1. Tingginya mobilitas penduduk dan migrasi pasien. Surabaya sebagai kota metropolitan dan pusat rujukan kesehatan menyebabkan banyak kasus HIV berasal dari luar kota yang tercatat dan mendapatkan layanan di Surabaya.
2. Masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV di Masyarakat, sehingga sebagian pasien menolak pengobatan dengan alasan terkait pekerjaan, takut kehilangan pekerjaan (PHK), tidak ingin status kesehatannya diketahui orang lain, dan alasan sosial lainnya.
3. Sulit menjangkau populasi kunci dan kelompok berisiko yang tersembunyi.
4. Kepatuhan pengobatan ARV jangka panjang/seumur hidup, membuat ODHIV mudah putus asa, lelah minum obat sehingga diperlukan pendampingan yang berkelanjutan; termasuk bagi pasien TB Koinfeksi HIV dengan beban minum obat yang tinggi.



5. Keterbatasan pelacakan pasien non-domisili Surabaya, sehingga sering sulit dipantau keberlanjutan pengobatannya.
6. Masalah sosial dan ekonomi membuat pasien HIV kehilangan produktivitas serta kesulitan mencari nafkah, yang pada akhirnya memengaruhi keberhasilan pengobatan.
7. Monitoring Keberhasilan Supresi Viral Load, tidak semua ODHIV melakukan pemeriksaan Viral Load sesuai jadwal.

Strategi:

1. Penguatan Layanan HIV Terintegrasi Dinas Kesehatan telah memperluas dan memperkuat jejaring layanan HIV yang terintegrasi di Kota Surabaya melalui puskesmas, rumah sakit, klinik swasta, serta dukungan layanan berbasis komunitas. Upaya ini bertujuan meningkatkan akses layanan tes, perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV yang lebih dekat, mudah, dan ramah bagi seluruh sasaran.
2. Pelayanan HIV yang Tidak Berbasis Domisili ODHIV dapat mengakses layanan pengobatan secara gratis di fasilitas kesehatan manapun sesuai kebutuhan, dengan tetap mendorong mekanisme rujukan dan pencatatan berkelanjutan melalui Sistem Informasi HIV AIDS (SIHA 2.1) guna menjaga kesinambungan pengobatan.
3. Penguatan Penelusuran ODHIV Hilang (Lost To Follow Up) Dinas Kesehatan telah dilakukan upaya peningkatan penelusuran ODHIV yang hilang dari perawatan melalui koordinasi antara fasilitas layanan, petugas program HIV, dan pendamping komunitas/LSM. Kegiatan refreshing, pendampingan, serta pemutakhiran data kontak dilakukan secara berkala untuk menurunkan angka LTFU.
4. Kolaborasi dengan Organisasi Masyarakat Sipil Kemitraan dengan organisasi masyarakat sipil dan komunitas populasi kunci terus diperkuat, terutama dalam kegiatan penjangkauan, edukasi, rujukan layanan, pendampingan pengobatan, penelusuran ODHIV yang putus perawatan dan pemantauan pemeriksaan Viral Load HIV. Kolaborasi ini membantu menjangkau sasaran yang sulit diakses oleh layanan formal.



5. Pengurangan Stigma dan Diskriminasi Kegiatan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan telah dilakukan untuk membangun layanan HIV yang ramah, tidak diskriminatif, dan menjunjung tinggi kerahasiaan. Melalui Puskesmas secara rutin melakukan penyuluhan edukasi HIV Komprehensif pada seluruh anak sekolah SMP dan SMA di wilayah kerja Puskesmas, penyuluhan pada Instansi Pemerintah dan Swasta dengan melibatkan Aliansi Surabaya Peduli AIDS (ASPA).

Penguatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Pelatihan dan pembinaan teknis bagi tenaga kesehatan, pengelola program HIV, dan pendamping komunitas telah dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan secara berkelanjutan untuk meningkatkan kapasitas dalam layanan HIV komprehensif termasuk pengembangan perluasan layanan testing dan pengobatan HIV serta kegiatan supervisi mentoring layanan baik tatap muka maupun virtual.



BAB III

STRATEGI DAN AKSI KEGIATAN

3.1 Landasan Kebijakan Dan Regulasi

Penyusunan RAD ini didasarkan pada payung hukum nasional dan daerah yang menjamin kepastian tata kelola penanggulangan HIV, AIDS, dan PIMS sebagai berikut:

1. Regulasi Nasional:

- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang menetapkan kesehatan sebagai urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar.
- Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019, yang mewajibkan skrining HIV bagi populasi berisiko.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, yang menetapkan standar teknis layanan kesehatan dasar termasuk penanggulangan penyakit menular di tingkat daerah.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS, yang menjadi pedoman operasional terbaru untuk mencapai eliminasi 2030.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029, yang menjadi acuan arah kebijakan pembangunan kesehatan nasional jangka menengah termasuk target penanggulangan HIV/AIDS.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.01.07/Menkes/90/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV.

2. Regulasi Daerah Kota Surabaya:

- Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Surabaya.



- Peraturan Walikota Surabaya Nomor 29 Tahun 2015 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2013.

3.2 Arah Kebijakan

Pemerintah Kota Surabaya menetapkan arah kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS dengan mengintegrasikan komitmen nasional yang tertuang dalam PMK No. 23 Tahun 2022 dan Rencana Aksi Nasional (RAN). Kebijakan ini diarahkan pada:

- Transformasi Manajemen Penanggulangan: Memperkuat tata kelola program yang akuntabel melalui optimalisasi digitalisasi data dengan pemanfaatan SIHA dan SITB secara terintegrasi.
- Pemberdayaan Masyarakat: Menempatkan komunitas dan populasi kunci bukan sekadar sebagai objek, melainkan mitra aktif dalam perencanaan dan pelaksanaan penanggulangan di tingkat akar rumput (Kelurahan).
- Fokus Preventif-Promotif yang Berkeadilan: Memastikan setiap warga Surabaya, tanpa stigma, memiliki akses terhadap layanan pencegahan dan pengobatan yang bermutu, terjangkau, dan merata di seluruh wilayah Surabaya (Puskesmas dan Rumah Sakit).

3.3 Tujuan

- **Tujuan Umum:** Mewujudkan Kota Surabaya bebas dari ancaman HIV, AIDS, dan Infeksi Menular Seksual (IMS) melalui pencapaian Eliminasi (Ending AIDS) pada tahun 2030.
- **Tujuan Khusus:**
 1. Meniadakan infeksi HIV baru (*Zero New Infection*).
 2. Meniadakan kematian terkait AIDS (*Zero AIDS-Related Death*).
 3. Menghapus segala bentuk stigmatisasi dan diskriminasi terhadap Orang dengan HIV (ODHIV) (*Zero Discrimination*).

3.4 Target (95-95-95)

Untuk mencapai eliminasi 2030, Kota Surabaya menetapkan target sebagai berikut:

1. **95% ODHIV ditemukan:** Memastikan 95% dari estimasi jumlah ODHIV di Surabaya mengetahui statusnya melalui tes HIV yang masif.



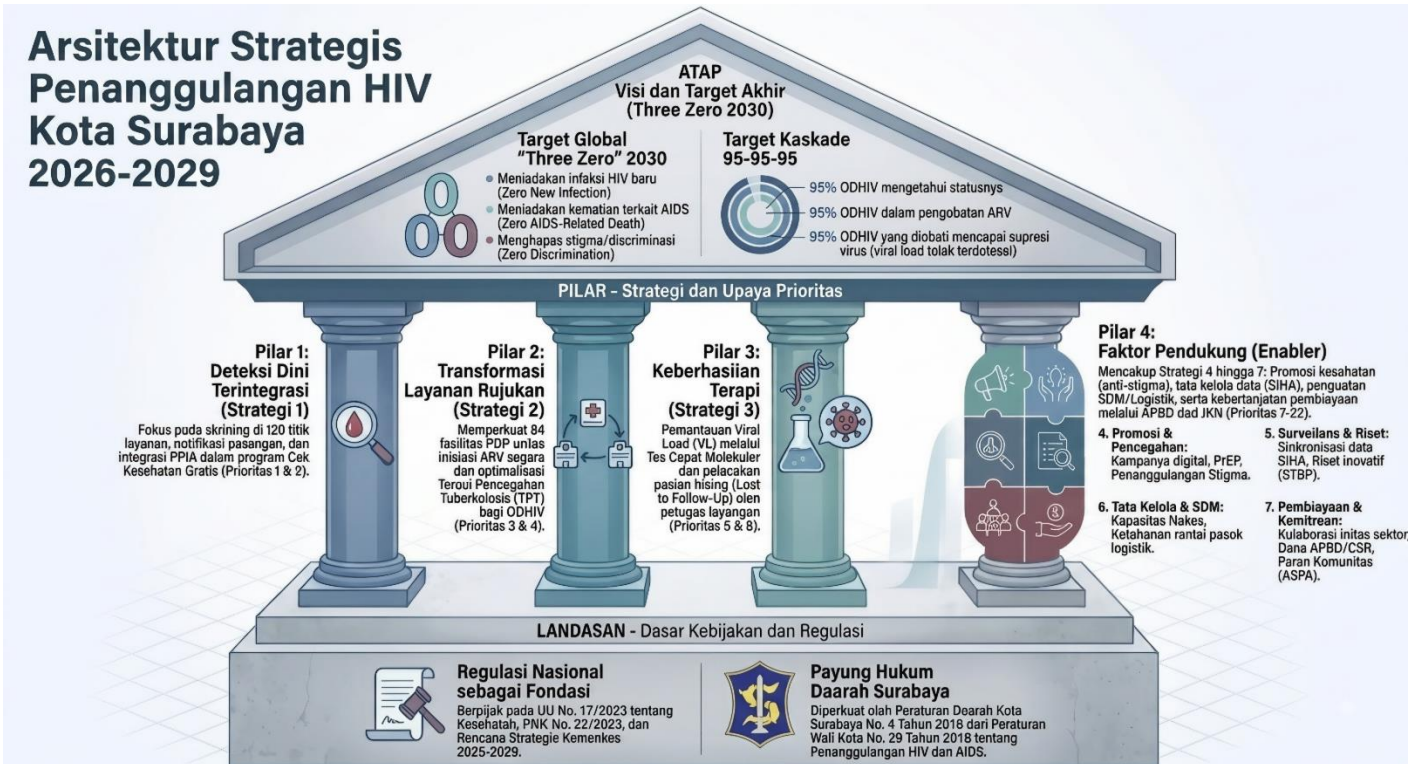
- 2. **95% ODHIV dalam Pengobatan:** Memastikan 95% dari ODHIV yang telah mengetahui statusnya mendapatkan pengobatan Antiretroviral (ARV).
- 3. **95% ODHIV Mengalami Supresi Virus:** Memastikan 95% dari ODHIV yang dalam pengobatan memiliki kadar virus yang tersupresi (tidak terdeteksi) sehingga tidak menularkan.

3.5 Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Nasional

Mengacu pada target pemerintah pusat dalam RPJMN dan Renstra Kemenkes terbaru, Kota Surabaya menetapkan IKK Tahun pada 2026 sebagai berikut:

- 1. Cakupan Penemuan ODHIV: 95% ODHIV ditemukan dari estimasi pada tahun 2026.
- 2. Cakupan Inisiasi ART: 90% ODHIV baru yang ditemukan mendapatkan pengobatan ARV.
- 3. Cakupan Supresi Virus: 60% ODHIV dalam pengobatan ARV memiliki Viral Load yang tersupresi.
- 4. Cakupan Pengobatan Sifilis: 95% pasien sifilis yang ditemukan mendapatkan pengobatan adekuat.

3.6 Pilar Dan Strategi Prioritas



Strategi 1: Intensifikasi Deteksi Dini dan Diagnosis



- a. Skrining & Deteksi Dini HIV Terfokus pada Populasi Kunci, Pasangan ODHIV, Pop Rentan & Pop. Khusus melalui tes rutin, Notifikasi Pasangan & Anak (NPA), Social Network Strategy (SNS).
 - b. Diagnosis dan konfirmasi pada bayi (EID), tes
- diagnostik Strategi 1 memiliki Upaya prioritas berupa:

- **Prioritas 1 (Skrining & Tes):** Akses, skrining, dan tes HIV & IMS di 126 titik layanan yang sudah ada, dengan fokus pada deteksi dini di tingkat Puskesmas. Koordinasi dengan KUA dan lembaga keagamaan lainnya di Kota Surabaya sebagai upaya skrining HIV dan Sifilis pada calon pengantin.
- **Prioritas 2 (Layanan PPIA & CKG):** Integrasi Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA) dalam program Cek Kesehatan Gratis (CKG) untuk memutus rantai penularan pada bayi.

2. Pilar 2: 95% ODHIV Mendapatkan Pengobatan ARV

Strategi 2: Penguatan Tatalaksana HIV di Fasyankes

- a. Memperkuat Pengobatan dan Perawatan serta skrining AHD di FPKTP
- b. Memperkuat Tata Laksana FPKTL untuk penatalaksanaan *Advanced HIV Disease(AHD)*, HIV pada anak
- c. Mekanisme Rujuk Balik

Strategi 2 memiliki Upaya prioritas berupa:

- **Prioritas 3 (Layanan PDP):** Memperkuat 84 Fasilitas PDP di Surabaya untuk memastikan akses pengobatan ARV yang komprehensif, berkualitas, dan berkelanjutan. ODHIV dapat mengakses layanan pengobatan secara gratis di fasilitas kesehatan manapun sesuai kebutuhan tanpa terikat domisili, dengan tetap mendorong mekanisme rujukan dan pencatatan berkelanjutan melalui Sistem Informasi HIV AIDS (SIHA 2.1) guna menjaga kesinambungan pengobatan.
- **Prioritas 4 (Optimalisasi TPT):** Terapi Pencegahan Tuberkulosis secara eksplisit sebagai indikator dengan menambahkan indikator: Persentase ODHIV Baru on ART yang mendapat TPT, dengan target bertahap menuju 55% (2026) – 80% (2030).



3. Pilar 3: 95% ODHIV dengan Virus Tersupresi

Strategi 3: Penguatan Retensi Pengobatan dan Viral Load Tersupresi

- a. Memastikan Kepatuhan Pengobatan Pada ODHIV untuk mencapai virus tersupresi dan
- b. Memantau keberhasilan pengobatan melalui pemeriksaan viral load Strategi 3 memiliki Upaya prioritas berupa:

- **Prioritas 5 (Pemantauan Pengobatan):** Penguatan pemantauan Viral Load (VL) HIV melalui optimalisasi Tes Cepat Molekuler (TCM) dan penanganan komorbid (seperti TB-HIV) guna mencegah resistensi obat.
- **Prioritas 6 (Peran Petugas Lapangan & Kader):** Optimalisasi petugas pendamping Dinas Kesehatan dan lembaga mitra kesehatan untuk pelacakan ODHIV hilang (lost to follow-up).

4. Pilar 4: Faktor Pendukung

Strategi 4: Promosi Kesehatan dan Pencegahan

- a. Memperkuat Komunikasi Risiko, Informasi, Edukasi, dan Hak Asasi Manusia (HAM) serta
- b. Memperkuat pencegahan kombinasi melalui kondom, PrEP dan PEP, pencegahan melalui transfusi darah, pemberian profilaksis dan pemberian kotrimoksazol.

Strategi 4 memiliki Upaya prioritas berupa:

- **Prioritas 7 (Promosi Kesehatan):** Kampanye edukasi melalui media digital dan strategi Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) yang menjangkau remaja dan kelompok berisiko.
- **Prioritas 8 (Intervensi Kombinasi Pencegahan):** Implementasi intervensi kombinasi pencegahan HIV melalui edukasi, skrining, layanan Profilaksis Pra Paparan (PrEP), kondom, dan Harm Reduction.
- **Prioritas 9 (Penanggulangan Stigma & Diskriminasi):** Menurunkan stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV di lingkungan masyarakat umum maupun fasilitas pelayanan kesehatan melalui edukasi berkelanjutan, pelatihan sensitivitas bagi tenaga kesehatan, penguatan mekanisme pengaduan, serta pemberdayaan ODHIV sebagai agen perubahan sosial.



Prioritas ini mencakup penguatan Kelompok Dukungan Sebaya (Peer Support Group/PSG) dan integrasi layanan konseling psikologis ODHIV sebagai komponen resmi layanan PDP, guna memastikan ODHIV dapat mengakses layanan secara bermartabat dan tanpa hambatan sosial.

Strategi 5: Surveilans, Respon Cepat, Riset dan Inovasi

- a. Surveilans Terpadu, Analisis dan Respon Cepat
- b. Sistem Informasi HIV
- c. Pemetaan populasi kunci dan
- d. Pengembangan Riset dan Inovasi untuk mendukung terobosan dalam upaya penemuan kasus, pengobatan hingga virus tersupresi

Strategi 5 memiliki Upaya prioritas berupa:

- **Prioritas 10 (Tata Kelola & Data):** Sinkronisasi data pada sistem informasi program HIV (SIHA) secara tepat dan akurat.
- **Prioritas 11 (Evaluasi dan Monitoring):** Melaksanakan Survei Faktor Risiko HIV (STBP) sebagai output data dan surveilans dengan melaksanakan STBP secara berkala (minimal 1 kali dalam 5 tahun) berkoordinasi dengan BRIDA. Memperkuat program konseling psikologis ODHIV sebagai komponen resmi layanan PDP.

Strategi 6: Tata Kelola dan Sumber Daya

- a. Memperkuat SDM Kesehatan serta petugas komunitas dalam akselerasi program HIV.
- b. Memperkuat *Public Private & Community Partnership (PPCP)* untuk peningkatan tatakelola layanan,
- c. Penyediaan *Differentiated Service Delivery (DSD)*
- d. Peningkatan mutu kualitas layanan.
- e. Memperkuat tatakelola logistik terutama kekosongan stok dan stok berlebih yang potensi ED.

Strategi 6 memiliki Upaya prioritas berupa:

- **Prioritas 12 (Memperkuat Definisi Operasional):** Menyusun definisi operasional indikator SPM HIV yang mengacu pada IPSPM, dengan memisahkan pelaporan antara capaian ketersediaan sumber daya (reagen, alat, dan tenaga kesehatan) dan capaian jumlah warga yang benar-benar menerima layanan, agar angka SPM tidak rancu.



- **Prioritas 13 (Penambahan Rujukan):** Menambahkan rujukan IKK 9.2.1 RPJMN pada tabel indikator RAD agar pelaporan Surabaya dapat langsung dikontribusikan ke laporan nasional.
- **Prioritas 14 (Kecukupan SDM):** Peningkatan kapasitas SDM program HIV melalui pelatihan berkelanjutan pada puskesmas dan rumah sakit
- **Prioritas 15 (Rantai Pasok dan Ketahanan Tanggap Darurat Layanan):** Memastikan ketersediaan dan ketepatan waktu pengadaan logistik program HIV, AIDS, dan IMS—meliputi reagen tes HIV dan Sifilis (Rapid 1/2/3), obat ARV, reagen Viral Load (Abbott/TCM), kertas DBS EID, dan reagen EID—melalui penguatan mekanisme permintaan, penerimaan, penyimpanan, dan distribusi logistik antara Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, dan faskes PDP/tes HIV, termasuk memastikan keberlanjutan logistik dalam kondisi darurat, sehingga tidak terjadi kekosongan stok (stock-out) yang menghambat layanan.

Strategi 7: Pembiayaan dan Kemitraan

- a. Optimalisasi peran kader dan komunitas
- b. Forum kemitraan dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi dan organisasi kemasyarakatan
- c. Pembiayaan keberlanjutan melalui pendanaan domestik, jaminan kesehatan nasional, sektor swasta dan crowd

Strategi 7 memiliki Upaya prioritas berupa:

- **Prioritas 16 (Lintas Program):** Kolaborasi intensif antara program HIV, TB, dan Kesehatan Ibu & Anak (KIA).
- **Prioritas 17 (Lintas Sektor):** Pelibatan aktif berbagai sektor di luar kesehatan seperti pendidikan, ketenagakerjaan, perlindungan sosial, penegakan hukum, hingga sektor swasta.
- **Prioritas 18 (Kemitraan Pemkot):** Harmonisasi kebijakan antar OPD untuk memastikan ketersediaan layanan, regulasi daerah, penganggaran yang memadai, dan penguatan tata kelola administrasi.
- **Prioritas 19 (Lintas Wilayah):** Kemitraan lintas wilayah antar daerah dan provinsi untuk memastikan penanganan pasien lintas batas.



- **Prioritas 20 (Peran Populasi & Komunitas):** Melibatkan lembaga mitra seperti Aliansi Surabaya Peduli AIDS (ASPA) dalam melakukan penjangkauan populasi kunci dan populasi rentan serta pendampingan ODHIV. Membentuk Kelompok Dukungan Sebaya (Peer Support Group).

Memperkuat layanan terintegrasi yang ramah ODHIV dan bebas diskriminasi. Optimalisasi Active Case Finding (ACF) berbasis komunitas dengan melibatkan ABK, TKBM, dan komunitas pekerja/buruh pabrik, dilengkapi indikator jumlah lokasi ACF per tahun. Memperluas sasaran skrining ke usia sekolah dan remaja melalui satuan pendidikan.

- **Prioritas 21 (Sistem Komunitas):** Penguatan sistem komunitas dalam melakukan monitoring kualitas layanan melalui mekanisme umpan balik masyarakat (community-led monitoring).
- **Prioritas 22 (Keberlanjutan Pembiayaan Kesehatan):** Memastikan keberlanjutan pembiayaan program HIV, AIDS, dan IMS Kota Surabaya melalui advokasi penganggaran yang memadai dalam APBD, sinkronisasi dengan sumber pembiayaan pusat (DAK Fisik dan Non-Fisik, BOK, dan sumber lainnya), serta mendorong kontribusi sektor swasta melalui mekanisme CSR. Koordinasi antara Dinas Kesehatan, Bappeda, dan BPKAD Kota Surabaya diperkuat untuk memastikan alokasi anggaran program HIV tidak mengalami penurunan drastis antartahun, dan bahwa kebutuhan logistik serta SDM program tercakup dalam perencanaan keuangan daerah secara berkelanjutan.

3.7 Kegiatan Operasional (Matriks Rencana Aksi)

Tabel 3.1. Matrik Rencana Aksi

No	Prioritas	Kegiatan Utama	Penanggung Jawab	Lokasi/Sasaran
1	Layanan Tes HIV dan IMS	Skrining dan tes HIV masif pada kelompok populasi kunci (LSL, WPS, Waria, Penasun) dan populasi khusus (Ibu Hamil, pasien TBC, pasien IMS)	Dinkes, Rumah Sakit,Klinik, Puskesmas	126 layanan



No	Prioritas	Kegiatan Utama	Penanggung Jawab	Lokasi/Sasaran
2	Pengobatan	<i>Fast track</i> inisiasi ARV segera setelah hasil tes positif	RSUD, RS Swasta, Puskesmas, Klinik Utama	84 Faskes PDP
3	Penelusuran	Penelusuran ODHIV hilang	Penanggung Jawab Layanan PDP, Mahameru dan Manajer Kasus (MK) Dinkes	Wilayah Kecamatan/ Kelurahan
4	Promosi	Kampanye "Surabaya Beraksi" di media sosial	Diskominfo, Dinkes	Populasi Remaja & Umum
5	Kebijakan	Rapat koordinasi kemitraan lintas sektor	Bappeda, Dinkes	Tingkat Kota

3.8 Penyelenggaraan Rencana Aksi

- 1. Mekanisme Koordinasi:
 - a) Bappeda Kota Surabaya: Bertanggung jawab dalam pengarusutamaan RAD HIV ke dalam dokumen perencanaan daerah (RKPD) dan memastikan ketersediaan anggaran.
 - b) BPKAD Kota Surabaya : Sebagai koordinator dalam penyusunan, verifikasi, pengendalian, dan memastikan ketersediaan anggaran.
 - c) Dinas Kesehatan: Sebagai koordinator teknis pelaksanaan pilar 1 dan 4, serta pemantauan indikator kesehatan.
 - d) Tim Percepatan Penanggulangan AIDS dan Malaria Kota Surabaya: Melakukan koordinasi lintas sektor secara berkala untuk mengevaluasi hambatan di lapangan.
- 2. Peran Pemangku Kepentingan (Tupoksi):
 - a) Organisasi Perangkat Daerah (OPD): Mendukung perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan monitoring evaluasi program HIV di Kota Surabaya.



- b) Instansi Vertikal (Kemenag, Kepolisian, BNN, BKKBN): Mendukung penghapusan stigma dan edukasi dari perspektif keagamaan dan hukum.
- c) Lembaga Komunitas dan Sektor Swasta: Menjalankan fungsi penjangkauan, pendampingan, penelusuran, serta kegiatan pencegahan.

3. Umpan Balik dengan Mitra dan Pemangku Kepentingan:

Proses penyusunan RAD HIV/AIDS Kota Surabaya melibatkan mekanisme umpan balik yang terstruktur dari mitra pelaksana dan pemangku kepentingan, yang dilaksanakan melalui forum sosialisasi, konsultasi publik, dan pengumpulan masukan tertulis lintas sektor. Berikut adalah pokok-pokok umpan balik yang diterima dan telah disepakati sebagai bagian dari komitmen pelaksanaan RAD:

- a) Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) perlu dilaksanakan secara berkala sebagai sumber data epidemiologis berbasis populasi kunci yang komprehensif, guna mendukung perencanaan intervensi yang lebih terarah dan berbasis bukti.
- b) Seluruh indikator yang tercantum dalam RAD akan dilengkapi dengan definisi operasional yang terukur, jelas, dan dapat diverifikasi. Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) akan dioptimalkan sebagai pintu masuk deteksi perilaku berisiko sekaligus wahana intervensi dini yang terintegrasi dengan layanan HIV yang sudah berjalan.
- c) Mekanisme perwalian akan dioptimalkan sebagai instrumen penguatan dalam pendampingan kelompok remaja yang memerlukan akses layanan HIV, dengan tetap menjunjung tinggi prinsip-prinsip perlindungan anak sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- d) Evaluasi penggunaan Profilaksis Pra-Pajanan (PrEP) dilaksanakan secara berkala setiap tiga bulan melalui aplikasi pemantauan yang telah tersedia. Edukasi mengenai tata cara konsumsi PrEP yang benar harus senantiasa diiringi dengan pendampingan intensif oleh petugas terlatih guna memastikan efektivitas dan kepatuhan penggunaan secara optimal.



- e) Edukasi penggunaan kondom pada kelompok masyarakat berisiko tetap diprioritaskan sebagai metode pencegahan primer yang terbukti efektif, mengingat kemampuannya memberikan perlindungan ganda terhadap penularan HIV sekaligus berbagai infeksi menular seksual lainnya.
- f) Kolaborasi antara Dinas Kesehatan dan unsur akademisi dalam pengembangan serta penyampaian materi edukasi HIV kepada kelompok remaja sangat dimungkinkan untuk diwujudkan, termasuk melalui integrasi muatan edukasi HIV ke dalam kegiatan Masa Orientasi Siswa (MOS) di satuan pendidikan.
- g) Penguatan sinergi lintas sektor merupakan prasyarat utama keberhasilan pelaksanaan RAD. Hal ini mencakup peningkatan kapasitas sumber daya manusia di tingkat kecamatan dan kelurahan, serta pengembangan sistem data terintegrasi yang memungkinkan intervensi program dilakukan secara tepat sasaran, terukur, dan akuntabel.
- h) Diperlukan penetapan jalur koordinasi antarlembaga yang jelas dan operasional dalam penanganan ODHIV dengan kondisi kesehatan yang lemah, khususnya bagi mereka yang berdomisili atau berKTP di luar wilayah Kota Surabaya dan berada dalam kondisi terlantar, agar penanganannya dapat dikoordinasikan secara efektif dengan pemerintah daerah asal.
- i) Badan Riset dan Inovasi Daerah (BRIDA) Kota Surabaya diposisikan sebagai mitra strategis dalam penguatan basis bukti pelaksanaan program HIV. Dalam hal ini, setiap permasalahan atau fenomena baru yang muncul dalam implementasi program ditindaklanjuti melalui proses riset kolaboratif yang menghasilkan policy brief sebagai masukan strategis bagi penyempurnaan RAD secara berkala.
- j) Pelatihan pemulasaraan jenazah bagi para modin atau pemuka agama di tingkat komunitas diusulkan sebagai salah satu bentuk intervensi nyata dalam upaya penghapusan stigma. Kegiatan ini diarahkan untuk memastikan bahwa ODHIV yang meninggal dunia di rumah tetap mendapatkan pelayanan yang bermartabat, sehingga stigma terhadap ODHIV dapat dikurangi secara bertahap mulai dari lingkungan terkecil.



3.9 Tabel Indikator Dan Target (2026-2029)

Tabel 3.2 Ringkasan Kelompok Indikator dan Sumber Data

Kelompok Indikator	Indikator	Sumber Data	Alat/Metode	Frekuensi
Masukan (Input)	Tenaga, Sarana, Dana	Laporan Berkala	Form Laporan, SIHA	Tahunan
Proses	Pelatihan, Pengadaan barang, Koordinasi	Laporan Berkala	Form Laporan, Logistik	Triwulan/ Tahunan
Luaran (Output)	Capaian Tes, Inisiasi ARV, Skrining IMS	Laporan Berkala (SIHA)	Dashbor SIHA	Bulanan/ Tahunan
Hasil (Outcome)	Perubahan perilaku, Supresi Virus	STBP, SIHA	Survei, Laporan Lab	3-5 Tahunan, Tahunan
Dampak (Impact)	Insidens HIV, Kematian AIDS	Estimasi Pemodelan	Spectrum / AEM	Tahunan

1. Indikator Tahun 2026-2029

Tabel 3.3 Indikator Tahun 2026-2029

No	Indikator	Mendukung Zero	Pilar	Prioritas	Baseline 2025	Target			
						2026	2027	2028	2029
Input									
1	Penyediaan reagen tes HIV dan sifilis (Rapid 1, 2, 3)	Zero Infection and Death	1, 4	Prioritas 1, 15	Tersedia	Sesuai estimasi sasaran tes Kota Surabaya			
2	Penyediaan obat ARV	Zero Death	2, 4	Prioritas 3, 15	Tersedia	Kebutuhan ODHIV on ART			
3	Penyediaan reagen Viral Load (Abbott/TCM)	Zero Death	3, 4	Prioritas 3, Prioritas 5, 15	Tersedia	Kebutuhan ODHIV on ART eligible VL			
Proses									
4	Jumlah faskes pelaksana layanan HIV komprehensif	Zero Infection and Death	2	Prioritas 3, Prioritas 4	84 Faskes PDP, 126 faskes tes HIV dan IMS	Peningkatan faskes PDP dan atau faskes tes HIV dan atau penambahan jejaring faskes tes HIV secara berkala			
5	Layanan PDP tanpa kejadian stok kosong (stock-out) ARV	Zero Death	2	Prioritas 3	100%	100% layanan			

6	Ketepatan waktu pelaporan SIHA	Zero Infection and Death	4	Prioritas 10	100%	100% tepat waktu			
7	Kelompok Dukungan Sebaya (Peer Support Group) aktif	Zero Discrimination	4	Prioritas 20	Tersedia	Tersedia			
Luaran (Output)									
8	Cakupan Skrining dan Deteksi Dini HIV pada Populasi Berisiko	Zero Infection	1	Prioritas 1	100%	100%	100%	100%	100%
9	Cakupan Inisiasi ART pada ODHIV Baru	Zero Death	2	Prioritas 3	90%	90%	91%	92%	93%
10	Cakupan skrining HIV pada ibu hamil	Zero Infection	1	Prioritas 1	100%	100%	100%	100%	100%
11	Cakupan pengobatan ARV bagi ibu hamil	Zero Death	2	Prioritas 3	89%	91%	94%	96%	100%
12	Cakupan skrining sifilis pada ibu hamil	Zero Infection	1	Prioritas 1	100%	100%	100%	100%	100%
13	Cakupan pengobatan sifilis pada ibu hamil	Zero Death	1	Prioritas 3	22%	70%	80%	90%	100%
14	Cakupan ODHIV Baru on ART mendapat TPT	Zero Death	2	Prioritas 4	43%	55%	60%	70%	80%



15	Cakupan ODHIV pengobatan ARV diperiksa Viral Load (dites VL)	Zero Death	3	Prioritas 5	70%	75%	80%	85%	90%
Hasil Akhir (Outcome)									
16	Persentase ODHIV Viral Load tersupresi (<50 kopi/ml)	Zero Death	3	Prioritas 5	54%	65%	71%	78%	87%
17	Proporsi bayi lahir bebas HIV dari ibu HIV(+)	Zero Infection	1	Prioritas 2	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%
18	Tingkat penggunaan kondom pada populasi kunci	Zero Infection	4	Prioritas 8, 20	> 62%	> 70%	> 75%	> 80%	> 85%



2. PAKET LAYANAN HIV AIDS DAN IMS DI KOTA SURABAYA

Tabel 3.4 Paket Layanan HIV, AIDS dan IMS di Kota Surabaya

Jenis Fasilitas	Paket Layanan	Kapasitas Surabaya (ANSIT 2025)
FKTP (Puskesmas)	Skrining, tes HIV dan IMS, diagnosis HIV dan IMS, Inisiasi ARV, pengobatan HIV dan Sifilis, PPIA, konseling kepatuhan, pemberian TPT, tes viral load HIV (TCM)	63 Puskesmas (Seluruhnya Faskes PDP)
FKRTL (Rumah Sakit)	Skrining, tes HIV dan IMS, diagnosis HIV dan IMS, Inisiasi ARV, pengobatan HIV dan Sifilis, PPIA, konseling kepatuhan, pemberian TPT, tes viral load HIV, penanganan Infeksi Oportunistik (IO), konseling spesialis.	13 RS Pemerintah & 7 RS Swasta (Faskes PDP)
Layanan Tes HIV dan IMS	Skrining, Konseling, dan Tes bagi yang berisiko baik secara sukarela maupun inisiatif petugas.	126 Titik Layanan Tes (63 Puskesmas dan 63 RS)
Layanan Pencegahan	Pemberian Profilaksis Pra-Pajanan (PrEP)	18 Layanan PrEP
Laboratorium	Pemeriksaan Viral Load HIV dan Tes EID pada Bayi	1 Lab Mesin Abbott, 1 Lab Mesin EID, & 18 Alat TCM VL



BAB IV

PEMBIAYAAN

Dalam konteks penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pembiayaan merupakan unsur mutlak yang harus tersedia. Pemerintah Kota Surabaya setiap tahun merencanakan dan menetapkan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) sebagai pedoman dalam mengatur penerimaan dan belanja untuk pelaksanaan pembangunan daerah. Pelaksanaannya merupakan tindak lanjut dari perencanaan pembangunan yang disahkan oleh eksekutif dan legislatif. Di dalamnya terkandung pokok pembiayaan untuk merealisasikan seluruh program dan kegiatan pembangunan, baik dalam bentuk belanja langsung, belanja tidak langsung, maupun pembiayaan lainnya.

Pembiayaan kegiatan dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS pada dasarnya adalah besaran nilai investasi yang direncanakan untuk mendanai pelaksanaan program dan kegiatan pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS berdasarkan kebutuhan yang teridentifikasi menuju pencapaian target Ending AIDS 2030 (Three Zero).

Pembiayaan ini ditujukan untuk peningkatan pembangunan sektor kesehatan dengan fokus pada pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS. Secara komprehensif, pembiayaan pembangunan ini ditujukan untuk mewujudkan dan mencapai sasaran yang ditetapkan dalam visi daerah, dalam hal ini untuk kemakmuran dan kesejahteraan masyarakat Kota Surabaya. Pembiayaan yang dimaksud mencakup penyelenggaraan tata kelola layanan komprehensif berkesinambungan (LKB), pembiayaan kaskade pengobatan mulai dari penemuan kasus, inisiasi ART, hingga pemantauan viral load, penguatan layanan pencegahan termasuk PrEP dan Triple Eliminasi, peningkatan kapasitas sumber daya kesehatan, penguatan sistem informasi HIV AIDS dan PIMS (SIHA), serta pemberdayaan masyarakat dan populasi kunci melalui kemitraan dengan komunitas dan LSM pendamping.

Arah pembiayaan disusun dengan mempertimbangkan aturan perundangan yang berlaku, transparansi, akuntabilitas, serta kemampuan keuangan daerah, dengan orientasi meningkatkan proporsi pembiayaan bersumber dalam negeri secara bertahap seiring berkurangnya dukungan mitra pembangunan internasional.



Mekanisme pembiayaan yang dilaksanakan mengikuti prinsip dan ketentuan yang ditetapkan baik oleh Pemerintah Daerah maupun penyedia sumber pendanaan lainnya. Pembiayaan yang bersumber dari APBD menggunakan mekanisme kalender anggaran tahunan, yang diintegrasikan ke dalam Rencana Kerja (Renja) dan Rencana Kerja Anggaran (RKA) Perangkat Daerah.

Sumber-sumber potensial pembiayaan RAD Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Kota Surabaya meliputi:

- a. JKN
- b. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), termasuk penyediaan logistik obat antiretroviral (ARV), reagen, dan logistik program yang bersumber dari pengadaan nasional;
- c. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi Jawa Timur;
- d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kota Surabaya;
- e. Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK);
- f. Kemitraan dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat, termasuk dukungan mitra pembangunan (Global Fund dan mitra internasional lainnya), dana tanggung jawab sosial perusahaan (CSR), serta kontribusi komunitas dan organisasi masyarakat.

Pembagian beban pembiayaan antar tingkat pemerintahan mengikuti kelaziman program nasional, di mana pengadaan logistik utama (ARV, reagen diagnostik, logistik viral load dan Early Infant Diagnosis/EID) sebagian besar masih ditanggung melalui program nasional/APBN, sementara pembiayaan operasional layanan, penjangkauan populasi kunci, insentif kader dan pendamping, serta kegiatan promotif-preventif menjadi bagian yang dibebankan pada APBD Kota Surabaya.



BAB V

PENUTUP

Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan HIV/AIDS Kota Surabaya Tahun 2026–2029 merupakan dokumen strategis yang disusun sebagai wujud nyata komitmen kolektif Pemerintah Kota Surabaya bersama seluruh pemangku kepentingan dalam mengakhiri epidemi HIV pada tahun 2030. Komitmen ini berpijak pada visi global *Three Zero—Zero New Infection, Zero AIDS-Related Deaths*, dan *Zero Discrimination*—serta menerjemahkan target global 95-95-95 UNAIDS ke dalam konteks lokal yang terukur, berkelanjutan, dan berbasis bukti, selaras dengan arah kebijakan nasional sebagaimana tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025–2029 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029.

Dokumen ini meletakkan fondasi konseptual dan regulatif RAD. Latar belakang menjelaskan bahwa penanggulangan HIV merupakan bagian integral dari pembangunan kesehatan nasional, sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS, serta Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2013 dan Peraturan Wali Kota Surabaya Nomor 29 Tahun 2015. Tujuan umum RAD adalah mewujudkan pengendalian HIV yang efektif dan berkelanjutan, dengan tujuan khusus yang mencakup penurunan insidensi, peningkatan cakupan diagnosis hingga minimal 90%, perluasan akses pengobatan antiretroviral (ARV) kepada minimal 70% ODHIV yang terdiagnosis, serta peningkatan cakupan pemeriksaan viral load. Sasaran RAD bersifat multisektoral, meliputi pemerintah pusat dan daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi masyarakat sipil, sektor swasta, akademisi, hingga seluruh lapisan masyarakat.



Dari analisis situasi yang telah dilakukan hingga Desember 2025 dapat diketahui bahwa Kota Surabaya sebagai kota metropolitan memiliki populasi sekitar 3,02 juta jiwa, terbagi dalam 31 kecamatan dan 153 kelurahan. Surabaya didukung oleh infrastruktur kesehatan yang kuat, meliputi 63 Puskesmas, 66 rumah sakit, 84 fasilitas layanan PDP, 126 titik layanan tes HIV dan IMS, dan 18 layanan PrEP. Data epidemiologi tahun 2025 mencatat 1.119 kasus HIV baru dari 117.549 kunjungan testing, dengan positivity rate 0,95% dan capaian inisiasi ART sebesar 90,17% pada ODHIV Baru. Meskipun demikian, kesenjangan kritis masih terjadi pada kaskade pengobatan, di mana capaian ODHIV on ART baru mencapai 45,98% dari target Renstra sebesar 70%, sementara baseline supresi viral load berada di angka 54%. Fenomena unik Surabaya sebagai pusat layanan kesehatan regional tercermin dari fakta bahwa 53,35% kasus baru berasal dari pasien ber-KTP non-Surabaya. Capaian SPM secara keseluruhan telah melampaui target dengan indeks 134,63%, namun tantangan struktural berupa tingginya angka lost to follow-up, keterbatasan logistik alat tes viral load, permasalahan validasi data NIK sementara, serta stigma yang masih kuat di masyarakat menjadi agenda prioritas yang harus diselesaikan secara sistematis.

Berdasarkan data-data di atas dan juga regulasi yang ada maka dirumuskanlah kebijakan, target, serta pilar dan strategi penanggulangan HIV Kota Surabaya dalam kerangka empat pilar utama: (1) Peningkatan Akses dan Mutu Layanan HIV, AIDS, dan IMS; (2) Penguatan Peran Populasi Kunci, Populasi Khusus, Populasi Rentan, dan Masyarakat; (3) Komitmen dan Kemitraan Pemangku Kepentingan; serta (4) Penguatan Sistem Kesehatan Pendukung Program. Keempat pilar tersebut dioperasionalkan melalui 16 prioritas strategis dengan mekanisme koordinasi yang melibatkan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kota Surabaya, Dinas Kesehatan, dan Tim Percepatan Penanggulangan AIDS dan Malaria Kota Surabaya. Target Indikator Kinerja Kegiatan yang ditetapkan untuk tahun 2026 meliputi cakupan penemuan ODHIV sebesar 95% dari estimasi, inisiasi ART 90%, supresi viral load 60%, dan pengobatan sifilis 95%. Penyusunan bab ini diperkuat melalui proses konsultasi publik yang melibatkan unsur masyarakat sipil, organisasi non-pemerintah, serta lintas Organisasi Perangkat Daerah Kota Surabaya.



Dokumen RAD ini bukan sekadar instrumen perencanaan teknis, melainkan manifestasi komitmen moral seluruh elemen Kota Surabaya untuk memastikan bahwa setiap orang dengan HIV mendapatkan hak atas layanan yang bermartabat, bebas stigma, dan berkesinambungan. Keberhasilan pencapaian target eliminasi HIV pada tahun 2030 mensyaratkan konsistensi pelaksanaan, ketepatan alokasi pendanaan, penguatan sistem data, dan terutama semangat kolaborasi lintas sektor yang kukuh dan tidak pernah padam antara pemerintah, komunitas, sektor swasta, dan seluruh masyarakat Kota Surabaya.

WALI KOTA SURABAYA,

ttd

ERI CAHYADI



REFERENSI

1. Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Surabaya, Kota Surabaya Dalam Angka 2024/2025.
2. Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Surabaya, Data Agregat Kependudukan Semester II Tahun 2024.
3. Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) Kota Surabaya.
4. Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Laporan Tahunan dan Profil Kesehatan Kota Surabaya 2024 (Publikasi 2025).
5. BPS Kota Surabaya, Surabaya Dalam Angka 2025.
6. Kementerian Kesehatan RI, Dashboard SISDMK (Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan) - Update 2025.
7. SITB (Sistem Informasi Tuberkulosis) & SIHA (Sistem Informasi HIV/AIDS), Capaian Layanan Kota Surabaya 2024-2025.
8. Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Laporan Bulanan HIV/AIDS (SIHA 2.0), Tahun 2024 & 2025.
9. Kementerian Kesehatan RI, Laporan Pemodelan Estimasi ODHIV Indonesia 2024-2025.
10. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2024/2025.
11. Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB), Capaian Kolaborasi TB-HIV Kota Surabaya.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029.
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.
14. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
15. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM).
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.



18. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/90/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV.
19. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Surabaya.
20. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 29 Tahun 2015 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2013.