



POSITIVITY RATE SEBAGAI INDIKATOR MUTU TERSEMBUNYI PELAYANAN HIV: ANALISIS PROVIDER INITIATED TESTING AND COUNSELING (PITC) DALAM PERSPEKTIF KESELAMATAN PASIEN DI RS BHAYANGKARA TK II MEDAN

Eva Hariani^{1,2}

¹RS Bhayangkara TK II, Medan, Indonesia. ²LAFKI, Jakarta, Indonesia

Artikel info	ABSTRAK
<p>Korespondensi Penulis:</p> <p>Eva Hariani drepha@yahoo.com RS Bhayangkara TK II, Medan, Indonesia.</p> <p>LAFKI, Jakarta, Indonesia</p>	<p>Pelaksanaan Provider Initiated Testing and Counseling (PITC) merupakan strategi penting dalam deteksi dini HIV di fasilitas pelayanan kesehatan. Namun, evaluasi program HIV selama ini masih cenderung berorientasi pada capaian administratif dan belum banyak menggunakan <i>positivity rate</i> sebagai indikator mutu pelayanan. Penelitian ini bertujuan menganalisis <i>positivity rate</i> PITC sebagai indikator mutu tersembunyi pelayanan HIV dalam perspektif keselamatan pasien di RS Bhayangkara TK II Medan tahun 2025. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain deskriptif analitik retrospektif menggunakan data sekunder laporan bulanan PITC dan PMTCT periode Januari–Desember 2025. Variabel penelitian meliputi jumlah testing HIV dan jumlah hasil HIV positif. Analisis dilakukan secara deskriptif melalui perhitungan <i>positivity rate</i> bulanan dan interpretasi epidemiologis terhadap pola skrining HIV rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah testing HIV masih rendah dan fluktuatif, namun <i>positivity rate</i> pada beberapa bulan tergolong sangat tinggi, yaitu Januari 16,7%, Maret 50%, April 60%, Juli 50%, dan November 28,6%. Temuan ini menunjukkan bahwa testing HIV kemungkinan masih dilakukan secara selektif pada pasien dengan probabilitas klinis tinggi sehingga berpotensi menimbulkan keterlambatan diagnosis HIV dan missed opportunity testing. Penelitian ini menyimpulkan bahwa <i>positivity rate</i> dapat digunakan sebagai indikator mutu tersembunyi pelayanan HIV serta mencerminkan efektivitas deteksi dini HIV dalam sistem pelayanan rumah sakit.</p> <p>Kata Kunci: HIV, Positivity Rate, PITC, Keselamatan Pasien.</p>
<p>This article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)</p>	

PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) masih menjadi salah satu tantangan kesehatan global yang paling kompleks hingga saat ini. Meskipun kemajuan terapi *antiretroviral* telah berhasil menurunkan angka kematian dan meningkatkan harapan hidup orang dengan HIV, persoalan terbesar dalam pengendalian epidemi justru masih terletak pada keterlambatan

diagnosis. *World Health Organization* (WHO) menegaskan bahwa HIV testing merupakan pintu utama menuju pencegahan, pengobatan, dan pengendalian transmisi HIV. Tanpa diagnosis dini, seluruh rantai pelayanan HIV mulai dari terapi *antiretroviral*, *monitoring* klinis, hingga pencegahan transmisi tidak akan berjalan optimal (World Health Organization [WHO], 2025).

Namun demikian, berbagai negara masih menghadapi persoalan serius berupa rendahnya deteksi dini HIV. *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) melaporkan bahwa lebih dari separuh diagnosis HIV di kawasan Eropa tahun 2024 ditemukan dalam kondisi terlambat. Situasi tersebut disebut sebagai *hidden HIV crisis* karena banyak individu hidup dengan HIV tanpa mengetahui status infeksiya hingga penyakit berkembang ke stadium lanjut. Keterlambatan diagnosis ini menyebabkan meningkatnya risiko AIDS, infeksi oportunistik, kematian, dan transmisi HIV di masyarakat meskipun akses terapi *antiretroviral* semakin luas (ECDC, 2025).

Permasalahan keterlambatan diagnosis HIV juga ditemukan di berbagai negara dengan sistem kesehatan yang relatif maju. Mammone et al. (2016) memperkirakan bahwa ribuan orang di Italia hidup dengan HIV tanpa mengetahui status infeksiya. Kelompok ini menjadi populasi tersembunyi (*undiagnosed HIV population*) yang berkontribusi besar terhadap transmisi HIV karena infeksi baru diketahui ketika pasien telah memasuki stadium lanjut penyakit. Temuan tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan pengendalian HIV tidak cukup hanya melalui penyediaan terapi, tetapi sangat bergantung pada kemampuan sistem pelayanan kesehatan menemukan kasus secara lebih dini (Mammone et al., 2016).

Dalam beberapa tahun terakhir, berbagai organisasi kesehatan global mulai menempatkan HIV testing sebagai indikator mutu pelayanan kesehatan. *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) menegaskan bahwa skrining HIV merupakan bagian penting dari *quality measures* pelayanan klinis modern karena berkaitan langsung dengan keselamatan pasien dan efektivitas sistem kesehatan dalam menemukan kasus HIV lebih awal (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDC], 2024). Dengan demikian, HIV testing tidak lagi dipandang sekadar aktivitas program penyakit menular, tetapi menjadi bagian integral dari mutu pelayanan rumah sakit.

Pendekatan global pengendalian HIV saat ini menekankan pentingnya *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC). PITC dikembangkan untuk memperluas cakupan testing HIV melalui integrasi pemeriksaan HIV ke dalam berbagai layanan kesehatan seperti rawat inap, rawat jalan, layanan tuberkulosis, infeksi menular seksual, dan layanan maternal. WHO dan UNAIDS menegaskan bahwa pendekatan testing berbasis layanan rutin jauh lebih efektif dalam menemukan kasus HIV dibandingkan testing yang hanya bergantung pada inisiatif pasien (*client initiated testing*) (WHO & UNAIDS, 2016).

Namun dalam implementasinya, berbagai penelitian menunjukkan bahwa PITC masih menghadapi persoalan serius. Ahmed et al. (2016) menemukan bahwa implementasi PITC sering kali dipengaruhi oleh stigma, persepsi subjektif tenaga kesehatan terhadap kelompok risiko, keterbatasan waktu, serta tingginya beban kerja pelayanan. Akibatnya, testing HIV hanya ditawarkan pada pasien yang dianggap “berisiko tinggi”, sementara pasien lain

dengan indikator klinis relevan justru tidak memperoleh kesempatan testing (Ahmed et al., 2016).

Kondisi tersebut menyebabkan munculnya fenomena *missed opportunity for HIV testing*. Gruber et al. (2025) menemukan bahwa sebagian besar pasien HIV sebenarnya telah beberapa kali melakukan kontak dengan fasilitas kesehatan sebelum diagnosis ditegakkan. Akan tetapi, sistem pelayanan gagal memanfaatkan peluang tersebut untuk melakukan testing HIV lebih awal. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa sekitar 70% pasien mengalami *missed opportunity* meskipun telah datang berulang kali ke fasilitas kesehatan dengan indikator klinis yang berkaitan dengan HIV (Gruber et al., 2025).

Penelitian Phuphuakrat et al. (2022) di Thailand juga menunjukkan bahwa banyak pasien HIV datang dengan gejala seperti anemia, penurunan berat badan, limfadenopati, dan infeksi kulit berulang, tetapi tidak segera ditawarkan pemeriksaan HIV. Akibatnya, diagnosis baru ditegakkan ketika kondisi klinis pasien telah memburuk. Situasi tersebut memperlihatkan bahwa keterlambatan diagnosis HIV bukan semata-mata disebabkan oleh rendahnya akses layanan, tetapi juga oleh kegagalan sistem pelayanan mengenali peluang testing pada fase awal penyakit (Phuphuakrat et al., 2022).

Persoalan keterlambatan diagnosis HIV memiliki implikasi besar terhadap keselamatan pasien. Zhao et al. (2025) melalui meta-analisis global menemukan bahwa keterlambatan diagnosis HIV berhubungan signifikan dengan peningkatan mortalitas. Pasien dengan diagnosis terlambat memiliki risiko kematian lebih tinggi dibandingkan pasien yang terdiagnosis lebih awal karena datang dalam kondisi imunitas yang telah menurun dan rentan mengalami infeksi oportunistik (Zhao et al., 2025). Dengan demikian, keterlambatan testing HIV tidak dapat dipandang sebagai persoalan administratif semata, tetapi telah menjadi isu patient safety dalam pelayanan kesehatan modern.

Dalam epidemiologi HIV, salah satu indikator penting untuk menilai efektivitas skrining adalah *positivity rate*, yaitu proporsi hasil HIV positif dibandingkan jumlah pemeriksaan yang dilakukan. *Positivity rate* yang terlalu tinggi sering kali menunjukkan bahwa testing HIV dilakukan secara sangat selektif dan baru diberikan ketika probabilitas infeksi sudah tinggi. Rowlinson et al. (2021) menjelaskan bahwa pendekatan testing berbasis seleksi risiko memang dapat meningkatkan *positivity rate* dan efisiensi penemuan kasus, tetapi secara bersamaan berpotensi menyebabkan keterlambatan diagnosis pada banyak individu yang tidak masuk kategori prioritas testing (Rowlinson et al., 2021).

Fenomena tersebut sangat relevan dengan kondisi pelayanan HIV di Indonesia. Meskipun kebijakan PITC telah lama diterapkan, implementasi di lapangan masih menghadapi berbagai hambatan struktural. Penelitian Cahyadin (2023) menunjukkan bahwa integrasi PITC pada layanan kesehatan di Indonesia masih belum optimal akibat keterbatasan konseling, rendahnya integrasi layanan TB-HIV, kurangnya kepercayaan diri tenaga kesehatan dalam menawarkan testing HIV, serta lemahnya budaya skrining rutin di fasilitas kesehatan (Cahyadin, 2023).

Selain itu, stigma terhadap HIV juga masih menjadi hambatan penting dalam implementasi testing HIV. Najmah et al. (2020) menemukan bahwa banyak individu enggan menjalani pemeriksaan HIV karena takut diskriminasi, sementara tenaga kesehatan sendiri

sering kali belum mampu menciptakan layanan testing yang mudah diakses, aman, dan tidak menghakimi (Najmah et al., 2020). Akibatnya, testing HIV masih cenderung dilakukan secara selektif dan belum menjadi bagian normal dari pelayanan kesehatan sehari-hari.

Kondisi tersebut tampak pada pelaksanaan PITC di RS Bhayangkara TK II Medan tahun 2025. Berdasarkan laporan rutin pelaksanaan PITC dan PMTCT, jumlah pemeriksaan HIV sepanjang Januari–Desember 2025 relatif rendah dan fluktuatif. Pada Februari tercatat jumlah testing tertinggi sebanyak 26 orang, sedangkan pada beberapa bulan lain seperti Maret, Juni, dan Oktober hanya dilakukan pada dua pasien. Namun di balik rendahnya jumlah testing tersebut, *positivity rate* HIV justru tergolong tinggi pada beberapa bulan tertentu. Pada Januari ditemukan dua kasus HIV positif dari 12 pemeriksaan atau sebesar 16,7%, sedangkan pada April ditemukan tiga kasus positif dari lima pemeriksaan atau sebesar 60%. Kondisi serupa juga terlihat pada Juli ketika dua dari empat pemeriksaan menunjukkan hasil HIV positif.

Fenomena tersebut menunjukkan adanya paradoks pelayanan HIV. Di satu sisi, rumah sakit berhasil menemukan kasus HIV positif dengan *positivity rate* yang tinggi, tetapi di sisi lain jumlah testing yang rendah memperlihatkan bahwa skrining HIV kemungkinan masih terlalu selektif dan belum menjangkau populasi risiko secara luas. Situasi ini mengindikasikan bahwa testing HIV kemungkinan besar masih dilakukan ketika pasien telah memiliki gejala klinis atau faktor risiko yang cukup kuat, bukan sebagai bagian dari skrining dini yang terintegrasi dalam pelayanan rutin rumah sakit.

Penelitian mengenai *positivity rate* PITC sebagai indikator mutu pelayanan HIV di rumah sakit masih relatif terbatas, terutama pada fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Sebagian besar evaluasi program HIV masih berfokus pada capaian administratif seperti jumlah testing atau jumlah kasus yang ditemukan, sementara analisis mengenai *positivity rate* sebagai indikator mutu skrining dan potensi keterlambatan diagnosis HIV masih jarang dilakukan. Padahal *positivity rate* dapat memberikan gambaran penting mengenai pola implementasi testing HIV, efektivitas deteksi dini, kemungkinan *missed opportunity*, hingga kualitas integrasi layanan HIV dalam sistem pelayanan rumah sakit.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini menjadi penting dilakukan untuk menganalisis *positivity rate* pada pelaksanaan PITC sebagai gambaran efektivitas skrining HIV di RS Bhayangkara TK II Medan tahun 2025. Penelitian ini diharapkan mampu memberikan pemahaman lebih mendalam mengenai bagaimana pola implementasi PITC berlangsung di rumah sakit, sejauh mana testing HIV telah berjalan sebagai strategi deteksi dini, serta bagaimana *positivity rate* dapat digunakan sebagai indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien dalam program HIV/AIDS rumah sakit.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis *positivity rate* pelaksanaan PITC sebagai gambaran efektivitas skrining HIV di RS Bhayangkara TK II Medan tahun 2025, termasuk mengidentifikasi pola *positivity rate*, keterkaitannya dengan rendahnya cakupan testing HIV, serta implikasinya terhadap mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain deskriptif analitik retrospektif untuk menganalisis positivity rate pada pelaksanaan Provider Initiated Testing and Counseling (PITC) di RS Bhayangkara TK II Medan tahun 2025. Pendekatan kuantitatif dipilih karena penelitian berupaya menjelaskan fenomena pelayanan HIV melalui pembacaan data numerik secara sistematis, khususnya mengenai hubungan antara jumlah testing HIV dan proporsi kasus HIV positif sebagai gambaran efektivitas deteksi dini HIV di rumah sakit. Secara filosofis, penelitian ini berpijak pada paradigma post-positivisme yang memandang bahwa realitas pelayanan kesehatan dapat diukur melalui data empiris, namun interpretasinya tetap memerlukan pembacaan kritis terhadap dinamika sistem pelayanan, perilaku organisasi, dan mutu pelayanan kesehatan.

Penelitian dilakukan di Klinik Edelweis RS Bhayangkara TK II Medan dengan menggunakan data sekunder berupa laporan bulanan pelaksanaan PITC dan PMTCT periode Januari–Desember 2025. Data yang dianalisis meliputi jumlah pasien yang ditawarkan tes HIV, jumlah pasien yang menjalani pemeriksaan HIV, jumlah pasien yang menerima hasil pemeriksaan, serta jumlah pasien dengan hasil HIV positif setiap bulan. Seluruh data tahunan digunakan sebagai total sampling sehingga tidak dilakukan teknik pengambilan sampel khusus.

Variabel utama penelitian terdiri atas jumlah testing HIV dan jumlah kasus HIV positif. Analisis dilakukan dengan menghitung *positivity rate* menggunakan rumus jumlah hasil HIV positif dibagi jumlah pemeriksaan HIV dikalikan 100%. Selanjutnya dilakukan analisis deskriptif terhadap distribusi *positivity rate* bulanan, tren fluktuasi pemeriksaan HIV, serta interpretasi epidemiologis terhadap pola *positivity rate* yang terbentuk selama periode penelitian.

Analisis data dilakukan secara *univariat* dan interpretatif dengan pendekatan epidemiologi pelayanan kesehatan. Data disajikan dalam bentuk tabel, persentase, dan narasi analitik untuk menggambarkan efektivitas implementasi PITC sebagai bagian dari mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Penelitian ini tidak melibatkan identitas individu pasien sehingga aspek kerahasiaan dan etika penelitian tetap terjaga. Fokus utama penelitian diarahkan pada pembacaan kritis terhadap data rutin pelayanan sebagai instrumen evaluasi mutu skrining HIV di rumah sakit.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Pelaksanaan PITC

Pelaksanaan *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) di RS Bhayangkara TK II Medan selama Januari hingga Desember 2025 memperlihatkan dinamika pelayanan HIV yang secara administratif tampak berjalan baik, namun menyimpan persoalan mendasar terkait efektivitas deteksi dini HIV di fasilitas pelayanan kesehatan. Data menunjukkan bahwa seluruh pasien yang ditawarkan pemeriksaan HIV bersedia menjalani tes dan menerima hasil pemeriksaan. Secara prosedural, kondisi tersebut dapat diinterpretasikan sebagai keberhasilan layanan dalam aspek penerimaan pasien terhadap testing HIV. Akan tetapi, apabila ditelaah lebih kritis, keberhasilan administratif tersebut justru menutupi

persoalan yang lebih besar, yaitu sangat rendahnya cakupan testing HIV yang dilakukan rumah sakit.

Jumlah pemeriksaan HIV selama tahun 2025 relatif kecil dan mengalami fluktuasi cukup tajam antar bulan. Pada Februari tercatat jumlah testing tertinggi sebanyak 26 orang, sedangkan pada Maret, Juni, dan Oktober hanya dilakukan terhadap dua pasien. Ketidakstabilan ini menunjukkan bahwa PITC belum berjalan sebagai sistem skrining rutin yang terintegrasi dalam pelayanan rumah sakit. Pelaksanaan testing tampaknya masih bergantung pada situasi tertentu, pertimbangan subjektif tenaga kesehatan, atau munculnya kecurigaan klinis terhadap pasien tertentu. Kondisi ini memperlihatkan bahwa PITC belum menjadi budaya pelayanan klinis yang sistematis.

Dalam paradigma pelayanan HIV modern, keberhasilan PITC tidak hanya diukur dari jumlah pasien yang menerima hasil pemeriksaan, tetapi terutama dari kemampuan sistem pelayanan menemukan kasus HIV yang belum terdiagnosis (*undiagnosed HIV infection*). Patel et al. (2024) menjelaskan bahwa sekitar 13% individu yang hidup dengan HIV di Amerika Serikat masih belum mengetahui status infeksiya, dan kelompok ini berkontribusi besar terhadap transmisi HIV di masyarakat (Patel et al., 2024). Oleh karena itu, testing HIV bukan sekadar aktivitas diagnostik individual, melainkan strategi kesehatan masyarakat untuk menurunkan transmisi dan mempercepat linkage to care.

Permasalahan utama dalam penelitian ini justru terletak pada tingginya *positivity rate* HIV di tengah rendahnya jumlah testing. Pada Januari ditemukan dua kasus positif dari 12 pemeriksaan atau *positivity rate* sebesar 16,7%, sedangkan pada April ditemukan tiga kasus positif dari lima pemeriksaan atau sebesar 60%. Pada Juli, dua dari empat pasien yang diperiksa dinyatakan HIV positif atau sebesar 50%. Angka tersebut sangat tinggi apabila dibandingkan dengan *positivity rate* skrining HIV populasi umum yang umumnya berada pada angka rendah. Tingginya *positivity rate* dalam penelitian ini bukan sekadar fenomena statistik, tetapi merupakan indikator epidemiologis penting bahwa testing HIV kemungkinan masih terlalu selektif.

Dalam epidemiologi HIV, *positivity rate* tinggi sering kali menunjukkan bahwa testing hanya dilakukan pada kelompok dengan probabilitas infeksi yang telah besar. Artinya, pemeriksaan HIV cenderung baru dilakukan ketika pasien telah menunjukkan gejala klinis, faktor risiko yang jelas, atau kondisi yang memunculkan kecurigaan tenaga kesehatan terhadap infeksi HIV. Rowlinson et al. (2021) menjelaskan bahwa pendekatan testing berbasis seleksi risiko memang mampu meningkatkan *positivity rate* dan menurunkan volume testing, tetapi strategi tersebut memiliki konsekuensi serius berupa keterlambatan diagnosis HIV pada banyak individu yang tidak masuk kategori prioritas testing (Rowlinson et al., 2021).

Temuan penelitian ini memperlihatkan bahwa skrining HIV di rumah sakit kemungkinan masih bersifat *diagnostic-oriented testing*, yaitu testing yang dilakukan ketika HIV sudah dicurigai secara klinis, bukan *screening-oriented testing* yang bertujuan menemukan infeksi sejak fase awal. Kondisi ini berbahaya karena HIV modern tidak selalu muncul dengan manifestasi klinis yang khas. Banyak pasien HIV datang dalam keadaan asimtomatik atau dengan keluhan yang tidak spesifik sehingga apabila testing hanya

bergantung pada kecurigaan klinis, maka sebagian besar kasus HIV berpotensi tidak terdeteksi lebih awal.

Fenomena tersebut sejalan dengan penelitian Gruber et al. (2025) yang menemukan bahwa sebagian besar pasien HIV yang baru terdiagnosis sebenarnya telah berulang kali melakukan kontak dengan fasilitas kesehatan sebelum diagnosis ditegakkan. Namun layanan kesehatan gagal memanfaatkan kesempatan tersebut untuk melakukan testing HIV. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa 70% pasien HIV mengalami *missed opportunity* untuk diagnosis lebih awal meskipun sebelumnya telah melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan (Gruber et al., 2025). Situasi ini memperlihatkan bahwa kegagalan sistem pelayanan bukan terletak pada tidak tersedianya tes HIV, tetapi pada ketidakmampuan layanan memanfaatkan peluang testing yang sebenarnya telah ada.

Dalam perspektif mutu pelayanan kesehatan, kondisi tersebut mencerminkan adanya *missed opportunity for HIV testing*. Gill et al. (2021) menjelaskan bahwa setiap kontak pasien dengan fasilitas kesehatan sebenarnya merupakan peluang strategis untuk mendeteksi HIV lebih awal, terutama pada pasien dengan HIV *clinical indicator conditions* seperti infeksi menular seksual, pneumonia komunitas, penurunan berat badan tanpa sebab jelas, atau herpes zoster (Gill et al., 2021). Ketika tenaga kesehatan gagal menawarkan testing HIV pada kondisi tersebut, maka pelayanan kesehatan kehilangan kesempatan untuk mencegah keterlambatan diagnosis.

Masalah ini menjadi semakin penting karena keterlambatan diagnosis HIV berkaitan langsung dengan keselamatan pasien. Shaik et al. (2025) menunjukkan bahwa pasien HIV dengan diagnosis terlambat memiliki risiko mortalitas yang jauh lebih tinggi dibandingkan pasien yang terdiagnosis lebih awal. Penelitian tersebut menemukan bahwa keterlambatan diagnosis meningkatkan risiko kematian hingga 1,7 kali lipat setelah penyesuaian multivariat (Shaik et al., 2025). Dengan demikian, *positivity rate* tinggi pada penelitian ini dapat dibaca sebagai sinyal adanya potensi keterlambatan diagnosis HIV di rumah sakit.

Persoalan tersebut juga tidak dapat dilepaskan dari masih dominannya pendekatan *risk-based testing* dalam layanan PITC. NICE *Guideline* (2025) menegaskan bahwa testing HIV seharusnya tidak lagi dilakukan hanya pada pasien dengan gejala khas atau faktor risiko tertentu, tetapi harus menjadi bagian rutin pelayanan kesehatan terutama pada area dengan prevalensi HIV tinggi dan pada pasien dengan kondisi indikator HIV (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2025). Pendekatan testing berbasis kecurigaan klinis justru mempertahankan keterlambatan diagnosis karena tenaga kesehatan sering kali gagal mengidentifikasi pasien HIV tanpa gejala yang jelas.

Selain itu, pendekatan selektif terhadap testing HIV juga sering kali dipengaruhi oleh bias tenaga kesehatan. Ahmed et al. (2016) menjelaskan bahwa banyak tenaga kesehatan enggan menawarkan testing HIV karena stigma, keterbatasan waktu, beban kerja tinggi, serta asumsi subjektif terhadap kelompok risiko tertentu (Ahmed et al., 2016). Akibatnya, testing HIV hanya dilakukan pada pasien yang secara stereotip dianggap “berisiko”, sementara kelompok lain yang sebenarnya memiliki potensi infeksi tidak terjangkau layanan testing.

Kondisi ini menunjukkan bahwa rendahnya testing HIV di RS Bhayangkara TK II Medan kemungkinan bukan sekadar persoalan teknis, tetapi berkaitan dengan budaya pelayanan dan paradigma tenaga kesehatan terhadap HIV itu sendiri. HIV masih diposisikan sebagai layanan khusus, bukan bagian rutin dari pelayanan kesehatan umum. Akibatnya, testing HIV belum terintegrasi secara optimal pada berbagai unit pelayanan rumah sakit seperti rawat inap, rawat jalan, layanan tuberkulosis, maupun layanan infeksi menular seksual.

Penelitian MORFEAS di Yunani bahkan menunjukkan bahwa lebih dari separuh pasien HIV mengalami keterlambatan diagnosis meskipun telah melakukan kontak berulang dengan sistem pelayanan kesehatan. Sebagian besar *missed opportunity* terjadi pada pasien dengan kondisi yang sebenarnya sudah menjadi indikator kuat untuk testing HIV seperti infeksi menular seksual, pneumonia, herpes zoster, dan demam tanpa sebab jelas (Roussos et al., 2024). Temuan tersebut memperlihatkan bahwa kegagalan deteksi HIV lebih sering disebabkan oleh kegagalan sistem pelayanan mengenali peluang testing dibandingkan oleh rendahnya akses pasien terhadap layanan kesehatan.

Tingginya *positivity rate* pada penelitian justru dapat menjadi indikator adanya epidemi HIV tersembunyi (*hidden epidemic*). Semakin kecil jumlah testing tetapi semakin tinggi *positivity rate*, maka semakin besar kemungkinan masih terdapat kasus HIV yang belum terdeteksi di populasi yang tidak menjalani pemeriksaan. Situasi ini berbahaya karena individu yang belum mengetahui status HIV tetap berpotensi menularkan infeksi dan datang pada stadium lanjut penyakit.

Dengan demikian, penelitian ini telah menunjukkan bahwa *positivity rate* PITC bukan hanya indikator keberhasilan menemukan kasus HIV, tetapi juga dapat menjadi cermin mutu tersembunyi pelayanan HIV rumah sakit. Tingginya *positivity rate* di tengah rendahnya jumlah testing mengindikasikan bahwa skrining HIV masih terlalu selektif dan berpotensi terlambat dalam mendeteksi infeksi HIV secara dini. Oleh karena itu, penguatan PITC tidak cukup hanya melalui peningkatan jumlah testing, tetapi memerlukan perubahan paradigma pelayanan HIV dari pendekatan berbasis kecurigaan menuju skrining rutin yang lebih luas, proaktif, dan terintegrasi dalam seluruh sistem pelayanan kesehatan rumah sakit.

Analisis *Positivity rate* PITC sebagai Gambaran Efektivitas Skrining HIV

Data penelitian menunjukkan bahwa jumlah pemeriksaan HIV yang dilakukan sepanjang tahun relatif rendah dan tidak stabil antarbulan. Namun di balik rendahnya cakupan testing tersebut, proporsi hasil HIV positif justru tergolong tinggi. Situasi ini menciptakan suatu paradoks pelayanan: semakin sedikit testing yang dilakukan, semakin tinggi kemungkinan ditemukannya kasus HIV positif.

Hasil analisis menunjukkan bahwa *positivity rate* pada beberapa bulan mencapai angka yang sangat tinggi. Pada Januari *positivity rate* mencapai 16,7%, Maret sebesar 50%, April sebesar 60%, Juli sebesar 50%, dan November sebesar 28,6%. Angka tersebut jauh di atas *positivity rate* skrining populasi umum yang lazim ditemukan dalam pelayanan HIV berbasis deteksi dini. Temuan ini tidak dapat dimaknai secara sederhana sebagai keberhasilan program dalam menemukan kasus HIV, tetapi perlu dibaca secara lebih kritis sebagai refleksi pola implementasi skrining HIV di rumah sakit.

Dalam epidemiologi HIV, *positivity rate* memang sering digunakan untuk menilai efektivitas penemuan kasus. Akan tetapi, *positivity rate* yang terlalu tinggi justru dapat menunjukkan bahwa pemeriksaan dilakukan secara sangat selektif pada kelompok dengan probabilitas infeksi yang sudah tinggi. Kondisi ini biasanya muncul ketika testing lebih banyak dilakukan setelah pasien menunjukkan gejala klinis tertentu atau memiliki faktor risiko yang jelas. Dengan kata lain, testing tidak lagi berfungsi sebagai instrumen deteksi dini populasi, melainkan mendekati pendekatan diagnostik berbasis kecurigaan klinis.

Abdul et al. (2023) menemukan bahwa *positivity yield* pada layanan PITC di Tanzania lebih tinggi pada unit rawat inap dan layanan tuberkulosis dibanding layanan testing sukarela karena pasien yang diperiksa sudah memiliki indikasi klinis kuat terhadap HIV. Penelitian tersebut menegaskan bahwa tingginya *positivity rate* tidak selalu menunjukkan luasnya cakupan skrining, tetapi dapat mencerminkan testing yang terlalu terkonsentrasi pada kelompok pasien dengan risiko tinggi. Dalam penelitian ini, pola serupa tampak jelas ketika bulan dengan testing rendah justru menghasilkan *positivity rate* yang sangat tinggi.

Fenomena tersebut menunjukkan bahwa implementasi PITC di rumah sakit kemungkinan masih bergerak dalam pola *targeted testing*. Rumah sakit tampaknya lebih sering melakukan testing HIV pada pasien yang sudah dicurigai memiliki risiko tinggi, dibanding menjadikan testing sebagai bagian rutin dari pelayanan klinis secara luas. Pendekatan ini memang meningkatkan efisiensi penemuan kasus positif, tetapi memiliki konsekuensi serius karena berpotensi melewatkan pasien HIV tanpa gejala atau pasien yang belum menunjukkan manifestasi klinis tertentu.

Dalam perspektif kesehatan masyarakat, kondisi seperti ini berkaitan erat dengan persoalan *late diagnosis*. Zhao et al. (2025) melalui meta-analisis terhadap lebih dari satu juta orang dengan HIV menunjukkan bahwa prevalensi keterlambatan diagnosis HIV secara global masih mencapai 44% dan berhubungan signifikan dengan peningkatan mortalitas. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa keterlambatan diagnosis HIV tetap menjadi masalah besar meskipun layanan testing telah tersedia secara luas di berbagai negara. Diagnosis yang terlambat menyebabkan pasien datang dalam kondisi imunologis yang sudah menurun, meningkatkan risiko infeksi oportunistik, komplikasi klinis, dan kematian.

Penelitian Tang et al. (2025) di Wuhan juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien HIV baru terdiagnosis pada fase lanjut dengan kadar CD4 rendah. Mayoritas pasien diketahui HIV positif setelah datang ke fasilitas kesehatan karena penyakit tertentu, bukan melalui skrining dini berbasis layanan rutin. Situasi ini menunjukkan bahwa sistem pelayanan kesehatan sering kali gagal mengenali pasien HIV pada fase awal infeksi karena testing masih sangat bergantung pada gejala klinis.

Jika ditelaah lebih jauh, tingginya *positivity rate* dalam penelitian ini dapat dibaca sebagai indikasi adanya *missed opportunity for HIV testing*. Mahmoud et al. (2024) menemukan bahwa lebih dari tiga perempat pasien HIV stadium lanjut sebelumnya pernah datang ke fasilitas kesehatan dengan indikator klinis yang seharusnya sudah memicu pemeriksaan HIV, namun testing tidak pernah dilakukan. Akibatnya, pasien baru terdiagnosis ketika penyakit sudah berkembang menjadi AIDS atau telah mengalami komplikasi berat.

Dalam penelitian ini, pola tersebut tampak melalui kombinasi antara rendahnya jumlah testing dan tingginya *positivity rate*. April misalnya, hanya dilakukan lima pemeriksaan HIV tetapi menghasilkan tiga kasus positif. Secara administratif kondisi ini mungkin dianggap efisien karena *yield* penemuan kasus tinggi. Akan tetapi secara substantif, angka tersebut justru menunjukkan kemungkinan bahwa pasien baru diperiksa ketika probabilitas HIV sudah sangat tinggi. Dengan demikian, keberhasilan menemukan kasus positif sebenarnya dapat menjadi indikator bahwa sistem pelayanan gagal melakukan deteksi lebih awal.

Kondisi tersebut semakin relevan ketika dikaitkan dengan konsep Silent Triage yang diperkenalkan Kuhn et al. (2023). Konsep ini menjelaskan bagaimana sistem pelayanan kesehatan secara pasif dan tidak disadari dapat mengabaikan kebutuhan kelompok tertentu akibat fokus yang berlebihan pada prioritas lain. Silent triage tidak selalu muncul dalam bentuk penghentian layanan secara langsung, tetapi dapat terjadi melalui pengurangan perhatian sistemik terhadap pelayanan tertentu sehingga akses kelompok rentan menjadi semakin terbatas.

Dalam penelitian ini, rendahnya cakupan testing HIV dapat dibaca sebagai bentuk silent triage dalam pelayanan rumah sakit. HIV testing memang tetap tersedia, tetapi belum sepenuhnya menjadi bagian utama dari pelayanan klinis rutin. Akibatnya, hanya pasien tertentu yang akhirnya memperoleh akses testing, sementara pasien lain yang sebenarnya memiliki faktor risiko tidak terjangkau oleh sistem skrining. Situasi ini menciptakan kelompok pasien yang “tidak terlihat” dalam pelayanan HIV rumah sakit.

Persoalan tersebut menunjukkan bahwa efektivitas PITC tidak dapat diukur hanya berdasarkan jumlah kasus positif yang ditemukan. Program skrining HIV yang efektif seharusnya mampu memperluas testing pada populasi yang lebih besar sehingga pasien dapat terdiagnosis sebelum muncul komplikasi klinis. WHO (2025) menegaskan bahwa HIV testing merupakan gerbang utama menuju pencegahan, terapi antiretroviral, dan pengendalian transmisi HIV. Ketika testing tidak dilakukan secara luas dan berkesinambungan, maka seluruh rantai pelayanan HIV ikut terganggu.

Selain itu, fluktuasi *positivity rate* antarbulan juga menunjukkan belum stabilnya implementasi PITC di rumah sakit. Pada bulan tertentu testing meningkat, tetapi pada bulan lain turun secara drastis. Ketidakstabilan ini kemungkinan berkaitan dengan berbagai faktor organisasi seperti beban kerja tenaga kesehatan, integrasi layanan yang belum optimal, keterbatasan SDM, hingga rendahnya prioritas skrining HIV dalam pelayanan rutin.

Mkhize dan Mkhize (2025) menjelaskan bahwa beban kerja dan burnout tenaga kesehatan sering kali menyebabkan kegagalan implementasi program kesehatan masyarakat. Kelelahan kerja dapat menurunkan konsistensi pelayanan, mengurangi kepatuhan terhadap protokol, dan menyebabkan menurunnya kualitas pengambilan keputusan klinis. Dalam situasi seperti ini, testing HIV cenderung bergantung pada inisiatif individual tenaga kesehatan dan bukan berjalan sebagai sistem yang terstandarisasi.

Permasalahan mutu layanan testing HIV juga disoroti Sparks (2022) yang menyatakan bahwa dorongan mengejar target testing HIV sering kali tidak diimbangi dengan perhatian terhadap kualitas implementasi testing itu sendiri. Dalam banyak pelayanan kesehatan,

testing dilakukan dalam tekanan target kuantitas sehingga aspek mutu, konsistensi prosedur, dan ketepatan sasaran menjadi terabaikan. Dalam penelitian ini, persoalan yang muncul justru berbeda: kualitas administratif testing tampak berjalan, tetapi cakupan testing masih terlalu sempit sehingga fungsi deteksi dini HIV belum optimal.

Temuan penelitian Najmah et al. (2020) di Indonesia memperlihatkan bahwa hambatan testing HIV tidak hanya berasal dari pasien, tetapi juga dari sistem pelayanan kesehatan yang gagal menyediakan testing yang mudah diakses, tepat waktu, aman, dan tidak diskriminatif. Hambatan informasi, keterbatasan akses, hingga lemahnya sensitivitas tenaga kesehatan terhadap kebutuhan kelompok rentan menyebabkan banyak individu tidak memperoleh HIV testing secara memadai.

Dengan demikian, *positivity rate* tinggi dalam penelitian ini harus dipahami secara hati-hati. Angka tersebut memang menunjukkan kemampuan rumah sakit dalam menemukan kasus HIV positif, tetapi sekaligus mengindikasikan bahwa testing masih berlangsung secara selektif dan kemungkinan besar belum menjangkau populasi risiko secara luas. Sistem pelayanan tampaknya lebih efektif menemukan pasien yang sudah sakit dibanding mencegah keterlambatan diagnosis melalui skrining dini yang lebih luas dan terintegrasi.

Pada akhirnya, penelitian ini menunjukkan bahwa *positivity rate* bukan sekadar indikator epidemiologi, tetapi cerminan mutu tersembunyi pelayanan HIV rumah sakit. Tingginya *positivity rate* di tengah rendahnya testing menjadi alarm bahwa deteksi dini HIV kemungkinan belum berjalan optimal. Tantangan utama rumah sakit bukan hanya meningkatkan jumlah kasus yang ditemukan, tetapi membangun sistem PITC yang mampu menjangkau pasien lebih luas, lebih dini, dan lebih konsisten sebagai bagian dari mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Efektivitas PITC dalam Perspektif Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien

Pelaksanaan *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) di RS Bhayangkara TK II Medan menunjukkan sebuah paradoks yang cukup menarik dalam pelayanan HIV rumah sakit. Di satu sisi, jumlah testing HIV sepanjang tahun 2025 relatif rendah dan fluktuatif, namun di sisi lain proporsi hasil HIV positif justru tergolong tinggi pada beberapa periode tertentu. Fenomena ini memperlihatkan bahwa sistem skrining HIV kemungkinan masih berjalan secara selektif dan belum sepenuhnya terintegrasi sebagai bagian dari pemeriksaan rutin pelayanan kesehatan. *Positivity rate* yang tinggi dalam penelitian ini tidak dapat dibaca secara sederhana sebagai keberhasilan program menemukan kasus HIV, tetapi justru dapat menjadi indikator adanya keterlambatan deteksi dan keterbatasan jangkauan skrining pada populasi yang lebih luas.

Selama ini evaluasi program HIV di fasilitas kesehatan sering terjebak pada ukuran administratif seperti jumlah testing, capaian target program, atau jumlah kasus yang berhasil ditemukan. Padahal, angka *positivity rate* menyimpan pesan epidemiologis dan klinis yang jauh lebih dalam. Tingginya *positivity rate* di tengah rendahnya jumlah testing sering kali menunjukkan bahwa pemeriksaan HIV hanya dilakukan ketika pasien telah memiliki manifestasi klinis yang cukup jelas atau faktor risiko yang sangat kuat. Dalam

kondisi seperti ini, rumah sakit sebenarnya tidak sedang melakukan skrining dini, melainkan lebih mendekati proses konfirmasi diagnosis pada pasien yang secara klinis telah dicurigai terinfeksi HIV.

Mussini et al. (2025) menjelaskan bahwa tingginya angka diagnosis HIV stadium lanjut di berbagai negara Eropa menunjukkan masih lemahnya sistem deteksi dini HIV meskipun akses terapi *antiretroviral* semakin berkembang. Diagnosis yang terlambat menyebabkan pasien kehilangan kesempatan memperoleh terapi pada fase awal ketika kerusakan sistem imun belum terlalu berat. Kondisi tersebut tidak hanya meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas, tetapi juga memperbesar kemungkinan transmisi HIV yang tidak terdeteksi di masyarakat. Situasi ini menggambarkan bahwa keberhasilan terapi HIV modern tidak akan optimal apabila sistem testing gagal menemukan kasus secara dini (Mussini et al., 2025).

Temuan penelitian ini memperlihatkan pola yang serupa dalam skala pelayanan rumah sakit. *Positivity rate* yang tinggi menunjukkan bahwa sebagian besar pasien kemungkinan baru diperiksa setelah memasuki fase simptomatik atau telah menunjukkan indikator klinis tertentu. Hal tersebut memperlihatkan bahwa PITC di rumah sakit kemungkinan masih berbasis pada *clinical suspicion* dibanding pendekatan skrining aktif yang lebih luas dan sistematis.

Dalam pelayanan HIV modern, diagnosis dini merupakan inti utama pengendalian epidemi. National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) menegaskan bahwa inisiasi terapi antiretroviral pada fase awal infeksi memberikan manfaat jangka panjang yang jauh lebih baik dibanding terapi yang diberikan secara terlambat. Penelitian START Study menunjukkan bahwa pasien yang memulai terapi lebih awal memiliki risiko AIDS, komplikasi non-AIDS, dan kematian yang lebih rendah dibandingkan pasien yang terlambat memulai terapi (NIAID, 2022).

Konsekuensinya, keterlambatan testing HIV tidak dapat dipandang sebagai masalah administratif biasa, tetapi merupakan persoalan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Ketika rumah sakit gagal menawarkan pemeriksaan HIV pada fase awal penyakit, pasien kehilangan kesempatan memperoleh terapi yang lebih efektif, sementara risiko komplikasi klinis terus meningkat. Dalam kondisi tertentu, keterlambatan diagnosis bahkan dapat dianggap sebagai bentuk *diagnostic delay* dalam pelayanan kesehatan.

Phuphuakrat et al. (2022) menemukan bahwa banyak pasien HIV sebenarnya telah beberapa kali datang ke fasilitas kesehatan sebelum akhirnya terdiagnosis. Manifestasi seperti anemia, penurunan berat badan, gangguan kulit, pembesaran kelenjar getah bening, dan infeksi berulang sering kali tidak diikuti dengan penawaran tes HIV. Akibatnya, kesempatan diagnosis dini hilang dan pasien baru diketahui terinfeksi HIV ketika kondisi klinis sudah memburuk. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa *missed opportunity* dalam testing HIV bukanlah persoalan kecil, melainkan gambaran kegagalan sistem pelayanan dalam mengenali indikator klinis HIV sejak awal (Phuphuakrat et al., 2022).

Temuan tersebut sangat relevan dengan hasil penelitian ini. *Positivity rate* yang tinggi pada jumlah testing yang rendah memperlihatkan kemungkinan bahwa banyak pasien baru diperiksa ketika telah memiliki probabilitas klinis yang sangat tinggi untuk terinfeksi HIV. Situasi seperti ini menyebabkan rumah sakit hanya menemukan “kasus yang terlihat”,

sementara pasien HIV stadium awal atau pasien dengan gejala non-spesifik berpotensi tidak terdeteksi.

Dalam epidemiologi HIV, *selective testing* memang sering menghasilkan *positivity rate* yang tinggi karena testing dilakukan hanya pada kelompok risiko tinggi. Akan tetapi, pendekatan ini memiliki kelemahan serius karena gagal menjangkau populasi dengan risiko tersembunyi. Mammone et al. (2016) memperkirakan bahwa ribuan orang di Italia hidup dengan HIV tanpa mengetahui status infeksiya meskipun sistem surveilans telah berkembang cukup baik. Kelompok yang tidak terdiagnosis tersebut tetap menjadi sumber transmisi HIV di masyarakat dan sering kali baru ditemukan pada stadium lanjut penyakit (Mammone et al., 2016).

Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa *positivity rate* tinggi dapat menjadi “fenomena gunung es”. Semakin sedikit testing dilakukan pada populasi luas, semakin besar kemungkinan bahwa kasus HIV yang ditemukan hanyalah sebagian kecil dari populasi sebenarnya. Dalam penelitian ini, *positivity rate* yang tinggi kemungkinan tidak hanya mencerminkan efektivitas penemuan kasus, tetapi juga menunjukkan adanya kelompok pasien HIV lain yang belum tersentuh oleh sistem skrining rumah sakit.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) bahkan menyebut keterlambatan diagnosis HIV sebagai “*hidden HIV crisis*”. Lebih dari separuh diagnosis HIV di Eropa pada tahun 2024 ditemukan dalam kondisi terlambat sehingga mengancam target eliminasi AIDS tahun 2030. ECDC menilai bahwa kegagalan testing dini menjadi hambatan utama pengendalian epidemi HIV meskipun layanan terapi semakin tersedia luas (ECDC, 2025).

Masalah tersebut semakin kompleks karena HIV masih dibayangi stigma sosial yang kuat. Testing HIV sering kali hanya ditawarkan pada pasien yang dianggap “berisiko tinggi” berdasarkan asumsi subjektif tenaga kesehatan. Pendekatan ini menyebabkan banyak pasien di luar kategori stereotip risiko tidak memperoleh kesempatan testing meskipun memiliki indikator klinis yang relevan. Bin Ahmad MZ et al. (2024) menunjukkan bahwa stigma HIV di fasilitas kesehatan berkaitan erat dengan keterlambatan diagnosis dan rendahnya akses testing HIV pada beberapa kelompok populasi. Stigma menyebabkan HIV masih diperlakukan sebagai penyakit “khusus”, bukan sebagai bagian dari pemeriksaan kesehatan rutin.

Padahal arah kebijakan global justru bergerak menuju normalisasi testing HIV. WHO, UNAIDS, dan ECDC mendorong pendekatan *routinisation testing*, yaitu menjadikan pemeriksaan HIV sebagai bagian rutin pelayanan kesehatan. Pendekatan ini bertujuan mengurangi ketergantungan pada subjektivitas tenaga kesehatan sekaligus memperluas cakupan deteksi dini HIV pada populasi yang lebih besar.

CDC bahkan menempatkan HIV *screening* sebagai salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan. Dalam *quality measures* pelayanan HIV, skrining HIV diposisikan sebagai instrumen penting untuk menilai kualitas pelayanan klinis dan efektivitas sistem kesehatan dalam menemukan kasus secara dini (CDC, 2024). Dengan demikian, rendahnya testing HIV dalam penelitian ini tidak hanya berkaitan dengan capaian program, tetapi juga

menunjukkan keterbatasan sistem pelayanan dalam memenuhi standar mutu pelayanan modern.

Penelitian Rehman et al. (2025) menunjukkan bahwa pengembangan indikator mutu skrining HIV di instalasi gawat darurat mampu meningkatkan peluang deteksi dini HIV secara signifikan. Integrasi pemeriksaan HIV dengan pemeriksaan infeksi menular seksual memungkinkan rumah sakit menemukan kasus HIV lebih cepat dan memperbaiki linkage to care pasien (Rehman et al., 2025). Pendekatan tersebut memperlihatkan bahwa skrining HIV seharusnya menjadi bagian integral dari tata laksana klinis, bukan sekadar program tambahan.

Selain itu, penelitian Mchembere et al. (2019) mengenai *active case finding* HIV pada pasien tuberkulosis menunjukkan bahwa pendekatan skrining berbasis gejala non-spesifik mampu meningkatkan penemuan kasus HIV baru secara signifikan. Semakin aktif tenaga kesehatan menawarkan testing HIV pada pasien dengan gejala umum seperti demam, penurunan berat badan, batuk kronis, dan keringat malam, semakin besar peluang menemukan HIV pada stadium awal (Mchembere et al., 2019). Pendekatan seperti ini memperlihatkan bahwa perluasan testing HIV tidak harus selalu bergantung pada kelompok risiko klasik.

Di Indonesia sendiri, implementasi PITC masih menghadapi berbagai tantangan struktural. Penelitian Cahyadin (2023) menunjukkan bahwa integrasi PITC di layanan primer masih menghadapi hambatan berupa keterbatasan konseling, kurang optimalnya penerapan *informed consent*, rendahnya kepercayaan diri tenaga kesehatan dalam menawarkan tes HIV, hingga lemahnya integrasi layanan TB-HIV. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa persoalan PITC bukan sekadar masalah teknis testing, tetapi juga menyangkut budaya pelayanan, kesiapan sistem, dan kapasitas tenaga kesehatan.

Penelitian ini juga memperlihatkan bahwa data rutin rumah sakit sebenarnya memiliki potensi besar sebagai instrumen evaluasi mutu pelayanan. Selama ini data program HIV lebih sering digunakan sebagai kebutuhan pelaporan administratif, padahal *positivity rate* mampu memberikan gambaran mengenai efektivitas skrining, pola keterlambatan diagnosis, kualitas integrasi layanan, hingga kemungkinan adanya populasi HIV yang belum terdeteksi.

Dalam pelayanan kesehatan modern, mutu pelayanan HIV tidak lagi hanya diukur dari keberhasilan terapi antiretroviral, tetapi juga dari kemampuan sistem pelayanan menemukan kasus sebelum terjadi kerusakan imunologis yang berat. Semakin dini HIV ditemukan, semakin baik prognosis klinis pasien dan semakin kecil kemungkinan transmisi di masyarakat.

Oleh karena itu, rumah sakit perlu mengubah paradigma PITC dari “testing berbasis kecurigaan” menjadi “testing berbasis sistem”. Pemeriksaan HIV perlu diintegrasikan secara otomatis pada pasien dengan tuberkulosis, infeksi menular seksual, pneumonia berulang, anemia kronis, penurunan berat badan tanpa sebab jelas, gangguan kulit persisten, maupun pasien dengan indikator klinis lain yang berkaitan dengan penurunan sistem imun.

Dengan demikian, penelitian ini telah menunjukkan bahwa *positivity rate* yang tinggi di tengah rendahnya jumlah testing merupakan refleksi dari sistem skrining HIV yang masih

terbatas dan belum terintegrasi secara optimal. Di balik tingginya *positivity rate* terdapat kemungkinan adanya keterlambatan diagnosis, missed opportunity testing, populasi HIV yang belum terdeteksi, serta keterbatasan sistem pelayanan dalam melakukan deteksi dini secara luas. Dengan demikian, keberhasilan PITC tidak seharusnya hanya diukur dari jumlah kasus HIV yang ditemukan, tetapi dari seberapa cepat dan seberapa luas sistem pelayanan mampu menemukan pasien sebelum penyakit berkembang menjadi stadium lanjut.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai analisis *positivity rate* pada pelaksanaan *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) di RS Bhayangkara TK II Medan tahun 2025, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Pelaksanaan PITC di RS Bhayangkara TK II Medan secara administratif menunjukkan capaian yang cukup baik dalam aspek penerimaan testing HIV, ditandai dengan seluruh pasien yang ditawarkan pemeriksaan HIV bersedia menjalani tes dan menerima hasil pemeriksaan. Namun demikian, jumlah testing HIV sepanjang Januari–Desember 2025 masih relatif rendah dan fluktuatif sehingga memperlihatkan bahwa implementasi PITC belum berjalan secara optimal sebagai sistem skrining rutin yang terintegrasi dalam pelayanan rumah sakit.
2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *positivity rate* HIV pada beberapa bulan tergolong sangat tinggi. Pada Januari *positivity rate* mencapai 16,7%, Maret sebesar 50%, April sebesar 60%, Juli sebesar 50%, dan November sebesar 28,6%. Tingginya *positivity rate* di tengah rendahnya jumlah testing menunjukkan bahwa pemeriksaan HIV kemungkinan masih dilakukan secara selektif pada pasien dengan probabilitas klinis tinggi atau pasien yang telah menunjukkan gejala tertentu. Dengan demikian, testing HIV di rumah sakit cenderung masih bersifat diagnostic-oriented testing dibanding screening-oriented testing yang berorientasi pada deteksi dini populasi secara lebih luas.
3. Tingginya *positivity rate* dalam penelitian ini juga mengindikasikan adanya potensi *missed opportunity for HIV testing* dalam pelayanan rumah sakit. Sistem pelayanan tampaknya belum sepenuhnya mampu memanfaatkan setiap kontak pasien dengan fasilitas kesehatan sebagai peluang deteksi dini HIV. Akibatnya, sebagian pasien kemungkinan baru menjalani pemeriksaan HIV setelah memasuki fase simptomatik atau stadium lanjut penyakit. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keterlambatan diagnosis HIV masih berpotensi terjadi dalam implementasi PITC di rumah sakit.
4. Dari perspektif mutu pelayanan dan keselamatan pasien, *positivity rate* yang tinggi tidak dapat dimaknai semata-mata sebagai keberhasilan penemuan kasus HIV, tetapi juga sebagai indikator adanya keterbatasan sistem skrining HIV rumah sakit. Rendahnya cakupan testing HIV memperlihatkan bahwa pelayanan HIV kemungkinan masih terlalu bergantung pada pendekatan berbasis kecurigaan klinis dan belum terintegrasi secara luas pada berbagai unit pelayanan kesehatan. Situasi ini berpotensi menyebabkan keterlambatan diagnosis, peningkatan risiko komplikasi klinis, serta hilangnya kesempatan pasien memperoleh terapi antiretroviral secara lebih dini.

REKOMENDASI

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka beberapa rekomendasi yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. RS Bhayangkara TK II Medan perlu memperkuat implementasi PITC melalui integrasi testing HIV pada seluruh unit pelayanan rumah sakit, termasuk rawat inap, rawat jalan, instalasi gawat darurat, layanan tuberkulosis, infeksi menular seksual, dan pelayanan penyakit dalam. Pemeriksaan HIV perlu diposisikan sebagai bagian rutin pelayanan klinis sehingga tidak hanya bergantung pada kecurigaan subjektif tenaga kesehatan terhadap pasien tertentu.
2. Rumah sakit perlu menyusun standar operasional prosedur dan *clinical trigger system* yang lebih jelas terkait indikasi pemeriksaan HIV. Pasien dengan kondisi seperti tuberkulosis, pneumonia berulang, penurunan berat badan tanpa sebab jelas, anemia kronis, infeksi kulit persisten, diare kronis, maupun infeksi menular seksual perlu secara otomatis masuk dalam algoritma penawaran testing HIV untuk memperkecil risiko *missed opportunity diagnosis*.
3. Diperlukan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan berkelanjutan mengenai PITC, deteksi dini HIV, komunikasi konseling HIV, serta pendekatan pelayanan yang bebas stigma dan diskriminasi. Penguatan kapasitas SDM penting dilakukan agar tenaga kesehatan tidak lagi memandang HIV sebagai layanan khusus yang terbatas pada kelompok tertentu, tetapi sebagai bagian integral dari mutu pelayanan kesehatan modern.
4. Rumah sakit perlu mengembangkan sistem *monitoring* dan evaluasi pelayanan HIV yang tidak hanya berorientasi pada capaian administratif, tetapi juga menggunakan indikator epidemiologis seperti *positivity rate*, cakupan testing, pola keterlambatan diagnosis, serta linkage to care pasien HIV. Dengan demikian, data rutin pelayanan dapat dimanfaatkan sebagai instrumen evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara lebih komprehensif.
5. Dinas kesehatan dan pengelola program HIV/AIDS perlu mendorong transformasi paradigma PITC dari pendekatan *risk-based testing* menuju *routine integrated testing*. Strategi ini penting untuk memperluas cakupan deteksi dini HIV, mengurangi keterlambatan diagnosis, serta mempercepat pencapaian target pengendalian HIV/AIDS di Indonesia.
6. Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengembangkan analisis lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang memengaruhi rendahnya testing HIV di rumah sakit, termasuk aspek stigma, perilaku tenaga kesehatan, budaya organisasi pelayanan, beban kerja, serta integrasi sistem pelayanan HIV. Selain itu, penelitian lanjutan juga dapat menggunakan desain *mixed methods* agar mampu menggambarkan persoalan implementasi PITC secara lebih komprehensif dari perspektif epidemiologis maupun sosial-organisasional.

DAFTAR PUSTAKA

Abdul, R., Rinke de Wit, T. F., Martelli, G., Costigan, K., Katambi, P., Mllacha, P., Pozniak, A.,

- Maokola, W., Mfinanga, S., & Hermans, S. (2023). Effectiveness of provider-initiated versus client-initiated HIV testing by different health facility departments in Northern Tanzania. *AIDS Research and Therapy*, 20(44). <https://doi.org/10.1186/s12981-023-00541-z>
- Ahmed, S., Bärnighausen, T., Daniels, N., Marlink, R., & Roberts, M. J. (2016). How providers influence the implementation of provider-initiated HIV testing and counseling in Botswana: A qualitative study. *Implementation Science*, 11(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0361-7>
- Bin Ahmad MZ, M. Y., Md Yasin, M., Mat Nasir, N., et al. (2024). The association between HIV-related stigma, HIV knowledge and HIV late presenters among people living with HIV (PLHIV) attending public primary care clinic settings in Selangor. *PLoS ONE*, 19(6), e0306904.
- Cahyadin, C. (2023). Penilaian implementasi provider initiated HIV testing and counseling (PITC) pada pasien TB di puskesmas di Kabupaten Blora. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(3), 16675–16688. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v7i3.22057>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). High quality care: Guidelines and quality measures. CDC. <https://www.cdc.gov>
- Collins, S., Namiba, A., Sparrowhawk, A., et al. (2022). Late diagnosis of HIV in 2022: Why so little change? *HIV Medicine*, 23(10), 1118–1126.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). Europe’s hidden HIV crisis - Half of all people living with HIV in Europe are diagnosed late, threatening to undermine the fight against AIDS. ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu>
- Gill, M. J., Powell, M., Vu, Q., & Krentz, H. B. (2021). Economic impact on direct healthcare costs of missing opportunities for diagnosing HIV within healthcare settings. *HIV Medicine*, 22(9), 817–826. <https://doi.org/10.1111/hiv.13121>
- Gruber, S. F., Schwinne, M., Iytha, R., Hollenberg, E. J., Robichaux, C., Cantos, V. D., Colasanti, J. A., Yaffee, A. Q., Turbow, S., & Leue, E. (2025). Frequent missed opportunities for earlier HIV diagnosis in a routine opt-out testing environment in Atlanta. *Open Forum Infectious Diseases*, 12(8), ofaf423. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaf423>
- Kuhn, E., Henke, O., Evang, E., Falkenberg, T., Bruchhausen, W., & Schultz, A. (2023). Silent triage: Public health decision-making beyond prioritisation. *BMJ Global Health*, 8(2), e011376. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011376>
- Kwapong, G. D., Boateng, D., Agyei-Baffour, P., & Addy, E. A. (2014). Health service barriers to HIV testing and counseling among pregnant women attending antenatal clinic: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14(267), 1–7.
- Leon, N., Colvin, C. J., Lewin, S., Mathews, C., & Jennings, K. (2010). Provider-initiated testing and counselling for HIV: From debate to implementation. *South African Medical Journal*, 100(4), 220–221.
- Mahmoud, M., Ballouz, T., Lahoud, C., Adnan, J., Abi Habib, P., Saab, R., Farhat, H., El Hussein, M., & Rizk, N. (2024). Late presentations and missed opportunities among

- newly diagnosed HIV patients presenting to a specialty clinic in Lebanon. *Scientific Reports*, 14, 8296. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58869-8>
- Mammone, A., Pezzotti, P., Regine, V., Camoni, L., Puro, V., Ippolito, G., Suligo, B., & Girardi, E. (2016). How many people are living with undiagnosed HIV infection? An estimate for Italy, based on surveillance data. *AIDS*, 30(7), 1131–1136. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001034>
- Martinez Martinez, V., Ormel, H., & Op de Coul, E. L. M. (2024). Barriers and enablers that influence the uptake of HIV testing among heterosexual migrants in the Netherlands. *PLOS ONE*, 19(10), e0311114. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311114>
- Mchembere, W., Agaya, J., Yuen, C. M., Okelloh, D., Achola, M., Opole, J., Cowden, J., Muttai, H., Heilig, C. M., Borgdorff, M. W., & Cain, K. P. (2019). High yield of new HIV diagnoses during active case-finding for tuberculosis. *AIDS*, 33(15), 2431–2435. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002354>
- Mkhize, B. T., & Mkhize, B. T. (2025). The silent burden: Workload, burnout, and implementation failure in public health systems: A hybrid academic-policy analysis. SSRN. <https://doi.org/10.2139/ssrn.5904802>
- Mussini, C., Girardi, E., Milic, J., Guaraldi, G., & Orkin, C. (2025). Late HIV diagnosis—a tale of successes and failures. *Clinical Microbiology and Infection*, 31(8), 1248–1250. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.05.012>
- Najmah, Andajani, S., & Graham Davies, S. (2020). Perceptions of and barriers to HIV testing of women in Indonesia. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(2), 1848003. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1848003>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2025). HIV testing: Increasing uptake among people who may have undiagnosed HIV (NICE Clinical Guideline No. 60). NICE.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (2022). Early HIV diagnosis and treatment important for better long-term health outcomes. HIV.gov. <https://www.hiv.gov>
- Ogbo, F. A., Mogaji, A., Ogeleka, P., Agho, K. E., Idoko, J., Tule, T. Z., & Page, A. (2017). Assessment of provider-initiated HIV screening in Nigeria with sub-Saharan African comparison. *BMC Health Services Research*, 17(188), 1–9.
- Patel, D., Williams, W. O., Wright, C., Essuon, A., Wang, G., & Mulatu, M. S. (2024). CDC-funded HIV testing and undiagnosed HIV infection in ending the HIV epidemic in the U.S. jurisdictions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 96(3), 208–213. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000003424>
- Phuphuakrat, A., Khamnurak, K., Srichatrapimuk, S., & Wangsomboonsiri, W. (2022). Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV infection in people living with HIV in Thailand. *PLOS Global Public Health*, 2(7), e0000842. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000842>
- Rampaul, M., Edun, B., Gaskin, M., et al. (2018). Cost-effectiveness analysis of early vs late diagnosis of HIV-infected patients in South Carolina. *Southern Medical Journal*, 111(6), 355–358.
- Rava, M., Domínguez-Domínguez, L., Bisbal, O., et al. (2021). Late presentation for HIV

- remains a major health issue in Spain: Results from a multicenter cohort study, 2004–2018. *PLoS ONE*, 16(4), e0249864.
- Rehman, T., Bennett, C., Duber, H. C., Lyons, M. S., Phelan, M. P., Solnick, R. E., Stanford, K. A., Weathers, E., Venkatesh, A. K., & Lin, M. P. (2025). Development of a quality measure to improve HIV and syphilis screening in the emergency department: A modified Delphi approach. *JACEP Open*, 6(4), 100203. <https://doi.org/10.1016/j.acepjo.2025.100203>
- Roussos, S., Pantazis, N., Protopapas, K., Antoniadou, A., Papadopoulos, A., Lourida, G., Papastamopoulos, V., Chini, M., Alexakis, K., Barbounakis, E., Kofteridis, D., Leonidou, L., Marangos, M., Petrakis, V., Panagopoulos, P., Mastrogianni, E., Basoulis, D., Palla, P., Sipsas, N., ... Psychogiou, M. (2024). Missed opportunities for early HIV diagnosis in Greece: The MORFEAS study, 2019 to 2021. *Eurosurveillance*, 29(48). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.48.2400253>
- Rowlinson, E., Mawandia, S., Ledikwe, J., Bakae, O., Tau, L., Grande, M., Seckel, L., Mogomotsi, G. P., Mmatli, E., Ngombo, M., Norman, T., & Golden, M. R. (2021). HIV testing criteria to reduce testing volume and increase positivity in Botswana. *AIDS*, 35(12), 2007–2015. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002997>
- Shaik, R. A., Holyachi, S. K., Ahmad, M. S., Miraj, M., Kazmi, S. Y., Asad, M. R., Faraz, A., Ramozi, M., & Ahmad, R. K. (2025). The impact of delay in HIV diagnosis on patient survival: Analysis of HIV infection trends from 2007 to 2023. *BMC Infectious Diseases*, 25, 177. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-10412-1>
- Sibanda, E. L., Hatzold, K., Mugurungi, O., Ncube, G., Dupwa, B., Siraha, P., & Cowan, F. M. (2012). An assessment of the Zimbabwe ministry of health and child welfare provider initiated HIV testing and counselling programme. *BMC Health Services Research*, 12(131), 1–8.
- Sparks, R. (2022, November 28). Opinion: Keep an eye on quality as we rush to test people for HIV. *Spotlight*. <https://www.spotlightnsp.co.za/2022/11/28/opinion-keep-an-eye-on-quality-as-we-rush-to-test-people-for-hiv/>
- Tang, L., Du, Y.-T., Kong, W.-H., Liu, P., Zhu, Z.-R., Xie, S.-Z., & Liu, M.-Q. (2025). Late HIV/AIDS diagnosis among people living with HIV in Wuhan in 2023. *Frontiers in Microbiology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2025.1594847>
- World Health Organization & UNAIDS. (2016). *Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector progress towards universal access*. WHO & UNAIDS.
- World Health Organization. (2017). *Global tuberculosis report 2016*. WHO.
- World Health Organization. (2025). *Low-cost, quality-assured HIV tests to sustain access to life-saving services*. WHO. <https://www.who.int/news/item/07-05-2025-low-cost-quality-assured-hiv-tests-to-sustain-access-to-life-saving-services>
- Zhao, J., Gao, M., Zhao, D., & Tian, W. (2025). Prevalence of late HIV diagnosis and its impact on mortality: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *HIV Medicine*. <https://doi.org/10.1111/hiv.70023>