

# PROSES KOLABORASI ANTARA PEMERINTAH DAERAH DENGAN LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT HIV-AIDS DI KOTA SURABAYA

**Dio Wicaksono Putranto**

Mahasiswa Program Studi Ilmu Administrasi Negara, FISIP, Universitas Airlangga

## ABSTRACT

*HIV-AIDS is included in the list of the 10 deadliest disease and ranked 6th as the most leading cause of death in the world. The worldwide spread of HIV-AIDS becomes worst which is caused by the consistency of population growth of people with HIV from 2010 till 2015 and Indonesia is rank 7th as the country with the highest number of people with HIV. In Indonesia, HIV-AIDS is increasing every year and East Java is the province with the second highest number of people with HIV in Indonesia and Surabaya is rank 1st with the highest number of people with HIV in East Java. Accordingly, the government of Surabaya city has a statement of commitment to do a collaboration between local government agency and non-governmental organization and to decide their own task and roles in tackling HIV-AIDS through publishing the Regulation Mayor of Surabaya Number 29 of 2015 concerning the implementation of Local Regulation Number 4 of 2013, Mayor Decree Number 188.45/44/436.1.2/2013 about AIDS Relief Commission of Surabaya City along with Head of Health Department Decree of Surabaya City 094/1082/436.6.3/2016. This study aims to outline the collaboration process between local government and non-governmental organization in the Surabaya City of HIV-AIDS prevention.*

*This study employed qualitative descriptive method that describes the collaboration process specifically between local government and non-governmental organization to prevent HIV-AIDS in Surabaya City. Therefore, this research uses the Collaborative Governance theory that focuses in the collaboration process. The determination of the informants uses purposive sampling in which the mentioned parties were considered well-understood regarding the collaboration activity between institutions. Then, the validity was tested by using triangulation of data. The analysis data is using reduction, the presentation of the data and draw a conclusions. The result shows that only Health Department and dr M. Soewandhi Regional Public Hospital who implement the 3 levels of the HIV-AIDS prevention in Surabaya City and has done well in accordance with the study of theory. Also, the collaboration process between local government agency and non-governmental organization isn't good enough. That is caused the result of the dimension of face-to-face dialogue hasn't well-performed, the dimension of trust building isn't formed well, the dimension of commitment to the process is well-established, the dimension of shared understanding isn't formed well, and the dimension of intermediate outcomes isn't formed well.*

*Keywords : Collaborative Process, Collaborative Governance, Prevention of HIV-AIDS disease, Local Government and Non-Governmental Organization.*

## PENDAHULUAN

Menurut data dari WHO tentang penyakit penyebab kematian tertinggi di Dunia menyebutkan bahwa pada urutan pertama terdapat penyakit jantung koroner yang menyebabkan 7,4 juta penduduk meninggal dunia, di urutan kedua terdapat penyakit stroke yang menyebabkan 6,7 juta penduduk meninggal dunia, hingga pada urutan keenam ditempati oleh penyakit HIV-AIDS yang menjadi penyebab kematian 1,5 juta jiwa. Hal tersebut menunjukkan bahwa penyakit HIV-AIDS merupakan salah satu jenis penyakit menular yang sangat berbahaya di dunia karena telah menyebabkan banyak kematian bagi penderitanya.

*Human Immunodeficiency Virus (HIV)* adalah suatu virus yang dapat menyerang sistem kekebalan tubuh manusia lalu dapat menimbulkan gejala AIDS bagi penderita yang terinfeksi virus, hal tersebut ditandai dengan gejala tubuh rentan terhadap berbagai penyakit, seperti TB, TORCH dan lain-lain. Sedangkan *Acquired Immuno Deficiency Sindrom (AIDS)* adalah suatu kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh virus HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh

manusia, penyakit tersebut ditandai dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh khususnya menyerang limfosit T serta menurunnya jumlah CD4 menurun hingga kurang dari 200 sel per  $\square$ L darah. Penyakit ini biasanya 14% dari seluruh limfosit tanpa memperhatikan status klinis. Jumlah CD4 normal yaitu 800 – 1200 sel per  $\square$ L darah. Penyakit ini biasanya baru tampak 10 tahun kemudian pada orang dewasa. Seorang penderita HIV dengan stadium tertinggi, maka ia mengalami AIDS yang seringkali menyebabkan kematian penderita HIV. Ringkasnya, HIV-AIDS sangat mematikan yang sampai saat ini belum ditemukan obat yang benar-benar menyembuhkan. Hanya saja terdapat pengobatan dengan metode *Antiretroviral Therapy (ART)* yang dapat menekan laju perkembangan virus HIV pada penderita. Dengan pengobatan kepada penderita HIV secara dini dapat mencegah kematian pada penderita.

*United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS)* merilis data statistik tentang perkembangan jumlah penderita HIV/AIDS di dunia. Hasil menyebutkan bahwa dari tahun 2010 hingga 2015 selalu terjadi peningkatan kasus HIV-AIDS di Dunia.

Dari tahun 2010 menuju tahun 2011 terjadi peningkatan sebesar 1,6 juta atau 21,3%. Pada tahun 2011 menuju tahun 2012 terjadi peningkatan sebesar 1,8 juta atau 19,7%. Pada tahun 2012 menuju tahun 2013 terjadi peningkatan sebesar 2 juta atau 18,3%. Pada tahun 2013 menuju tahun 2014 terjadi peningkatan sebesar 2,1 juta atau 16,2%, serta pada tahun 2014 menuju tahun 2015 terjadi peningkatan sebesar 2 juta atau 13,3%. Maka dari itu, peningkatan terbesar terjadi pada tahun 2010 menuju tahun 2011 dengan laju peningkatan sebesar 21,3%. Hal tersebut menunjukkan bahwa HIV/AIDS merupakan salah satu penyakit menular yang sangat berbahaya di dunia yang dapat menyebabkan banyak sekali kematian bagi penduduk dunia dengan penyebaran yang sangat cepat.

Pada beberapa negara, fenomena peningkatan penderita yang terinfeksi HIV menyebabkan sebuah krisis yang bersifat multidensi sehingga mengakibatkan bertambahnya keterpurukan pada beberapa Negara tersebut khususnya yakni terjadinya peningkatan angka kemiskinan. Negara Indonesia telah menempati peringkat ke tujuh sebagai negara dengan jumlah penduduk yang hidup sebagai penderita HIV/AIDS tertinggi di Dunia dengan jumlah penderita mencapai 605.500 jiwa. (CIA World Factbook, 2014)

Selain di tingkat dunia, Indonesia di kawasan Asia Tenggara juga merupakan negara dengan kondisi perkembangan kasus HIV/AIDS yang sangat memprihatinkan dan selalu mengalami peningkatan dari tahun 2001 hingga tahun 2010. Menurut data dari WHO tentang laporan perkembangan HIV/AIDS di kawasan Asia Tenggara tahun 2011 menyebutkan bahwa Indonesia menduduki peringkat pertama pada tahun 2010 dengan jumlah mencapai 50 ribu lebih penderita baru. ([http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/hiv-aids\\_in\\_south-east\\_asia.pdf](http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/hiv-aids_in_south-east_asia.pdf) diakses pada 16 Oktober 2016) Berdasarkan fakta tersebut, maka kondisi HIV/AIDS di Indonesia perlu dijadikan fokus perhatian dari berbagai pihak karena apabila penduduk yang positif mengidap penyakit HIV/AIDS ini tidak diperhatikan, maka akan dapat menjadi potensi untuk menjadi faktor penyebaran kepada penduduk yang lain dan akan mengakibatkan pertumbuhan jumlah penderita sehingga membuat kondisi Indonesia menjadi lebih memprihatinkan.

Epidemi HIV/AIDS di Indonesia hingga saat ini menunjukkan perkembangan penderita HIV yang sangat pesat dalam lima tahun terakhir ini, hal tersebut diungkapkan oleh Nila Djuwita Anfasa Moeloek selaku Menteri Kesehatan yang pada intinya adalah kondisi penyakit HIV/AIDS di Indonesia yang mengalami peningkatan yang cukup pesat sehingga kondisi tersebut sangat memprihatinkan dan perlu adanya upaya untuk menanggulangnya. (<http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/15/10/13/nw4res334-menkes-penyebaran-hiv-aids-meningkat-lima-kali-lipat> diakses pada 22 September 2016)

Menurut data dari Direktorat Jenderal PP & PL Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa jumlah penderita HIV/AIDS yang tersebar di 33

provinsi di seluruh Indonesia terus mengalami peningkatan (meskipun pada tahun 2007, 2009 dan 2015 terjadi penurunan untuk kasus HIV serta pada tahun 2001, 2003, 2014 dan 2015 terjadi penurunan untuk kasus AIDS), khususnya fenomena peningkatan jumlah kasus HIV paling signifikan terjadi pada tahun 2005-2006, sedangkan untuk kasus AIDS terjadi pada tahun 2003-2004. Jumlah penderita HIV selama sepuluh tahun terakhir yakni dari tahun 2005 sebanyak 875 menjadi 30935 pada tahun 2015 atau terjadi peningkatan sebesar 34,3 kali lipat, sedangkan penderita AIDS dari tahun 2005 sebanyak 2.575 menjadi 6.373 pada tahun 2015 atau terjadi peningkatan sebesar 2,4 kali lipat. (<http://spiritia.or.id/Stats/stat2016.pdf> diakses pada 28 September 2016)

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Tahun 2016, selama 28 tahun dari sejak tahun 1987 hingga tahun 2015, jumlah akumulasi penderita HIV/AIDS di seluruh provinsi menunjukkan jumlah yang berbeda, namun dari data tersebut terlihat bahwa mayoritas jumlah penderita paling banyak terdapat di Pulau Jawa. Berdasarkan data tersebut menunjukkan jumlah penderita HIV terbanyak di urutan pertama di Indonesia terdapat di Provinsi DKI Jakarta dengan jumlah 40.500 penderita, selanjutnya di urutan kedua adalah provinsi Jawa Timur dengan jumlah penderita mencapai 26.052 penderita. Sedangkan untuk penderita AIDS terbanyak di urutan pertama di Indonesia terdapat di Provinsi Jawa Timur dengan jumlah penderita AIDS mencapai 14.499 penderita, sedangkan di urutan kedua yakni provinsi Papua yang mencapai 13.335 penderita. Berdasarkan hal tersebut, maka perlunya provinsi Jawa Timur menjadi fokus perhatian dari kita semua. (<http://spiritia.or.id/Stats/stat2016.pdf> diakses pada 28 September 2016)

Epidemi di Jawa Timur termasuk dalam kondisi yang sangat memprihatinkan. Hal tersebut seperti yang terdapat dalam data tentang Profil Kesehatan dalam angka Provinsi Jawa Timur Tahun 2011-2015 yang menyebutkan bahwa jumlah penduduk yang terinfeksi HIV di Kota Surabaya dari tahun 2011 hingga tahun 2015 mencapai 6169 jiwa, sedangkan untuk penderita AIDS mencapai 2379 jiwa. Fakta tersebut menjadikan Kota Surabaya sebagai kabupaten/kota dengan peringkat pertama sebagai penderita HIV/AIDS tertinggi di Provinsi Jawa Timur. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2015) Hal tersebut juga sesuai dengan berita online yang ditegaskan oleh dr Harsono selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur bahwa "Jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Surabaya yakni 7.045. Jumlah ini menjadikan Kota Pahlawan itu sebagai penyumbang terbesar ODHA di Jawa Timur." (<http://jatim.metrotvnews.com/read/2015/12/03/197498/surabaya-penyumbang-tertinggi-hiv-aids-di-jawa-timur#> diakses pada 4 Oktober 2016)

Melihat fenomena tersebut, pemerintah memutuskan untuk melakukan tindakan pengendalian kasus HIV/AIDS. Wujud komitmen pemerintah kota Surabaya adalah mengeluarkan kebijakan berupa Perda

no.4 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS dan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 29 Tahun 2015 dengan tujuan untuk menekan laju penularan HIV dan AIDS, serta meningkatkan kualitas hidup ODHA. Dalam proses pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS, terdapat langkah-langkah yang dilakukan yang terbagi menjadi enam tahapan yang meliputi promosi, pencegahan, pengobatan, dukungan, perawatan dan rehabilitasi.

Namun, dalam kewajiban pemerintah untuk melaksanakan kebijakan tersebut, maka tentunya pemerintah membutuhkan sumber daya yang besar. Meskipun berdasarkan fakta tentang perkembangan kasus HIV dan AIDS dalam kurun waktu tiga tahun terakhir (tahun 2012 hingga tahun 2015) menunjukkan adanya penurunan jumlah penderita di Kota Surabaya, namun pada tahun 2014 menunjukkan angka penderita AIDS yang relatif stabil. Ditambah lagi dengan angka penderita AIDS yang lebih tinggi daripada jumlah penduduk yang terinfeksi HIV pada tahun 2015. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2015). Adanya fenomena jumlah penderita AIDS yang lebih tinggi, merupakan indikasi dari potensi akan jumlah kematian penduduk yang lebih tinggi karena terjadinya sindrom kerusakan sistem imunitas yang menyebabkan penderita dengan mudah menderita berbagai penyakit diakibatkan oleh infeksi HIV. (Anna, 2015)

Terdapat Standar Targat Ratio Kebutuhan SDM Kesehatan (Sumber daya manusia kesehatan adalah) Tahun 2014 yang digunakan sebagai dasar perhitungan Kebutuhan SDM Kesehatan di suatu wilayah kabupaten/kota sebagai jumlah perbandingan ideal antara jumlah SDM Kesehatan dengan jumlah penduduk (Kemenkes, 2015). Namun di Kota Surabaya Jumlah Tenaga Kesehatan Tahun 2009-2013 (khususnya pada tenaga perawat) masih belum ideal. Tenaga perawat idealnya yakni 1:632,9 dari jumlah penduduk, maka dibutuhkan jumlah perawat yang mencapai 11 kali lipat hingga pada tahun 2013 (1:7.162). Perbandingan ideal tenaga kesehatan keseluruhan adalah 1:3.125, yang mana hingga tahun 2013, telah memenuhi standar ideal dengan jumlah rasio (1:1.808). Jumlah tenaga kesehatan keseluruhan merupakan jumlah yang telah digabungkan dengan tenaga paramedis lain.

Melihat fenomena tentang besarnya jumlah penderita AIDS di Kota Surabaya, maka dibutuhkan sumberdaya staf yang cukup memadai dalam melaksanakan seluruh tindakan pelayanan kesehatan pada penderita HIV dan AIDS. Namun pada kenyataannya, perbandingan antara jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk di Kota Surabaya masih belum sebanding.

Berdasarkan fakta tersebut dapat kita pahami bahwa ketersediaan jumlah tenaga kesehatan di Kota Surabaya masih belum sesuai dengan standar sehingga diperlukan adanya peningkatan jumlah tenaga kesehatan agar dapat melaksanakan tindakan pelayanan kesehatan dengan optimal kepada seluruh penduduk.

Jumlah sumber daya manusia yang belum memadai, ditambah dengan jumlah penderita HIV dan

AIDS yang tertinggi se-jawa timur, tren peningkatan jumlah penderita HIV-AIDS di Indonesia, dan fenomena angka penderita AIDS di tahun 2015 yang lebih tinggi daripada jumlah penduduk yang terinfeksi HIV tersebut menjadikan kasus HIV-AIDS menjadi sebuah beban yang berat bagi pemerintah Kota Surabaya. Berdasarkan hal inilah yang menjadi landasan Pemerintah Kota Surabaya perlu menggunakan strategi dengan melibatkan aktor lain diluar pemerintah.

Menyikapi hal tersebut, maka perlunya keterlibatan stakeholder yang secara bersama-sama melaksanakan sebuah kebijakan. Selain itu juga terdapat tren yang utamanya memanfaatkan aktor di luar pemerintah. Tren ini selaras dengan adanya peregeseran monopoli pemerintah menjadi melibatkan aktor privat (*profit* dan *non-profit*) dan masyarakat, atau disebut *governance*. *Governance* merupakan wujud jejaring dari para aktor yang terlibat dalam rangka mencapai tujuan bersama. (Mandell, 2014) Kemudian, pelaksanaan jejaring yang ada, secara umum bersifat kolaborasi. Oleh karena itu, struktur *governance* dapat disebut juga sebagai *collaborarchy*, yaitu tidak berbentuk *top-down* atau *bottom-up*, melainkan jejaring dan egalitarian. (Agranoff, 2012)

Berdasarkan hal ini, maka strategi terbaik yang dapat dilakukan oleh pemerintah adalah dengan melakukan kolaborasi dengan para aktor tersebut.

Komitmen pemerintah kota Surabaya dalam melaksanakan kolaborasi telah disampaikan dalam berita online yang dinyatakan oleh dr. Mira Novia selaku Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan (<https://www.bangsaonline.com/berita/10710/dinkes-surabaya-usir-wartawan-dari-forum-pembahasan-hivaidis> diakses 19 Oktober 2016.) hal itu sesuai dengan fakta bahwa terdapat komitmen kolaborasi dalam penanggulangan HIV-AIDS melalui adanya Peraturan Walikota Surabaya Nomor 29 Tahun 2015, khususnya dalam pasal 38 tentang Tugas dan Fungsi SKPD menyebutkan bahwa terdapat beberapa SKPD yang terlibat seperti Dinas Kesehatan, Badan Pemberdayaan Masyarakat dan KB, Dinas Kebudayaan dan Pariwisata, Dinas Komunikasi dan Informatika, Dinas Pendidikan, Dinas Sosial, Dinas Perhubungan, Dinas Tenaga Kerja, Dinas Pemuda dan Olahraga, Rumah Sakit Umum Daerah Milik Pemerintah Kota Surabaya dan LSM Peduli AIDS.

Kebijakan kolaborasi dengan pihak lain di Kota Surabaya telah diatur dalam Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2013. Dalam bab III pasal 3 menyebutkan bahwa “menguatkan kemitraan, sistem kesehatan dan sistem masyarakat, meningkatkan koordinasi dan peran serta para pemangku kepentingan (Stakeholders) dan mobilisasi sumber dana” serta dalam bab VI pasal 35 menyebutkan bahwa “Masyarakat berperan serta dalam kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS dengan cara : (1) meningkatkan ketahanan agama dan keluarga untuk mencegah penularan HIV dan AIDS, (2) berperilaku

hidup bersih dan sehat, (3) tidak melakukan diskriminasi dan stigmatisasi terhadap orang yang terinfeksi HIV dan AIDS serta ODHA, (4) terlibat dalam promosi, pencegahan, pengawasan, pengobatan, perawatan dan dukungan. Selain itu, Pemerintah Daerah membina dan menggerakkan peran serta masyarakat termasuk dunia usaha dalam mendukung program pengendalian HIV dan AIDS.” Selain itu, juga terdapat Peraturan Walikota Surabaya Nomor 29 Tahun 2015 Tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, SK Walikota Nomor 188.45/436.1/2013 Tentang KPA Kota Surabaya, dan SK Kepala Dinas Kesehatan Nomor 094/1082/436.6.3/2016 tentang Susunan Keanggotaan Sektap KPA Surabaya. Peneliti menggunakan teori ini guna mengungkap fenomena proses kolaborasi yang terjadi dalam upaya pencegahan penyakit HIV dan AIDS (yang mana upaya tersebut terdapat dalam peraturan walikota Surabaya No.29 tahun 2015).

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana pelaksanaan upaya pencegahan penyakit HIV-AIDS yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah dan Lembaga Swadaya Masyarakat di Kota Surabaya? Dan Bagaimana Proses Kolaborasi antara Pemerintah Daerah dengan lembaga swadaya masyarakat dalam upaya Pencegahan Penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya?

Tujuan secara umum dilakukannya penelitian ini dibuat adalah untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan upaya pencegahan penyakit HIV-AIDS yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah dan Lembaga Swadaya Masyarakat di Kota Surabaya dan Proses Kolaborasi antara Pemerintah Daerah dengan lembaga swadaya masyarakat dalam upaya Pencegahan Penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya.

Manfaat dari penelitian ini adalah secara akademis Dapat memberikan kontribusi dalam rangka perbandingan, penelitian, serta perkembangan studi Ilmu Administrasi Negara, khususnya dalam sebuah kajian tentang kebijakan dan manajemen publik dengan menggunakan pendekatan *Collaborative Governance*. Selain itu, penelitian ini juga diharapkan menambah referensi atau rujukan bagi pihak-pihak terkait yang mempunyai hubungan langsung maupun tidak langsung, sehingga dapat berkontribusi terhadap kemajuan keilmuan yang lebih baik. Secara praktis yakni dapat memberikan gambaran umum kepada aparat-aparat instansi di bidang kesehatan, instansi di luar kesehatan yang terlibat secara langsung maupun secara tidak langsung dalam kaitannya dengan dengan konteks kolaborasi, serta organisasi kesehatan yang bergerak di luar pemerintah, khususnya di Kota Surabaya. Selain itu, juga kepada masyarakat secara umum diharapkan agar dapat memberikan informasi guna menambah pemahaman akan proses kolaborasi yang terjadi dalam upaya Pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya HIV-AIDS di Kota Surabaya sehingga mampu berperan aktif dalam kegiatan

kolaborasi kedepannya, dengan harapan terbentuk dampak secara tidak langsung untuk meningkatkan pemberdayaan masyarakat terkait fenomena HIV/AIDS menuju pencapaian kesehatan secara universal jangka panjang. Melihat hubungannya dengan *Collaborative Governance*, utamanya untuk menghasilkan alternatif kebijakan dan manajemen publik yang efektif, efisien dan tepat untuk permasalahan yang kompleks dan rumit, sehingga ke depannya tercipta bentuk pemerintahan yang baik di negara ini, khususnya di Kota Surabaya.

## **KERANGKA KONSEPTUAL**

Berikut ini adalah konsep-konsep yang digunakan sebagai dasar penelitian:

### **Pengertian Kolaborasi**

Pengertian kolaborasi, sejalan dengan definisi kolaborasi di dalam sektor publik (*Collaborative Governance*). Menurut Fung, fokus dari adanya *Collaborative Governance* adalah suatu proses yang berfokus pada upaya untuk pemecahan masalah publik yang di dalam pelaksanaannya bersifat desentralisasi dan terjadi secara terus menerus dan dilembagakan serta dilaksanakan dengan cara mengajak partisipasi masyarakat dalam mencapai tujuan bersama dalam pemecahan masalah tertentu. (Timety, 2013)

Menurut pendapat berbagai ahli, maka pengertian *Collaborative Governance* adalah adanya aktifitas dengan pendekatan jejaring organisasi lintas sektoral dalam manajemen publik (sektor pemerintah, privat profit/non-profit) untuk membuat atau menerapkan kebijakan publik dengan adanya forum yang diinisiasi oleh pemerintah dan melibatkan aktor non pemerintah yang dapat membuat keputusan bersama tentang aturan dan cara bertindak secara formal berdasarkan konsensus dalam upaya mencapai tujuan bersama.

### ***Collaborative Governance* dilihat dari Konteks Sistem**

Berpikir sistem merupakan upaya untuk memahami kompleksitas dan dinamika. Maani & Cavana dalam Muluk mendefinisikan berpikir sistem sebagai “*a way of thinking about and describing dynamic relationships that influence the behaviour of systems*”. (Muluk, 2009) Dari beberapa hasil pengamatan yang dilakukan oleh peneliti yang bersumber dari beberapa ahli menyebutkan bahwa dalam pembahasan tentang kolaborasi yang terjadi telah memiliki siklus dan membentuk konteks sistem.

### **Input Kolaborasi**

Menurut Ansell & gash, terdapat beberapa komponen yang disebut sebagai input kolaborasi. Komponen tersebut adalah: (Ansell, 2007)

▮ *Starting Conditions*. Di dalamnya membahas tentang apakah terdapat keseimbangan sumberdaya atau kekuatan diantara stakeholders?

▮ *Facilitative Leadership*. Diartikan sebagai adanya peran kepemimpinan secara luas dilihat sebagai unsur penting dalam membawa dan mengarahkan stakeholders

*Institutional Design*. Hal ini diartikan dengan adanya protokol dan aturan dasar sebagai dasar legitimasi prosedural dari proses kolaboratif.

### **Proses Kolaborasi**

Proses kolaborasi seringkali disebut sebagai jantung kolaborasi yang menjelaskan secara rinci tentang komponen-komponen proses kolaborasi yang bukan bersifat linier, namun bersifat dinamis dan kompleks yang berjalan membentuk suatu siklus secara bertahap yang selalu berputar dalam seluruh usurnya serta mempengaruhi satu sama lain. Proses juga seringkali dijadikan dasar penilaian kolaborasi berjalan efektif atau tidak, apakah mengarah pada pencapaian *output* yang diharapkan, dan apakah kolaborasi cenderung berkelanjutan atau tidak (masih layak dipertahankan, atau harus dihentikan).

### **Output Kolaborasi**

Selama proses kolaborasi berlangsung, secara langsung maupun tidak langsung akan menghasilkan tindakan-tindakan bersama (*collective actions*) yang disebut dengan *outputs*. *Outputs* dari kolaborasi dapat berupa beberapa macam, tergantung dari bidang permasalahan kolaborasi berada. Dari adanya *outputs* sekaligus juga menghasilkan *feedback* karena hasil kegiatan yang telah dilakukan dapat langsung dicermati, dianalisis dan dipertanyakan apakah kegiatan telah sesuai dengan harapan, apakah usaha dari para aktor sesuai dengan hal ini. Emerson, Nabatchi, & Balogh menyimpulkan *outputs* akan mengarah pada pembentukan *outcomes* ke depannya. (Emerson, 2012)

### **Outcomes Kolaborasi**

Pengertian *outcomes* menurut Innes & Booher (dalam Emerson, Nabatchi, & Balogh adalah "*the third-order effect of result on the ground*", atau bentuk perkembangan ketiga dari efek-efek yang dihasilkan kolaborasi di lapangan. (Emerson, 2012) Definisi ini menjelaskan bahwa *outcomes* terjadi dari adanya perkembangan efek yang berlanjut, yang mempunyai karakteristik (1) ada *outcomes* yang diinginkan, dan (2) yang tidak diinginkan, (3) ada *outcomes* yang terduga, dan (4) tidak terduga.

### **Umpan Balik dalam Proses Kolaborasi**

Umpan balik pada penelitian ini ditujukan pada proses kolaborasi. Emerson menjelaskan bahwa *feedback* sebagai sebuah tahapan untuk melakukan adaptasi. (Emerson, 2012) Dalam penelitian ini umpan balik yang dimaksud hanya akan membuat "output" hasil proses kolaborasi yang tercipta untuk diadaptasikan pada tahap awal "*face-to-face dialogue*" dan dinilai apakah *output* tersebut layak untuk dilaksanakan? Bagaimana pelaksanaannya? sehingga umpan balik yang dimaksud disini adalah hanya pada proses kolaborasi saja (tidak secara keseluruhan kolaborasi yang dimulai dari input).

Berdasarkan hal tersebut maka dapat peneliti simpulkan bahwa, kolaborasi membentuk suatu konteks sistem yang didalamnya terdiri dari komponen inputs, proses, output, outcomes, dan feedback.

### **Proses Kolaborasi Menurut Chris Ansell & Alison Gash**

Peneliti memilih teori proses *Collaborative Governance* menurut Chris Ansell & Alison Gash yang didasarkan pada komponen-komponen didalam teori tersebut yang bersifat komprehensif dan dianggap paling tepat untuk digunakan dalam menjawab dan mendeskripsikan Proses Kolaborasi antara Pemerintah Daerah dengan LSM dalam Upaya Pencegahan Penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya.

#### **1. Diskusi langsung (*face-to-face dialogue*)**

Dalam dimensi penelitian ini menurut pendapat Ansell yang dielaborasi dengan teori milik beberapa ahli, maka dalam diskusi ini berfokus pada 1) pelaksanaan komunikasi rutin yang dilaksanakan, 2) komunikasi rutin tersebut digunakan untuk mengidentifikasi peluang untuk saling menguntungkan antar *stakeholders* (proses awal untuk mencari keuntungan bersama), dan 3) bagaimana kualitas deliberasi yang perlu memperhatikan efektivitas komunikasi yang ada untuk memastikan bahwa tujuan diskusi dapat tercapai dengan mengadakan diskusi yang terbuka, kritis, dan membangun, terdapat kejujuran dan berani mengungkapkan pertanyaan dan ketidaksetujuan serta adanya tindakan pembuatan keputusan berdasarkan konsensus dalam diskusi.

#### **2. Membangun kepercayaan (*trust building*).**

Dalam dimensi penelitian ini menurut pendapat Ansell yang dielaborasi dengan teori milik beberapa ahli, maka proses membangun kepercayaan antar aktor kolaborasi ini haruslah merata yang berfokus pada pengalaman melakukan kerjasama di waktu sebelumnya yaitu apakah dapat memberi kepercayaan (saling menguntungkan antar pihak) atau malah memberi dampak negatif yang dapat menjelaskan bagaimana posisi kepercayaan bersama antar aktor tersebut, saling mengenal dan percaya satu sama lain karena terdapat hubungan dan saling ketergantungan berdasarkan tugas dan peran.

#### **3. Komitmen pada proses kolaborasi (*commitment to the process*).**

Dalam dimensi penelitian ini menurut pendapat Ansell yang dielaborasi dengan teori milik beberapa ahli, komitmen pada proses kolaborasi ini dilihat dari 1) (*Openness to Exploring Mutual Gains*) tujuan bergabung di dalam kolaborasi, yaitu apakah ada kepentingan bersama yang telah bertemu (yang dipengaruhi oleh *Face-to-Face Dialogue*), 2) pengakuan saling bergantung (*Mutual recognition of interdependence*) yang dipengaruhi oleh indikator *trust building*, 3) kepemilikan bersama pada proses kolaborasi (*shared ownership of process*) dalam prakteknya, dipengaruhi oleh faktor-faktor yakni faktor (1) insentif, yang dapat meningkatkan motivasi maupun (2) hambatan yang ada di dalamnya, apakah terdapat lebih banyak insentif (*reward*, sumberdana finansial) selama kolaborasi atau hambatan yang ada di dalamnya (tidak ada dukungan dana yang merata, buruknya *mutual trust* yang terbentuk), 4) Serta pembentukan komitmen dicerminkan atas adanya sikap optimis tercapainya tujuan kolaborasi, bukti komitmen yang dilakukan.

**4. Pemahaman bersama (*shared understanding*).**

Dalam dimensi penelitian ini menurut pendapat Ansell yang dielaborasi dengan teori milik beberapa ahli, maka pemahaman bersama merupakan adanya upaya mengidentifikasi tujuan bersama melalui adanya kesepakatan tentang permasalahan yang harus diatasi bersama, dan adanya visi, misi, dan arah strategis berdasarkan kesepakatan bersama untuk mewujudkan tujuan akhir kolaborasi.

**5. Hasil sementara (*intermediate outcomes*).**

Dalam dimensi penelitian ini menurut pendapat Ansell yang dielaborasi dengan teori milik beberapa ahli, hasil sementara ini yang dimaksud adalah terbentuknya "*tangible output*" di dalam "*strategic plans*" (atau terbentuknya target rencana kerja yang dapat mendekati pada tujuan yang tepat) yang dapat mendekati pada tujuan yang tepat yang penting untuk membangun momentum yang dapat menghasilkan hasil kolaborasi yang sukses serta terdapat lebih banyak *outcomes* atau "hasil lapangan" yang diharapkan (pencapaian keberhasilan, manfaat) daripada yang tidak diharapkan (kegagalan dan dampak negatif) baik yang terjadi secara terencana maupun tidak terduga.

Dalam penelitian ini, menjadikan bagian-bagian dalam proses tersebut sebagai indikator untuk mengungkap bagaimana Proses Kolaborasi antara Pemerintah Daerah dengan LSM dalam Upaya Pencegahan Penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya.

**Pencegahan Penyakit HIV-AIDS**

Secara umum menurut Kenneth Mayer, terdapat tiga level aktifitas pencegahan penularan penyakit HIV-AIDS meliputi pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier. (Mayer, 2009) Pencegahan primer adalah aktifitas pencegahan dengan mengurangi faktor resiko yang secara dominan menyebabkan penyakit tersebut, pencegahan Sekunder untuk melakukan pendeteksian dini, serta pencegahan tersier adalah aktifitas pencegahan yang berlangsung setelah penyakit berada di dalam tubuh, bermaksud untuk mengurangi dampak rasa sakit, menghentikan perkembangan penyakit, dan membatasi kecacatan yang timbul dari penyakit.

Secara umum, berikut penjelasan level pencegahan penyakit HIV-AIDS yang dirangkum dari pendapat beberapa ahli:

**Tabel Level Pencegahan Penyakit HIV-AIDS**

Primer	Sekunder	Tersier
Melakukan sosialisasi Edukasi atau penyuluhan mempromosikan melalui media <i>Information, Education and Communication</i> (IEC)	Meningkatkan pemanfaatan layanan VCT dan pengobatan pertama pada Infeksi menular seksual (HIV-AIDS)	Meningkatkan aksesibilitas ART ( <i>Antiretroviral treatment</i> ) dan profilaksis untuk melakukan pencegahan pada terjadinya <i>Opportunistic Infections</i> Melakukan perawatan bagi penderita HIV-AIDS untuk menangani komplikasi penyakit yang sudah terjadi guna mencegah kematian penderita

Sumber: Bourdessol (2008), Mayer (2009), Arwindha (2014) (data diolah)

Berdasarkan beberapa uraian tersebut, maka pencegahan penyakit HIV-AIDS adalah upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit HIV-AIDS bagi seseorang atau masyarakat dan melakukan upaya medis yang meliputi adanya pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier. Khusus untuk pencegahan sekunder, upaya pengobatan pertama tidak terdapat pada langkah penanggulangan HIV-AIDS sehingga peneliti memaknai bahwa upaya pengobatan hanya dilakukan pada pencegahan tersier yakni dengan pemberian ART.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan tipe penelitian deskriptif. Lokasi penelitian ditetapkan secara *puposive* di Kota Surabaya dengan lokasi yang dijadikan lokus untuk penelitian adalah sesuai dengan lokasi pihak-pihak yang terlibat secara aktif dalam proses kolaborasi dalam upaya pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya. Teknik penentuan informan menggunakan teknik penentuan informan secara *purposive sampling* (untuk informan kunci) sehingga diperlukan adanya wawancara dalam penelitian ini yang dilakukan kepada subjek penelitian khususnya kepada pihak-pihak yang memahami dan berhubungan secara langsung dengan permasalahan penelitian yang berada pada aktor pemerintah dan non-pemerintah.

Dari aktor pemerintah, informan yang telah digali datanya berasal dari SKPD yang terlibat yang meliputi KPA Kota Surabaya, Dinas Kesehatan, Dinas Pengendalian Penduduk, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Dinas Kebudayaan dan Pariwisata, Dinas Komunikasi dan Informatika, Dinas Pendidikan, Dinas Sosial, Dinas Perhubungan, Dinas Tenaga Kerja, Dinas Pemuda dan Olahraga, dan RSUD Dr. M. Soewandhi. Sedangkan aktor non-pemerintah atau LSM Peduli AIDS, terdapat beberapa informan yang telah dilakukan wawancara yang berasal dari Yayasan Orbit, LSM atau Yayasan Abdi Asih, dan LSM *Couple Community*.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini teknik observasi, wawancara dan dokumentasi. Untuk observasi, peneliti menggunakan observasi partisipatif dengan jenis partisipasi pasif. Untuk wawancara, peneliti menggunakan jenis wawancara semi terstruktur, serta peneliti menggunakan teknik dokumentasi dengan membutuhkan dokumen tertulis (data sekunder) guna melengkapi kebutuhan data penelitian, kemudian kamera agar bisa mengabadikan semua kegiatan yang hendak diteliti.

Teknik pemeriksaan keabsahan data menggunakan teknik triangulasi yang memanfaatkan penggunaan sumber yang akan dilakukan dengan (1) membandingkan data hasil pengamatan (observasi) dengan data hasil wawancara, (2) membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai

pendapat dan pandangan orang, (3) membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan. Teknik analisis data terdiri dari reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

## PEMBAHASAN

### Upaya Pencegahan Penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya

Pencegahan penyakit HIV-AIDS merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kerusakan bagi seseorang atau masyarakat yang ditimbulkan oleh penyakit HIV-AIDS, hal tersebut dilaksanakan secara terintegrasi di dalam komitmen pemerintah Kota Surabaya dalam penanggulangan HIV-AIDS melalui adanya Peraturan Walikota Surabaya Nomor 29 Tahun 2015. Tujuan dari kebijakan tersebut untuk menekan laju penularan HIV dan AIDS, serta meningkatkan kualitas hidup ODHA. Adapun Langkah-Langkah upaya Penanggulangan HIV dan AIDS dilaksanakan melalui kegiatan 1) promosi kesehatan, 2) pencegahan penularan HIV, 3) pemeriksaan diagnosis HIV, 4) pengobatan, perawatan, 5) rehabilitasi.

Secara umum menurut Kenneth Mayer yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, terdapat tiga level aktifitas pencegahan penularan penyakit HIV-AIDS meliputi pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier. Untuk menjabarkan setiap level, Berikut ini adalah hasil analisis data dan interpretasi teoritik terkait hasil penelitian pada komponen-komponen 3 level aktifitas pencegahan:

#### 1. Pencegahan Primer

Level aktifitas pertama dalam konsep pencegahan penyakit HIV-AIDS adalah pencegahan primer yakni upaya untuk mencegah bagaimana seseorang tidak tertular HIV (mencegah transmisi infeksi terjadi), aktifitas yang dapat dilakukan dengan memberikan edukasi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tentang HIV dan AIDS melalui penyuluhan, pelatihan pada kelompok risiko tinggi maupun rendah. Adapun aktifitas yang dapat dilakukan seperti melakukan sosialisasi, edukasi atau penyuluhan dan promosi IEC.

Setiap instansi (baik SKPD maupun LSM) yang terlibat dalam upaya pencegahan penyakit HIV memiliki karakteristik, tugas pokok dan fungsi, kewenangan dan kepemilikan program dan anggaran yang berbeda-beda artinya bahwa tidak semua instansi yang terlibat tersebut memiliki fokus tupoksi yang spesifik terkait dengan kegiatan penanggulangan HIV-AIDS. Untuk upaya pencegahan penyakit HIV-AIDS merupakan tugas utama yang harus dilakukan oleh dinas kesehatan, dan RSUD dr Soewandhi, sehingga para instansi yang lain yang tercantum dalam peraturan walikota tersebut bergerak sesuai dengan tupoksi yang tertera dalam peraturan walikota yang merupakan tugas, peran, dan batasan kewenangan yang diberikan kepada masing-masing instansi.

Adapun aktifitas pencegahan penyakit HIV-AIDS tersebut terdiri sosialisasi, penyuluhan atau edukasi, dan promosi melalui media KIE. Apabila melihat kembali aktor-aktor kolaborasi yang telah disajikan pada Bab II, yaitu pada Gambaran Umum Kolaborasi lembaga dalam pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya (tabel 2.9), maka semua instansi tersebut telah melakukan aktifitas sosialisasi dalam pencegahan penyakit HIV-AIDS melalui berbagai bidang kegiatan meskipun tidak semua instansi tersebut bergerak di bidang kesehatan, seperti melalui aktifitas sosialisasi, penyuluhan, dan promosi yang dilakukan oleh beberapa instansi yang memang memiliki program dan kegiatan langsung maupun yang tidak punya dengan menyisipkan pada program yang relevan.

Instansi yang melaksanakan sosialisasi secara langsung, seminar dan pertemuan yang memiliki program sosialisasi secara internal yakni Dinas Kesehatan, RSUD dr. M Soewandhi, dinas tenaga kerja, dinas pemuda dan olahraga, LSM seperti yayasan Orbit, Yayasan Abdi asih. Serta sosialisasi yang dilaksanakan oleh instansi tanpa memiliki program internal yakni Dinas sosial, Dinas pendidikan, DP5A, disbudpar, dan LSM *Couple Community*

Aktifitas penyuluhan yang dilakukan dengan memiliki program internal rutin hanya dilakukan oleh dinas kesehatan melalui seluruh puskesmas. Selain itu, terdapat pelaksanaan aktifitas yang dilakukan oleh beberapa instansi meskipun tidak memiliki program internal atau bukanlah aktifitas rutin seperti oleh DP5A, dan disparta.

Terdapat aktifitas promosi secara tidak langsung yang dilakukan melalui Media KIE. Hal tersebut dapat dilakukan melalui penyebaran leflet, poster, videotron, iklan layanan masyarakat, running text, penyebaran melalui media massa seperti website resmi instansi milik SKPD pemerintah. Adapun beberapa instansi yang melaksanakannya seperti dinas komunikasi dan informasi, dinas perhubungan, dinas kesehatan, dan RSUD dr M Soewandhi.

Berdasarkan hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa semua instansi telah melakukan aktifitas pencegahan primer, namun hanya dinas kesehatan yang melakukan pada 3 jenis aktifitas, dan RSUD dr.M Soewandhi yang melaksanakan 2 jenis aktifitas dan telah dilaksanakan dengan baik serta sesuai dengan kajian teoritis.

#### 2. Pencegahan Sekunder

Menurut Kenneth Mayer yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli. Pencegahan sekunder adalah bagaimana upaya deteksi dini HIV yang dilakukan untuk mengetahui status penderita secepat mungkin dengan tujuan mengurangi resiko penularan HIV kepada individu lain dan aktifitas yang dapat dilakukan melalui diagnosis dini HIV. Adapun aktifitas yang dilakukan yakni melaksanakan layanan VCT untuk mendeteksi IMS (HIV-AIDS).

Berdasarkan urraian dalam penyajian data, melihat kembali aktor-aktor kolaborasi yang telah

disajikan pada Bab II, yaitu pada Gambaran Umum Kolaborasi lembaga dalam pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya (tabel 2.9). Maka tidak semua instansi tersebut melakukan aktifitas pencegahan sekunder penyakit HIV-AIDS. Aktifitas deteksi HIV-AIDS hanya dilakukan oleh dinas kesehatan melalui seluruh (63) puskesmas dan juga RSUD. Dr. M. Soewandhi berdasarkan kewenangan, tupoksi, program dan kegiatan (termasuk anggaran dan ketersediaan keahlian). Adapun aktifitas pencegahan sekunder penyakit HIV-AIDS tersebut dilakukan di dalam layanan kesehatan maupun diluar layanan kesehatan.

Untuk dilakukan di dalam layanan kesehatan, peran instansi lain hanya melakukan perujukan ketika terjadi kasus penularan HIV seperti yang dilakukan oleh LSM Orbit, Abdi Asih, dan LSM *Couple Community* secara intens yang merupakan integrasi dari kegiatan penjangkauan kepada populasi kunci. Serta peran instansi lain juga demikian seperti DP5A, disbupar melalui tim pengawasan usaha pariwisata, dinas tenaga kerja, dinas sosial yang hanya melakukan perujukan ketika terdapat aktifitas internal instansi yang sama dan ketika dibutuhkan.

Untuk dilakukan di luar layanan kesehatan dilaksanakan melalui *mobile clinic* yang mana hal tersebut tetap dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dari puskesmas yang bekerjasama dengan LSM Abdi Asih, LSM Orbit, serta LSM *couple community* yang dilakukan melalui kegiatan penjangkauan kepada populasi kunci dengan bekerjasama dengan lokasi dan perusahaan tempat populasi kunci berada. Serta pernah bekerjasama dengan dispora, dan dinas tenaga kerja ketika pelaksanaan program kegiatan internal instansi masing-masing. Serta dinas perhubungan, disbudpar yang bekerjasama dengan LSM terkait ketika melakukan penjangkauan di wilayah instansi tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa tidak semua instansi telah melakukan aktifitas pencegahan sekunder, dan hanya dinas kesehatan melalui seluruh atau 63 puskesmas di kota Surabaya dan RSUD dr. M. Soewandhi yang melakukan aktifitas deteksi HIV-AIDS di kota Surabaya karena merupakan instansi yang menyediakan layanan kesehatan melalui pelaksanaan VCT yang dilakukan di dalam maupun diluar fasilitas layanan kesehatan (*mobile*) dan PITC yang hanya dilaksanakan di dalam layanan kesehatan. Serta Dua instansi tersebut telah melaksanakan aktifitas pencegahan sekunder dengan baik dan sesuai kajian teoritis.

### 3. Pencegahan Tersier

Menurut Kenneth Mayer yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli. Pencegahan tersier untuk mencegah orang dengan positif infeksi HIV untuk mengurangi kematian dan disabilitas dengan menggunakan *antiretroviral therapy* dan memulihkan kekebalan tubuh penderita yang dilakukan untuk menyembuhkan komplikasi penyakit yang sudah terjadi serta aktifitas yang dapat dilakukan yakni meningkatkan aksesibilitas ART dan untuk melakukan pencegahan pada terjadinya IO bagi penderita

(ODHA), dan melakukan perawatan bagi penderita HIV-AIDS untuk menangani komplikasi penyakit yang sudah terjadi guna mencegah kematian penderita.

Berdasarkan hal yang diuraikan dalam penyajian data, melihat kembali aktor-aktor kolaborasi yang telah disajikan pada Bab II, yaitu pada Gambaran Umum Kolaborasi lembaga dalam pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya (tabel 2.9). Maka tidak semua instansi tersebut melakukan aktifitas pencegahan tersier penyakit HIV-AIDS karena aktifitas pengobatan dan perawatan hanya dilakukan oleh jaringan pelayanan kesehatan (Dinkesdan RSUD).

Untuk pengobatan hanya dilakukan oleh dinas kesehatan melalui seluruh (7) puskesmas dan juga RSUD. Dr. M. Soewandhi berdasarkan kewenangan, tupoksi, program dan kegiatan (termasuk anggaran dan ketersediaan keahlian). Serta perawatan yang hanya dilakukan oleh RSUD. Dr. M. Soewandhi.

Peran instansi lain (SKPD dan LSM) hanya sebagai pendukung. Dalam hal ini, peran LSM sangat penting dan cukup intens dalam berkoordinasi dengan pihak layanan kesehatan dan LSM hanya menjadi perantara yang merupakan kesatuan dari peran pendampingan oleh LSM (pasca diagnosa). LSM akan mengantar ke layanan atau bahkan memanggil pihak layanan ketika pasien memang tidak bisa datang ke layanan kesehatan dan memastikan klien patuh berobat dan dalam kondisi sehat. Setelah pasien dirasa mandiri, maka LSM akan bergerak kepada klien yang lain. Untuk peran SKPD lain pasca infeksi HIV, yang terlibat hanyalah dinas sosial dan Disnaker yang melekat pada program internal masing-masing instansi.

Dalam aktifitas perawatan bagi penderita HIV-AIDS, hal tersebut hanya dilakukan oleh 9 jaringan PDP Rumah Sakit yang sudah bekerjasama dengan dinas kesehatan. Rumah sakit tersebut adalah RSUD Dr Soetomo, RSUD Soewandhi, RS Bayangkara, RSAL dr ramelan, RSJ Menur, RS Paru Karang tembok, RSUD Bakti dharma husada, RS Haji, dan RS Unair. Serta khusus untuk LSM Abdi Asih dan *Couple Community* ini juga sering mendapatkan rekomendasi dari RS ketika terdapat ODHA maupun ADHA untuk di rawat dan ditampung di tempat milik yayasan abdi asih (karena memiliki shelter) ini maupun digabungkan dengan LSM *Couple Community* selaku komunitas dukungan sebaya.

Berdasarkan hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa tidak semua instansi telah melakukan aktifitas pencegahan tersier, dan hanya dinas kesehatan melalui 7 puskesmas (putatjaya, sememi, dupak, kedurus, kedunggoro, perak timur, jagir) yang dapat melakukan aktifitas pengobatan ART dan RSUD dr. M. Soewandhi yang melakukan aktifitas pengobatan dan perawatan untuk penyakit HIV di kota Surabaya karena merupakan instansi yang menyediakan layanan kesehatan.

Sehingga hasil penelitian tentang pelaksanaan upaya pencegahan penyakit HIV-AIDS yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah dan Lembaga Swadaya Masyarakat di Kota Surabaya (dalam konsep



pencegahan penyakit HIV-AIDS), maka instansi yang melaksanakan semua level pencegahan (primer, sekunder, dan tersier) penyakit HIV-AIDS hanya dinas kesehatan dan RSUD dr M. Soewandhi yang melaksanakan 3 level pencegahan penyakit HIV-AIDS tersebut. Serta pelaksanaan 3 level pencegahan penyakit HIV-AIDS telah dilaksanakan dengan baik serta sesuai dengan kajian teoritis.

### **Proses Kolaborasi antara Pemerintah Daerah dengan Lembaga Swadaya Masyarakat dalam Upaya Pencegahan Penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya**

Dalam proses kolaborasi yang terjadi dalam melaksanakan pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya, terdapat beberapa instansi pemerintah daerah yang dilaksanakan oleh SKPD dan juga LSM. Berikut ini uraian tersebut:

#### **1. Diskusi Langsung**

Menurut Crist Ansell yang dielaborasi dengan teori menurut Kirk Emerson, dalam diskusi ini berfokus pada apakah pelaksanaan komunikasi rutin telah dilaksanakan, komunikasi rutin tersebut digunakan untuk mengidentifikasi peluang untuk saling menguntungkan antar *stakeholders* (proses awal untuk mencari keuntungan bersama), dan bagaimana kualitas deliberasi yang perlu memperhatikan efektivitas komunikasi yang ada untuk memastikan bahwa tujuan diskusi dapat tercapai dengan mengadakan diskusi yang terbuka, kritis, dan membangun, terdapat kejujuran dan berani mengungkapkan pertanyaan dan ketidaksetujuan serta adanya tindakan pembuatan keputusan berdasarkan konsensus dalam diskusi.

Dalam pelaksanaan komunikasi yang rutin, terdapat sistem pertemuan bersama diadakan dengan rutin (1 bulan per pokja dan 6 bulan per sektap) namun fakta dilapangan menyebutkan bahwa banyak informan dari SKPD maupun LSM yang mengatakan jika pertemuan pokja dilaksanakan 3 bulan sekali, serta terdapat pertemuan insidental yang dapat mengundang dan mengintegrasikan lebih dari 1 pokja sesuai kebutuhan program yang dibutuhkan koordinasi cepat dan sesuai undangan KPA, contohnya seperti Pertemuan berupa diskusi langsung setiap kelompok kerja akan secara intens dilakukan ketika terdapat event-event tertentu.

Sehingga terdapat hasil interpretasi teori atas penelitian dilapangan menunjukkan bahwa terdapat sistem pertemuan yang rutin, namun pelaksanaannya tidak sesuai dengan kajian teoritis atau berlangsung dengan kurang baik.

Dalam mengidentifikasi keuntungan bersama untuk bergabung dalam kolaborasi, jelas terdapat keterbukaan bagi KPA bagi seluruh LSM yang ingin bergabung dalam KPA dengan beberapa persyaratan. Untuk SKPD yang dapat bergabung adalah beberapa SKPD yang terdapat dan relevan dalam peraturan perundang-undangan untuk melaksanakan penanggulangan HIV-AIDS. Berdasarkan hasil penelitian dilapangan menyebutkan bahwa tidak terdapat keuntungan dari SKPD (kecuali dinkes dan

RSUD dr Soetomo) dalam bergabung di sektap KPA sehingga tidak terdapat motivasi bagi SKPD untuk bergabung dalam kolaborasi selain hanya untuk menjalankan perintah peraturan perundang-undangan. Sedangkan untuk LSM, keuntungan dari LSM dalam bergabung dalam sektap KPA adalah untuk mendapatkan rekomendasi dari KPA, mendapatkan dukungan dana dari GF dan dapat menjalankan program penanggulangan HIV dan bertanggungjawab kepada penyandang dana (*Global Fund*).

Sehingga hasil interpretasi teori atas hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa terdapat keuntungan sebagai motivasi untuk bergabung dalam kolaborasi hanya terdapat pada aktor LSM sehingga hasil penelitian menunjukkan tidak sesuai dengan kajian teoritis dan tidak berlangsung dengan baik

Kualitas deliberasi yang dapat ditinjau berdasarkan pelaksanaan diskusi yang terbuka, kritis, membangun, dan adanya pembuatan kesepakatan diskusi berdasarkan konsensus. Untuk diskusi yang terbuka, setiap perwakilan dari instansi dipersilahkan melakukan pemaparan tentang apa kegiatan yang telah dilakukan selama 3 bulan (sesuai dengan rencana kegiatan yang telah dilakukan dalam bidang instansi masing-masing) serta dilakukan aktifitas pemaparan per instansi tentang kekuatan, kelemahan, kesempatan, dan peluang tentang kegiatan masing-masing serta melaksanakan diskusi dengan model *FGD*. Dalam pelaksanaan diskusi yang kritis, fakta dilapangan menunjukkan bahwa terdapat waktu untuk tanya jawab, dan masing-masing pihak bisa berbagi terkait informasi tentang program yang berkaitan tentang HIV. Adanya pelaksanaan diskusi yang membangun berdasarkan adanya upaya penemuan solusi bersama yang dialami oleh semua instansi di dalam forum diskusi sebagai upaya tindak lanjut atas permasalahan yang dipaparkan dalam presentasi dan akan dilaksanakan di dalam kegiatan selanjutnya

Serta adanya pembuatan kesepakatan berdasarkan konsensus karena terdapat pembentukan kesimpulan dan akan dicatat oleh notulen dalam diskusi dan akan dibacakan dalam forum, namun dalam pelaksanaan diskusi langsung, terdapat kendala secara umum seperti (1) banyaknya perwakilan yang tidak dapat datang dan diwakilkan kepada pihak lain, sehingga pihak tersebut tidak mengetahui informasi sebelumnya serta informasi yang didapatkan dalam rapat terkadang tidak sampai kepada atasan maupun kepada penanggung jawab perwakilan instansi, dan (2) ada beberapa anggota kolaborasi yang pasif, artinya tidak terjadi proses tanya jawab yang ideal atau terdapat budaya malu bertanya untuk beberapa instansi SKPD karena memang tidak memahami konteks permasalahan di bidang kesehatan secara signifikan.

Sehingga terdapat hasil interpretasi teori atas hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa kualitas deliberasi menunjukkan sesuai dengan kajian dan telah terbentuk dengan baik.

Berdasarkan tiga indikator diatas, dapat disimpulkan bahwa hasil dimensi diskusi langsung masih belum berjalan dengan baik.

## 2. Membangun kepercayaan

Proses membangun kepercayaan antar aktor kolaborasi ini haruslah merata yang berfokus pada pengalaman melakukan kerjasama di waktu sebelumnya yaitu apakah dapat memberi kepercayaan (saling menguntungkan antar pihak) atau malah memberi dampak negatif yang dapat menjelaskan bagaimana posisi kepercayaan bersama antar aktor tersebut, serta terdapat saling mengenal dan percaya satu sama lain karena terdapat hubungan dan saling ketergantungan berdasarkan tugas dan peran, atau terdapat kebutuhan untuk bekerjasama.

Dalam pengalaman melakukan kerjasama dengan aktor lain, terdapat fakta dilapangan yang menyebutkan bahwa semua instansi mengakui pernah bekerjasama dengan dinas kesehatan, kerjasama antar program dengan instansi lain dimasa lalu bahkan sebelum penetapan perwali tahun 2015 maupun SK Penanggulangan HIV-AIDS tahun 2016, seperti dengan beberapa instansi berikut:

1. DP5A pernah bekerjasama antar-program dengan LSM *Couple Community* (jarang), dinsos (sering), Dinkes (sering) sehingga membuat kepercayaan kepada dinkes, dan dinsos cukup tinggi dan LSM *couple community* cukup baik.
2. RSUD dr M Soewandhi sering kerjasama antar-program dengan dinkes, puskesmas, serta LSM (sangat rutin) sehingga membuat kepercayaan kepada dinkes, dan LSM cukup tinggi.
3. Disnaker sering terlibat dalam kerjasama antar-program dengan dinas kesehatan (melalui puskesmas) yang sangat intens, RSUD dr Soewandhi (cukup sering) sehingga membuat kepercayaan kepada dinkes, RSUD dr Soewandhi cukup tinggi
4. Dispora sering bekerjasama dinas kesehatan dan RSUD dr Soewandhi (sangat sering) sehingga membuat kepercayaan kepada dinkes, RSUD dr Soewandhi cukup tinggi
5. Dinas pendidikan melakukan kerjasama rutin dengan dinas kesehatan melalui puskesmas sehingga membuat kepercayaan kepada dinkes cukup tinggi
6. Disbudpar, LSM Abdi Asih, LSM Orbit mengakui dinkes rutin terlibat kerjasama yang sangat intens (kerjasama antar-program) sehingga membuat pembentukan kepercayaan diantara dinkes, LSM Abdi Asih, dan Orbit cukup tinggi
7. Dinas sosial pernah kerjasama dengan dinkes (cukup sering), shelter LSM (sangat sering), LSM Abdi asih, Orbit, dan *Couple Community* (cukup sering) sehingga membuat kepercayaan kepada dinkes, LSM Abdi Asih, Orbit, *Couple Community* cukup tinggi, dan LSM Abdi Asih sangat tinggi (karena memiliki shelter)
8. Dishub dan LSM Abdi Asih mengakui bahwa pernah terlibat (jarang) koordinasi dengan dinkes, maupun dishub sering berkoordinasi dengan dinkes ketika berkoordinasi tentang materi kegiatan sosialisasi pencegahan HIV dan penyebaran media KIE di terminal, dan lingkungan Dishub sehingga membuat kepercayaan kepada dinkes cukup tinggi dan dengan LSM Abdi Asih cukup baik
9. Diskominfo mengakui sering berkoordinasi dengan dinas kesehatan sehingga membuat kepercayaan kepada dinkes cukup tinggi
10. Dinkes sering memiliki kerjasama dengan LSM (sangat rutin) di dalam menjalankan program KPA maupun diluar forum kolaborasi guna menjalankan program dinkes sebagai petugas penjangkau (termasuk LSM Orbit, Abdi Asih dan *Couple Community* yang membawahi populasi kunci masing-masing). Dinkes memiliki keterkaitan tupoksi yang erat dengan RSUD dr Soewandhi sehingga rutin terlibat kerjasama antar-program. Dinkes kerjasama antar program yang berlangsung baik meliputi program pada dinas pendidikan, dinas pariwisata, disnaker, LSM. Berdasarkan hal tersebut membuat kepercayaan kepada puskesmas, RSUD dr Soewandhi sangat tinggi, dengan LSM Abdi Asih, Orbit, dan *Couple Community* yang tinggi dengan dinas pendidikan, DP5A, dinas pariwisata, dinas sosial, Disnaker yang cukup baik.
11. LSM Abdi Asih yang sangat sering bekerjasama dengan dinkes (LSM sebagai tenaga penjangkau). Selain itu, terdapat kerjasama antar program dengan disnaker (jarang), dinas pendidikan (jarang), Dishub dan puskesmas dalam aktifitas mobile klinik (jarang), bapemas KB (sering), dinas sosial (sering), RSUD dr Soewandhi (sangat sering). Berdasarkan hal tersebut membuat kepercayaan kepada dinkes sangat tinggi, dan kepada dinas pariwisata, RSUD dr Soewandhi, dinsos, dan Bapemas KB sangat tinggi, serta disnaker, dispendik, dishub yang cukup baik.
12. LSM *Couple Community* pernah bekerjasama dengan Bapemas KB atau DP5A (jarang) dan rutin bekerjasama dengan dinas kesehatan karena sebagai tenaga penjangkau, serta terdapat pengalaman kerjasama yang buruk dengan puskesmas sehingga membuat kepercayaan kepada dinkes sangat tinggi, DP5A, dinas sosial cukup baik, dan hubungan kerjasama yang buruk dengan puskesmas dan anggota pokja PMTCT.
13. LSM orbit mengakui sangat rutin bekerjasama dengan dinas kesehatan dan antar-LSM. Dengan Dinas sosial (cukup sering), DP5A (jarang terjadi), Dinas pariwisata (cukup sering), diskominfo (jarang), serta masih belum menjalin koordinasi dengan dispendik, disnaker, dan dinas perhubungan. Serta menjalin kerjasama dan koordinasi cukup intens dengan sesama LSM. Berdasarkan hal tersebut membuat kepercayaan kepada dinkes dan sesama LSM sangat tinggi, dinas sosial, DP5A, dinas kebudayaan dan pariwisata, diskominfo cukup baik.

Sehingga terdapat hasil interpretasi teori atas penelitian dilapangan menunjukkan bahwa terdapat pengalaman kerjasama antar aktor yang tidak sesuai dengan kajian yang telah ditetapkan, karena pengalaman kerjasama tidak terbentuk secara merata pada seluruh aktor (seluruh aktor hanya pernah bekerjasama bersama dengan dinas kesehatan dan terbentuk dengan baik).

Dalam hal saling mengenal karena terdapat hubungan dan saling ketergantungan berdasarkan tugas dan peran, terdapat upaya membangun kepercayaan dalam kolaborasi KPA diawali dengan adanya kebijakan seperti

- Peraturan Daerah No. 4 tahun 2013 Tentang penanggulangan HIV dan AIDS
- Peraturan Walikota nomor 29 Tahun 2015 Tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 4 tahun 2013 Tentang penanggulangan HIV dan AIDS
- SK Walikota Nomor 188.45/436.1/2013 Tentang KPA Kota Surabaya.
- SK Kepala Dinas Kesehatan Nomor 094/1082/436.6.3/2016 tentang Susunan Keanggotaan Sektap KPA Surabaya

Yang mana ketiga hal tersebut mendasari perlunya melibatkan komponen SKPD dan LSM dengan mengatur tentang pembagian tupoksi, kewenangan, dan batasannya. Hal tersebut juga dikemukakan oleh semua aktor bahwa mereka mengenal instansi lain yang terlibat berdasarkan adanya peraturan perundang-undangan diatas.

DP5A mengenal dinas lain yang berkontribusi seperti dinas komunikasi dan informatika, dinas tenaga kerja, dan juga dinas sosial, dan pengakuan bahwa dinkes melalui puskesmas dan LSM yang paling sering terlibat dan langsung melakukan penanganan medis (melakukan tes HIV, perujukan, pendampingan saat pengobatan dan perawatan). Selain itu Dinas kesehatan, Dinas kebudayaan, diskominfo, dispendik, Dinsos, Dishub, Dispora, RSUD Dr. M. Soewandhi, DP5A, disnaker, dispora, LSM orbit, LSM abdi asih, dan LSM couple community mengakui bahwa tim layanan kesehatan seperti dinas kesehatan (dan seluruh puskesmas), dan RSUD dr soewandhi memiliki peran dominan dalam melakukan upaya deteksi dini HIV dan melakukan aktifitas pengobatan dan perawatan, hal tersebut karena terkait kewenangan, tupoksi, dan memiliki program kerja di bidang kesehatan (khususnya dalam kegiatan P2PM HIV melalui penyediaan layanan kesehatan)

Dalam hal percaya satu sama lain antar-aktor, terdapat pada adanya kebutuhan untuk bekerjasama yang dikemukakan oleh seluruh instansi. Alasan keterlibatan banyak pihak lintas bidang karena permasalahan HIV-AIDS merupakan permasalahan yang bersifat multidimensi meskipun secara dominan terletak pada aspek medis. Hal tersebut diungkapkan oleh KPA, dinas kesehatan, RSUD Dr. Soewandhi, dan DP5A. Adapun aspek-aspek tersebut meliputi:

- Pola perilaku individu yang mendekati faktor resiko penularan (berdasarkan transmisi seksual, non seksual, dan dari ibu ke anak) dan kesadaran masyarakat (mengedepankan motif ekonomi, pengetahuan dan informasi akan HIV rendah), dan stigma buruk sehingga ada budaya malu untuk mengetahui status HIV individu sejak dini (untuk mencegah terjadinya penularan)
- Karena stigma buruk dan tingginya diskriminasi sehingga banyak ODHA yang bersembunyi dan tidak dapat dikontrol (bagi upaya dukungan ODHA)

Sehingga perlu mengintervensi masyarakat umum untuk menyosialisasikan tentang bahaya HIV sehingga masyarakat jadi sadar akan kesehatan dengan mengubah pola perilaku, tindakan untuk tidak mendiskriminasi penderita maupun upaya memotivasi penderita HIV sehingga membutuhkan keterlibatan berbagai pihak (baik SKPD maupun LSM) berdasarkan tupoksinya dan program masing-masing.

Menurut KPA Adanya kebutuhan melibatkan banyak peran SKPD dan LSM berdasarkan faktor penyebab penularan HIV (karena factor pengetahuan, kesadaran masyarakat akan tindakan berisiko penularan khususnya kepada populasi kunci) dan dampak yang ditimbulkan yang bersifat multidimensi.

Menurut dinas kesehatan karena faktor pemulihan penyakit HIV berada di bidang non-medis (meskipun yang paling utama adalah aspek medis) mencakup lintas bidang, khususnya tentang kondisi psikosial yang tertekan, lingkungan social yang mendiskriminasi dan memberikan stigma buruk

Hampir seluruh aktor mengatakan aktifitas penanggulangan HIV seharusnya tidak hanya dilaksanakan oleh tim kesehatan (seperti puskesmas, dinkes, dan rumah sakit) karena penyakit HIV ditinjau berdasarkan factor risikonya juga berbeda-beda dan tentu hal tersebut ada yang berkaitan dengan tupoksi dari instansi lain (diluar instansi di bidang kesehatan), sehingga yang diperlukan adalah melibatkan semua unsur dengan terus menjalin koordinasi antar instansi yang memiliki tupoksi dan kewenangan yang berbeda untuk tujuan penanggulangan HIV-AIDS, sehingga terdapat kebutuhan untuk bekerjasama yang diungkapkan oleh banyak instansi.

Hasil interpretasi teori atas penelitian dilapangan yang menunjukkan bahwa adanya rasa percaya antara satu sama lain (antar-aktor) telah terbentuk yang dapat dilihat dari kebutuhan seluruh instansi untuk bekerjasama sehingga dapat dikatakan terdapat rasa percaya kepada instansi lain dengan baik. Maka terdapat rasa saling mengenal dan percaya antar aktor yang telah terbentuk dengan baik

Berdasarkan hasil dari kedua indikator tersebut bahwa hasil dimensi membangun kepercayaan masih belum terbentuk dengan baik.

### 3. Komitmen pada proses kolaborasi

Komitmen pada proses kolaborasi ini dapat dilihat dari (*Openess to Exploring Mutual Gains*) tujuan bergabung di dalam kolaborasi, yaitu apakah

ada kepentingan bersama yang telah bertemu (yang dipengaruhi oleh *Face-to-Face Dialogue*), pengakuan saling bergantung (*Mutual recognition of interdependence*) yang dipengaruhi oleh indikator trust building, kepemilikan bersama pada proses kolaborasi (*shared ownership of process*) dalam prakteknya, dipengaruhi oleh faktor-faktor yakni faktor (1) insentif, yang dapat meningkatkan motivasi maupun (2) hambatan yang ada di dalamnya, apakah terdapat lebih banyak insentif (*reward*, sumberdana finansial) selama kolaborasi atau hambatan yang ada di dalamnya (tidak ada dukungan dana yang merata, buruknya mutual trust yang terbentuk), Serta pembentukan komitmen dicerminkan atas adanya sikap optimis akan tercapainya tujuan kolaborasi, bukti komitmen yang telah dilakukan.

Dalam tujuan bergabung di dalam kolaborasi (apakah ada kepentingan bersama yang telah bertemu), terdapat temuan bahwa tidak terdapat keuntungan dari SKPD (kecuali dinkes dan RSUD dr Soetomo) dalam bergabung di sektap KPA sehingga tidak terdapat motivasi bagi SKPD untuk bergabung dalam kolaborasi selain hanya untuk menjalankan perintah SK Walikota yakni ikut membantu menyukseskan kegiatan penanggulangan HIV di instansi SKPD dan bertanggung jawab kepada Pemkot Surabaya. Hanya terdapat keuntungan dari LSM dalam bergabung dalam sektap KPA adalah untuk mendapatkan rekomendasi dari KPA dan mendapatkan dukungan dana dari GF dan dapat menjalankan program penanggulangan HIV sesuai dengan proposal yang diajukan dan bertanggungjawab kepada penyandang dana (GF).

Sehingga hasil interpretasi teori atas penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat kepentingan bersama yang bertemu karena akses keuntungan dalam kolaborasi hanya terdapat pada aktor LSM sehingga hasil penelitian menunjukkan tidak sesuai dengan kajian teoritis dan tidak terbentuk dengan baik.

Dalam pembentukan sikap optimis akan tercapainya tujuan kolaborasi dan bukti komitmen yang terdapat pada beberapa instansi yang terlibat, maka berikut ini adalah hasil temuan penelitian.

Terdapat rasa optimis dari KPA, Dinkes dan RSUD Dr Soewandhi yang sangat tinggi dan terdapat bukti komitmen yang dilakukan oleh ketiga instansi.

Terdapat rasa optimis pada DP5A, dibudpar, diskominfo, Dinas Sosial, Dinas Perhubungan yang cukup tinggi dan pada LSM Orbit, Abdi Asih, dan *Couple Community* yang tinggi dan delapan instansi tersebut telah melaksanakan bukti komitmen.

Rasa pesimis terdapat pada instansi seperti Dispendik, dan Dispora namun telah melaksanakan bukti komitmen yang telah dilakukan

Sehingga terdapat hasil interpretasi teori atas penelitian dilapangan menunjukkan bahwa terdapat rasa optimis pada hampir seluruh aktor kolaborasi, serta terdapat bukti komitmen pada pelaksanaan penanggulangan HIV yang pernah dilaksanakan sehingga hasil penelitian ini menunjukkan telah sesuai dengan kajian dan telah terbentuk dengan baik.

Adanya pengakuan saling bergantung dapat dilihat dari adanya saling mengenal dan percaya satu sama lain karena terdapat hubungan dan saling ketergantungan berdasarkan tugas dan peran (pengakuan saling tergantung). Adanya upaya saling mengenal ditandai dengan adanya peraturan perundang-undangan yakni:

Peraturan Daerah No. 4 tahun 2013 Tentang penanggulangan HIV dan AIDS

Peraturan Walikota nomor 29 Tahun 2015 Tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 4 tahun 2013 Tentang penanggulangan HIV dan AIDS

SK Walikota Nomor 188.45/436.1/2013 Tentang KPA Kota Surabaya.

SK Kepala Dinas Kesehatan Nomor 094/1082/436.6.3/2016 tentang Susunan Keanggotaan Sektap KPA Surabaya

Hal tersebut yang menjadi perlunya melibatkan komponen SKPD dan LSM dengan mengatur tentang pembagian tupoksi, kewenangan, dan batasannya sehingga berdasarkan hal tersebut, KPA akan melibatkan SKPD dan LSM yang tercantum dalam peraturan perundang-undangan tersebut (saling mengenal dan percaya satu sama lain), hal tersebut juga dikemukakan oleh seluruh instansi bahwa keterlibatan mereka berdasarkan peraturan perundang-undangan tersebut.

Serta pendapat DP5A mengenal dinas lain yang berkontribusi dalam penanggulangan HIV seperti dinas komunikasi dan informatika, dinas tenaga kerja, dan juga dinas sosial, adanya pengakuan bahwa dinkes melalui puskesmas dan LSM yang paling sering terlibat dan langsung melakukan penanganan medis (melakukan tes HIV, perujukan, pendampingan saat pengobatan dan perawatan).

Dinas kesehatan, Dinas kebudayaan, diskominfo, dispendik, Dinsos, Dishub, Dispora, RSUD Dr. M. Soewandhi, DP5A, disnaker, dispora, LSM orbit, LSM abdi asih, dan LSM couple community mengakui bahwa tim layanan kesehatan seperti dinas kesehatan (dan seluruh puskesmas), dan RSUD dr soewandhi memiliki peran dominan dalam melakukan upaya deteksi dini HIV dan melakukan aktifitas pengobatan dan perawatan, hal tersebut karena terkait kewenangan, tupoksi, dan memiliki program kerja di bidang kesehatan (khususnya dalam kegiatan P2PM HIV melalui penyediaan layanan kesehatan).

Sehingga terdapat hasil interpretasi teori atas penelitian dilapangan menunjukkan bahwa pengakuan saling tergantung telah terbentuk di sejak diawal kolaborasi melalui pembentukan peraturan perundang-undangan sehingga telah berjalan sesuai kajian teori dan terbentuk dengan baik untuk menghubungkan dan membuat ketergantungan berdasarkan tupoksi.

Selanjutnya adalah terdapat beberapa insentif atau hambatan dalam kolaborasi, berikut ini adalah temuan insentif selama penelitian berlangsung:

1. Terdapat sumberdana bersama yang digunakan untuk operasionalisasi program di KPA, maka mendapatkan pendanaan dari (1) Dinas Kesehatan (melalui APBD Surabaya) dan (2) Global Fund Component Aids melalui KPAN, maupun lembaga donor lainnya yang digunakan untuk kegiatan operasional KPA dalam mengintegrasikan upaya penanggulangan HIV-AIDS (diluar APBD)
2. Dukungan Sumberdana finansial masing-masing instansi yakni sebagai berikut:
  - a. Untuk seluruh SKPD mengakui mendapatkan dana dari APBD Kota Surabaya, dan dalam partisipasi untuk kegiatan penanggulangan HIV tidak memiliki dukungan dana tambahan (sifat kegiatan adalah diintegrasikan pada kegiatan internal rutin SKPD yang relevan dengan upaya penanggulangan HIV) kecuali dinkes, disnaker, dispora, RSUD dr soewandhi yang memiliki program terkait HIV
  - b. Dukungan dana diluar APBD telah didapatkan oleh Dinas tenaga kerja memiliki dukungan dana terkait program bimbingan teknis P2 HIV yang bersumber dari ILO
  - c. Dukungan dana diluar APBD telah didapatkan oleh Dinkes mengakui mendapatkan dana dari APBN sebesar 40% untuk reagen HIV
  - d. LSM Abdi Asih pernah mendapatkan dana dari USAID, Women Inter-Church Council of Canada (WICC), The Global Fund For Women (TGFW), Future Group, dan Project Concern International (PCI)
  - e. LSM Orbit pernah mendapatkan dana dari USAID, kementerian sosial, global fund.
3. Terdapat Sistem Reward yang terdapat dalam forum kolaborasi yakni dalam kolaborasi KPA (yang hanya dapat diakses LSM, beberapa SKPD di bidang layanan kesehatan) yakni *AIDS Innovation Awards* yang diadakan oleh KPAN dalam PERNAS AIDS 2 tahun sekali, yang memiliki kategori :
  - a. Kepemimpinan Daerah (untuk KPA provinsi/Kab/Kota)
  - b. Program Pencegahan AIDS berbasis komunitas untuk PMTS (Pencegahan Melalui Transmisi Seksual) dan HR (Harm Reduction) (untuk LSM, Pokja PMTS / HR dan Komunitas);
  - c. Program Perluasan Tes HIV dan Pengobatan ARV (SUfA, termasuk PPIA/PMTCT) oleh sektor / unit layanan kesehatan berbasis LKB (untuk Puskesmas / Rumah Sakit / Dinkes);
  - d. Penguatan Masyarakat untuk penanggulangan AIDS dengan peran bermakna dari masyarakat (warga) (untuk WPA / PIKM / Desa Siaga);
  - e. Upaya menciptakan lingkungan kebijakan dan hukum yang kondusif bagi penanggulangan AIDS (untuk semua)
4. Terdapat sistem *reward* diluar kolaborasi namun terkait dengan P2 HIV-AIDS yakni sebagai berikut:

- a. *K3 Awards* yang hanya dapat diakses oleh perusahaan yang memiliki konsistensi dan komitmen dalam kegiatan P2 HIV dan mengintegrasikannya dalam program K3nya.
  - b. *Jawapost Awards* yang diadakan untuk menjangring inovasi pelayanan kesehatan (tidak spesifik tentang HIV-AIDS)
5. Dalam hal insentif yang dapat diakses secara Individu, berikut ini adalah temuan selama penelitian berlangsung:
    - a. Anggota LSM menerima insentif berupa uang transport
    - b. SKPD yang terlibat tidak mendapatkan insentif dalam kegiatan kolaborasi
    - c. Tidak adanya sistem reward (secara individu) pada seluruh aktor yang terlibat (baik SKPD maupun LSM) ketika telah menjalankan tugas dan peran masing-masing dalam upaya penanggulangan HIV.

Selain insentif, terdapat temuan hambatan selama penelitian berlangsung:

1. Terdapat rasa pesimis pada instansi berikut ini:
  - a. Rasa pesimis pada dinas pendidikan dan dispora
  - b. Dinas sosial, diskominfo, dishub, disparta, DP5A, Dinas kesehatan juga mengemukakan terdapat sedikit rasa pesimis yang dipengaruhi susahnya mengontrol penularan HIV yang menyangkut perilaku individu
2. Seluruh SKPD dan LSM mengakui, tidak terdapat sumberdana bersama yang dapat diakses dalam forum kolaborasi KPA
3. Seluruh SKPD mengakui, tidak ada penerimaan insentif dari sumber manapun karena itu merupakan tugas rutin SKPD
4. Terdapat hubungan kerjasama di masa lalu oleh semua instansi yang hanya kepada dinas kesehatan (hubungan kerjasama tidak terjadi secara merata) (hasil dari *trust building*)
5. Seluruh instansi dan KPA mengakui keterlibatan seluruh aktor dalam di pokja maupun di sektap KPA telah melaksanakan upaya maksimal, namun kepercayaan pada kemampuan seluruh aktor tidak menyeluruh (hasil dari *trust building*).

Sehingga terdapat hasil interpretasi teori atas penelitian dilapangan menunjukkan bahwa terdapat insentif yang lebih banyak (sistem *reward* bersama, terdapat dukungan dana bersama maupun pada masing-masing instansi untuk kegiatan bersama) daripada hambatan sehingga telah terbentuk sistem insentif yang baik, serta dapat disimpulkan bahwa hasil dimensi komitmen pada proses kolaborasi telah terbentuk dengan baik.

#### 4. Pemahaman bersama

Menurut Ansell, Pemahaman bersama dapat dipahami sebagai adanya upaya *identification of common values* melalui adanya kesepakatan tentang "*common problem definition*" atau definisi masalah

secara umum, dan adanya visi, misi, dan arah strategis bersama berdasarkan kesepakatan bersama.

Dalam upaya pembentukan kesepakatan tentang definisi masalah secara umum "*common problem definition*", terdapat pembahasan permasalahan strategis bersama dengan dinkes terkait situasi aktual HIV-AIDS dalam forum jaringan layanan kesehatan dan PDP, serta untuk di KPA dalam menentukan permasalahan bersama juga memperhatikan data-data dari dinas kesehatan tersebut. Selain itu, terdapat pembahasan permasalahan bersama yang hanya melibatkan berbagai instansi yang memiliki program internal secara langsung terkait HIV-AIDS secara langsung (yang paling intens dilakukan oleh Dinkes dalam jaringan layanan puskesmas dan jaringan PDP Rumah Sakit). Namun, terdapat permasalahan dalam pembahasan dan penetapan permasalahan strategis bersama adalah banyak instansi (yang tidak memiliki program internal secara langsung terkait HIV) yang tidak mengetahui terkait permasalahan strategis yang dihadapi dalam upaya P2 HIV dan tidak mengetahui tentang perumusan permasalahan strategis bersama yang hingga menjadi fokus permasalahan bersama.

Terdapat hasil interpretasi teori atas hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa tidak terdapat pembahasan permasalahan bersama kepada seluruh aktor dan penetapan permasalahan strategis hanya dilakukan oleh KPA sehingga tidak sesuai kajian dan tidak terbentuk dengan baik

Selain itu, dalam pembentukan visi, misi dan rencana strategis bersama, berdasarkan fakta dilapangan menunjukkan bahwa pembentukan rencana strategis disepakati bersama dan dibentuk oleh KPA dalam rapat sekretariat tetap, dalam pertimbangan pembuatan rencana strategis (SRAD) berpedoman pada SRAN KPAN (secara *top-down*) dan melakukan perencanaan dengan menyesuaikan dengan kondisi spesifik permasalahan HIV di kota surabaya (secara *bottom-up* dengan memperhatikan data-data actual seperti pembahasan sebelumnya), namun terdapat permasalahan dalam pembentukan visi, misi dan rencana strategis yang berisi program yakni penentuan dan penetapan tersebut hanya dilakukan KPA.

Terdapat hasil interpretasi teori atas hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa visi misi dan rencana strategis tidak terbentuk dengan baik (karena hanya dilakukan oleh KPA). serta dapat disimpulkan bahwa hasil dimensi pemahaman bersama tidak terbentuk dengan baik.

## 5. Hasil sementara

Hasil sementara ini yang dimaksud adalah "*tangible output*" (atau target rencana kerja di dalam "*strategic plans*" atau rencana kerja yang dapat mendekatkan pada tujuan yang tepat) dan menganggapnya sebagai hasil proses kritis yang penting untuk membangun momentum yang dapat menghasilkan hasil kolaborasi yang sukses serta terdapat lebih banyak outcomes atau "hasil lapangan" yang diharapkan (pencapaian keberhasilan, manfaat)

daripada yang tidak diharapkan (kegagalan dan dampak negatif) baik yang terjadi secara terencana maupun tidak terduga.

Dalam pembahasan akan terbentuknya "*tangible output*" di dalam "*strategic plans*", fakta dilapangan saat penelitian menunjukkan bahwa telah terbentuk rencana kerja tahunan KPA Kota Surabaya sebagai "*strategic plans*" dalam rencana jangka pendek atau 1 tahun serta terdapat rencana yang dilaksanakan per-program yang berada di KPA yang dilakukan oleh kelompok kerja terkait dalam jangka waktu 1 tahunan, dan beberapa kelompok kerja yang telah berhasil membentuk rencana per-kelompok kerja berdasarkan program adalah pokja *PMTS* dan *Harm Reduction*. Dalam Target kinerja atau "*tangible output*" yang dimaksud, telah terbentuk di dalam rencana kerja tahunan KPA Kota Surabaya yang dipertajam ke dalam beberapa program KPA kota Surabaya. Dalam pembuatan rencana kerja bersama sektep, juga dilakukan secara *top-down* dengan mengacu pada SRAD KPA Kota Surabaya dan serta secara *bottom-up* berdasarkan hasil kinerja dan capaian seluruh anggota instansi yang terlibat dan data empiris dan aktual permasalahan HIV-AIDS di kota Surabaya.

Terdapat permasalahan dalam pembentukan "*strategic plans*" yakni yang pertama adalah terdapat ketidakberhasilan kelompok kerja lainnya (selain *PMTS* dan *Harm Reduction*) tidak bisa membuat rencana kerja tahunan secara bersama, yang kedua adalah tidak terdapat indikator keberhasilan kinerja yang jelas sebagai pengukur hasil kinerja masing-masing instansi dalam menunjang target kinerja KPA di dalam program (dalam pelaksanaan renja dan program), serta yang ketiga adalah tidak terdapat sistem pengendalian dan evaluasi kinerja kepada hasil capaian kinerja yang telah dilakukan instansi yang terlibat (evaluasi hanya dilakukan pada program KPA secara internal sendiri).

Sehingga hasil interpretasi teori atas hasil penelitian menunjukkan bahwa telah pembentukan rencana kerja dan target kinerja di KPA tidak merata pada seluruh kelompok kerja dan tidak terdapat indikator keberhasilan kinerja yang harus dilakukan oleh seluruh instansi sehingga pembentukan *tangible output* belum terbentuk dengan baik.

Serta dalam hasil sementara, terdapat pembahasan tentang hasil dilapangan yang terdapat dua jenis, yakni hasil yang diharapkan yang oleh peneliti disebut sebagai hasil positif, dan hasil yang tidak diharapkan yang oleh peneliti disebut hasil negatif. Dalam fakta dilapangan yang ditemukan oleh peneliti, terdapat lebih banyak *outcomes* atau "hasil lapangan" yang diharapkan atau hasil positif (pencapaian keberhasilan, manfaat) daripada yang tidak diharapkan atau hasil negatif (kegagalan dan dampak negatif). Berikut ini adalah "hasil positif" yang ditemukan dalam penelitian:

### 1. Keberhasilan Secara Bersama

- a. KPA telah berhasil menginisiasi terbentuknya KPAC dan WPA

- b. Seluruh puskesmas dapat melakukan tes HIV gratis, 7 puskesmas dapat melakukan layanan ARV, dan pengembangan layanan PDP menjadi 9 rumah sakit yang merupakan hasil kerjasama yang intensif dengan RSUD provinsi dan beberapa rumah sakit swasta
- c. Terdapat keberhasilan seperti jumlah peserta yang tes HIV cukup meningkat sehingga lebih banyak menemukan jumlah penderita HIV
- d. Terdapat keberhasilan di lapangan yang tidak terduga dalam pencegahan penyakit HIV-AIDS terjadi pada penasan
- e. Terbentuknya jaringan koordinasi sehingga penderita yang *LFU* turun
- f. Terdapat rencana implementasi kegiatan per-bidang, inisiasi kegiatan baru, peningkatan intensitas kegiatan dan meningkatkan koordinasi antar instansi yang terjadi guna menjalankan program penanggulangan HIV-AIDS di Kota Surabaya

## 2. Manfaat Kolaborasi secara bersama

- a. Intensitas koordinasi antar SKPD dan LSM yang terjadi dalam KPA dapat menambah jangkauan sosialisasi, penyuluhan, dan pengungkapan status penderita.
- b. Peningkatan jangkauan pengawasan dan sosialisasi bagi dinkes
- c. Terjadi peningkatan intensitas promosi HIV
- d. Terdapat pembentukan jaringan yang luas berdasarkan bidang masing-masing
- e. Peningkatan partisipasi program PMTCT
- f. Dinas sosial mendapatkan jaringan kerjasama dengan LSM yang memiliki shelter dalam penampungan ODHA.

## 3. Keberhasilan terkait program internal instansi

- a. Terdapat keberhasilan yang dicapai seperti mendapatkan jawa post award atas inovasi program homecare yang bekerjasama dengan Dr. Soetomo
- b. Predikat salah satu puskesmas terbaik (puskesmas dupak dan sememi) dari Kementerian Kesehatan dalam Pertemuan Nasional 2015 sebagai penyedia layanan komprehensif yang berkelanjutan
- c. Banyak perusahaan yang melaksanakan komitmen penanggulangan HIV-AIDS yang mendapatkan penghargaan dari gubernur jawa timur maupun kementerian tenaga kerja
- d. LSM orbit dinobatkan sebagai lembaga terbaik dalam penyelenggaraan Harm Reduction di Indonesia oleh KPAN dalam pertemuan nasional

Berikut ini adalah “hasil negatif” yang ditemukan dalam penelitian ini:

### 1. Ketidakberhasilan

- a. Terdapat kegagalan internal capaian program sekitar 75% pada disnaker
- b. Terdapat ketidakberhasilan dari dinkes dalam melaksanakan percepatan program pelayanan kesehatan

- c. Angka ibu hamil dengan positif HIV meningkat, banyaknya ibu hamil positif HIV yang berminat ikut program PMTCT namun sudah hamil terlebih dahulu padahal kondisi CD4 kurang dari ketentuan
- d. Program PMTCT sering mengalami kegagalan karena tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi sehingga mengurangi kesesuaian CD4 dengan ketentuan.

## 2. Kendala

- a. Tidak terdapat sistem evaluasi yang dilakukan di dalam forum KPA
- b. Tidak ada pengaturan spesifik tugas dan tanggung jawab masing-masing instansi
- c. Tidak terdapat indikator keberhasilan yang pasti untuk mengukur keberhasilan dari seluruh instansi yang terlibat (kecuali yang dilakukan oleh dinas kesehatan dan LSM)
- d. Kesadaran masyarakat yang rendah akan gejala yang dicurigai sebagai gejala infeksi HIV dan pentingnya tes dini HIV
- e. Populasi kunci yang meremehkan aktifitas berisiko penularan penyakit HIV karena faktor ekonomi dan budaya perilaku
- f. Respon perusahaan sasaran kurang antusias
- g. Tingginya stigma buruk menyebabkan masyarakat merasa malu untuk melakukan tes HIV sehingga banyak populasi kunci maupun kelompok berisiko bersembunyi (takut untuk melakukan tes HIV)
- h. Tingginya diskriminasi dan pengucilan oleh lingkungan sekitar dan keluarga sehingga ODHA tidak mendapatkan perlindungan dan bergerak tidak terkontrol
- i. Dishub tidak dapat menyelenggarakan sosialisasi karena tidak memiliki program dan anggaran tentang HIV-AIDS

Berdasarkan hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa hasil positif yang ditemukan lebih banyak daripada hasil negatif sehingga menurut ansell, hal tersebut telah sesuai dengan kajian dan menunjukkan kolaborasi memiliki hasil yang baik. Dalam pembahasan tentang hasil dimensi hasil sementara ini masih belum terbentuk dengan baik.

Dalam berbagai pembahasan dan hasil interpretasi teoritik (dari dimensi diskusi langsung, membangun kepercayaan, komitmen pada proses kolaborasi, pemahaman bersama dan hasil sementara), maka ditemukan bahwa proses kolaborasi antara pemerintah daerah dengan LSM dalam upaya pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya belum berjalan dengan baik.

## PENUTUP

### Kesimpulan

Dalam kesimpulan ini berisi upaya pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya yang telah dilakukan, dan Proses Kolaborasi antara Pemerintah

Daerah dengan Lembaga Swadaya Masyarakat dalam melaksanakan Upaya Pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya. Maka kesimpulannya adalah sebagai berikut:

## **Upaya Pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya**

### **a. Pencegahan Primer**

Dalam pencegahan primer, ditemukan beberapa hasil penelitian. *Pertama*, Instansi yang melaksanakan sosialisasi secara langsung maupun dengan mengadakan seminar dan pertemuan yang memiliki program sosialisasi secara internal yakni Dinas Kesehatan, RSUD dr. M Soewandhi, dinas tenaga kerja, dinas pemuda dan olahraga, LSM seperti yayasan Orbit, Yayasan Abdi asih. Serta untuk sosialisasi yang dilaksanakan oleh instansi tanpa memiliki program internal yakni Dinas sosial, Dinas pendidikan, DP5A, dinas kebudayaan dan pariwisata, dan LSM *Couple Community*

*Kedua*, aktifitas penyuluhan yang dilakukan dengan memiliki program internal rutin adalah dilakukan oleh dinkes melalui seluruh puskesmas, serta yang dilakukan meskipun tidak memiliki program internal atau bukanlah aktifitas rutin dan utama yang dilakukan instansi seperti DP5A, dan Disbudpar.

*Ketiga*, aktifitas promosi secara tidak langsung yang dilakukan melalui Media Komunikasi Informasi dan Edukasi, hal tersebut dapat dilakukan melalui penyebaran leaflet, poster, videotron, iklan layanan masyarakat, running text, dan media massa seperti website resmi instansi milik SKPD pemerintah. Adapun beberapa instansi tersebut seperti dinas komunikasi dan informasi, dinas perhubungan, dinas kesehatan, dan RSUD dr M Soewandhi.

Dilihat dari ketentuan yang ditetapkan oleh Kenneth Mayer yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka aktifitas pencegahan primer telah dilakukan dan sesuai kajian karena semua instansi telah melakukan aktifitas pencegahan primer namun aktifitas spesifik tidak dilaksanakan merata pada seluruh instansi, dan hanya dinas kesehatan yang melakukan pada 3 jenis aktifitas pada pencegahan primer.

### **b. Pencegahan Sekunder**

Dalam pencegahan sekunder, ditemukan beberapa hasil penelitian bahwa hanya dilakukan oleh dinas kesehatan melalui seluruh (63) puskesmas dan juga RSUD. Dr. M. Soewandhi. *Pertama*, dilakukan di dalam layanan kesehatan, peran instansi lain hanya melakukan perujukan ketika terjadi kasus penularan HIV seperti yang dilakukan oleh LSM Orbit, Abdi Asih, dan LSM *Couple Community* secara intens yang merupakan integrasi dari kegiatan penjangkauan kepada populasi kunci, serta peran instansi lain juga demikian seperti DP5A, Dispartaa melalui tim pengawasan usaha pariwisata, dinas tenaga kerja, dinas sosial yang hanya melakukan perujukan melalui pengembangan kerjasama maupun ketika instansi tersebut melakukan program kegiatannya. *Kedua*, untuk dilakukan di luar layanan kesehatan (*mobile*

*linik*) dilaksanakan oleh puskesmas yang bekerjasama dengan LSM Abdi Asih, LSM Orbit, serta LSM *couple community* dengan bekerjasama dengan lokasi terkait, serta peran pemuda dan olahraga, dan dinas tenaga kerja ketika pelaksanaan program kegiatan internal instansi. Serta dinas perhubungan, disbudpar yang bekerjasama dengan LSM terkait ketika melakukan penjangkauan di wilayah instansi tersebut.

Dilihat dari ketentuan yang ditetapkan oleh Kenneth Mayer yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka aktifitas pencegahan sekunder telah dilakukan dan sesuai kajian meskipun tidak semua instansi telah melakukannya (hanya dinas kesehatan melalui seluruh atau 63 puskesmas di kota Surabaya dan RSUD dr. M. Soewandhi yang melakukan aktifitas deteksi dini HIV) di kota surabaya.

### **c. Pencegahan Tersier**

Dalam pencegahan tersier, *Pertama*, pengobatan hanya dilakukan oleh Dinkes melalui (7) puskesmas dan RSUD. Dr. M. Soewandhi sehingga peran instansi lain sebagai penunjang, seperti LSM yang menjadi perantara antara ODHA dengan layanan kesehatan. Serta dinas sosial yang mencegah perlakuan diskriminasi pada ODHA di lingkungannya, bekerjasama dengan *shelter* LSM sebagai langkah alternatif, memberikan dukungan sosial dan logistik pada ODHA atas rekomendasi LSM. Serta Disnaker melaksanakan perlindungan ODHA yang bekerjasama dengan tim P2 HIV di lingkungan perusahaan untuk pemantauan pengobatan dan menjalin kerjasama dengan layanan puskesmas. *Kedua*, perawatan yang hanya dilakukan oleh RSUD. Dr. M. Soewandhi serta 9 jaringan PDP Rumah Sakit. Peran penunjang hanya dilakukan LSM dengan merujuk ke rumah sakit ketika klien ODHA mengalami IO, serta khusus untuk LSM Abdi Asih dan *Couple Community* ini juga sering mendapatkan rekomendasi dari RS ketika terdapat ODHA maupun ADHA untuk di rawat dan ditampung di tempat milik yayasan abdi asih ini maupun digabungkan dengan LSM *Couple Community* selaku komunitas dukungan sebaya.

Dilihat dari ketentuan yang ditetapkan oleh Kenneth Mayer yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka pelaksanaan pencegahan tersier hanya pada dinas kesehatan melalui 7 puskesmas (putatjaya, sememi, dupak, kedurus, kedungdoro, perak timur, jagir) yang dapat melakukan aktifitas pengobatan ART dan RSUD dr. M. Soewandhi yang melakukan aktifitas pengobatan dan perawatan.

Sehingga dalam berbagai pembahasan dan interpretasi teoritik (dari pencegahan primer hingga tersier), maka dapat disimpulkan bahwa instansi yang melaksanakan semua level aktifitas pencegahan penyakit HIV-AIDS hanya dinas kesehatan kota surabaya dan RSUD dr M. Soewandhi yang melaksanakan 3 level pencegahan penyakit HIV-AIDS.

## **Proses Kolaborasi antara Pemerintah Daerah dengan Lembaga Swadaya Masyarakat dalam**



## Upaya Pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya

### a. Diskusi langsung

Dalam indikator diskusi langsung dalam proses kolaborasi, ditemukan beberapa hasil penelitian. *Pertama*, dalam pelaksanaan komunikasi yang rutin, terdapat sistem pertemuan bersama yang diadakan per-bulan namun fakta dilapangan banyak informan dari SKPD maupun LSM mengatakan jika pertemuan pokja dilaksanakan 3 bulan sekali, serta terdapat pertemuan *incidental* sesuai kebutuhan untuk koordinasi cepat dalam program. Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka terdapat sistem pertemuan rutin, namun pelaksanaannya tidak sesuai dengan teoritis atau berlangsung kurang baik.

*Kedua*, dalam mengidentifikasi keuntungan bersama untuk bergabung dalam kolaborasi, jelas terdapat keterbukaan bagi KPA bagi seluruh LSM yang ingin bergabung dalam KPA dengan beberapa persyaratan, sedangkan SKPD yang bergabung adalah SKPD yang diatur dalam peraturan penanggulangan HIV-AIDS, hasil penelitian menyebutkan tidak terdapat keuntungan dari SKPD (kecuali dinkes dan RSUD dr Soewandhi) dalam bergabung di sektep KPA sehingga tidak terdapat motivasi bagi SKPD untuk bergabung selain untuk menjalankan perintah SK Walikota, Sedangkan keuntungan LSM mendapatkan rekomendasi dari KPA guna mendapat dukungan dana dari GF dan dapat menjalankan program penanggulangan HIV dan bertanggungjawab kepada penyandang dana. Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka hasil penelitian menunjukkan tidak sesuai dengan kajian teoritis dan tidak berlangsung dengan baik

*Ketiga*, dalam kualitas deliberasi yang harus melaksanakan diskusi yang terbuka seperti setiap perwakilan instansi dipersilahkan memaparkan kegiatan yang telah dilakukan, adanya diskusi kritis yakni terdapat waktu untuk tanya jawab, dan bisa berbagi informasi terkait konteks program HIV, adanya diskusi yang membangun seperti adanya upaya penemuan solusi bersama yang dialami oleh semua instansi di dalam forum diskusi sebagai tindak lanjut atas permasalahan yang dihadapi dan akan dilaksanakan di dalam kegiatan selanjutnya, dan adanya pelaksanaan pembuatan kesepakatan diskusi melalui pembentukan kesimpulan dan dicatat oleh notulen dalam diskusi dan akan dibacakan dalam forum. Serta terdapat permasalahan seperti banyaknya perwakilan instansi yang berganti-ganti pada saat pertemuan berlangsung, ada beberapa anggota kolaborasi yang pasif saat diskusi berlangsung. Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka kualitas deliberasi menunjukkan sesuai dengan kajian dan telah terbentuk dengan baik

Sehingga disimpulkan bahwa hasil dimensi dialog langsung masih belum berjalan dengan baik.

### b. Membangun kepercayaan

Dalam indikator membangun kepercayaan dalam proses kolaborasi, ditemukan beberapa hasil penelitian. *Pertama*, dalam pengalaman melakukan kolaborasi dengan aktor lain, terdapat fakta semua instansi mengakui pernah bekerjasama dengan dinas kesehatan, kerjasama antar program dengan instansi lain dimasa lalu yang berlangsung dengan baik bahkan sebelum penetapan perwali tahun 2015 maupun SK Penanggulangan HIV-AIDS tahun 2016, namun pengalaman berkolaborasi tidak terbentuk secara merata pada seluruh aktor karena seluruh aktor. Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka dalam pengalaman melakukan kolaborasi dengan aktor lain menunjukkan yang tidak sesuai dengan kajian yang telah ditetapkan.

*Kedua*, dalam hal saling mengenal dan percaya satu sama lain karena terdapat hubungan dan saling ketergantungan berdasarkan tugas dan peran, menunjukkan fakta bahwa upaya membangun kepercayaan diawali dengan adanya Perda no.4 tahun 2013, Perwali no.29 Tahun 2015, dan SK Walikota tahun 2013 yang mengatur tentang pembagian tupoksi. Adanya pengakuan bahwa puskesmas dan LSM yang terlibat aktif dalam layanan kesehatan, Dinkes dan RSUD dr soewandhi yang memiliki peran dalam deteksi HIV, pengobatan dan perawatan. Adanya kebutuhan bekerjasama dengan aktor lain dikemukakan oleh hampir seluruh instansi. Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka dalam hal saling mengenal dan percaya satu sama lain dan kebutuhan untuk bekerjasama telah berjalan sesuai kajian dan terbentuk dengan baik.

Hasil penelitian menunjukkan pengalaman kerjasama antar aktor tidak sesuai dengan kajian yang telah ditetapkan, karena pengalaman berkolaborasi tidak terbentuk secara merata pada seluruh aktor meskipun dalam hal saling mengenal dan percaya serta adanya kebutuhan untuk bekerjasama telah terbentuk dengan baik, sehingga hasil dimensi membangun kepercayaan masih belum terbentuk dengan baik.

### c. Komitmen pada proses kolaborasi

Dalam komitmen pada proses kolaborasi ini ditemukan beberapa hasil penelitian. *pertama*, dapat dilihat dari adanya pertemuan kepentingan bersama (yang dipengaruhi oleh *Face-to-Face Dialogue*) yang dapat dilihat dari tujuan bergabung di dalam kolaborasi (apakah ada kepentingan bersama yang telah bertemu), terdapat temuan bahwa tidak terdapat keuntungan dari SKPD (kecuali dinkes dan RSUD dr Soewandhi) dalam bergabung di sektep KPA sehingga tidak terdapat motivasi bagi SKPD untuk bergabung, dan hanya terdapat keuntungan pada LSM dalam bergabung dalam sektep KPA. Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka pertemuan kepentingan bersama menunjukkan yang tidak sesuai kajian dan tidak terbentuk dengan baik.

*Kedua*, pengakuan saling bergantung yang dipengaruhi oleh indikator *trust building*, adanya pengakuan saling bergantung dapat dilihat dari adanya

saling mengenal dan percaya satu sama lain karena terdapat hubungan dan saling ketergantungan berdasarkan tugas dan peran (pengakuan saling tergantung). Upaya membangun kepercayaan dalam kolaborasi KPA diawali dengan adanya peraturan perundang-undangan yang mendasari perlunya melibatkan komponen SKPD dan LSM dengan mengatur tentang pembagian tupoksi, kewenangan, dan batasannya. Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka dalam pengakuan saling tergantung telah terbentuk di sejak diawal kolaborasi melalui pembentukan Peraturan Walikota, dan SK Walikota sehingga telah berjalan sesuai kajian teori dan terbentuk dengan baik.

*Ketiga*, insentif yang ditemukan selama penelitian meliputi terdapat 2 sumberdana bersama untuk operasionalisasi KPA, terdapat 6 dukungan Sumberdana finansial yang berada pada internal instansi, 1 sistem reward dalam kolaborasi dan dua sistem *reward* diluar kolaborasi, 1 insentif yang diakses secara individu. Sedangkan hambatan seperti rasa pesimis, tidak terdapat sumberdana bersama yang diakses dalam kolaborasi (secara kelembagaan), tidak ada penerimaan insentif (secara individu) karena itu merupakan tugas rutin yang harus dilakukan SKPD, terdapat hubungan kerjasama yang tidak merata (hasil dari *trust building*), kepercayaan pada kemampuan instansi tidak menyeluruh (hasil dari *trust building*). Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka lebih banyak sistem insentif dan berlangsung baik.

*Keempat*, yakni terdapat rasa optimis pada hampir seluruh aktor dan terdapat bukti komitmen yang dilakukan pada seluruh anggota sehingga dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka telah sesuai kajian dan berlangsung baik karena telah terbentuk rasa optimis secara dominan (meskipun ada beberapa pernyataan pesimis) dan seluruh aktor melakukan bukti komitmen.

Selanjutnya dapat disimpulkan bahwa hasil dimensi komitmen pada proses kolaborasi telah terbentuk dengan baik.

#### **d. Pemahaman bersama**

Dalam pemahaman bersama ini ditemukan beberapa hasil penelitian. Yang *pertama* adalah adanya definisi masalah secara umum ini terdapat pembahasan permasalahan strategis bersama dengan dinkes terkait situasi aktual HIV-AIDS dalam forum jaringan layanan kesehatan dan PDP, serta dalam menentukan permasalahan bersama juga memperhatikan data-data dari dinas kesehatan tersebut dan hanya ditetapkan KPA. Selain itu, terdapat pembahasan permasalahan bersama yang hanya melibatkan berbagai instansi yang memiliki program internal secara langsung terkait HIV-AIDS secara langsung. Permasalahan dalam pembahasan dan penetapan permasalahan strategis bersama adalah banyak instansi (yang tidak memiliki program internal secara langsung terkait HIV) yang tidak mengetahui terkait permasalahan strategis dalam upaya P2 HIV dan tidak mengetahui tentang

perumusan permasalahan strategis bersama hingga menjadi fokus permasalahan bersama. Apabila dilihat dari ketentuan Ansell, maka tidak sesuai kajian dan tidak terbentuk dengan baik.

*Kedua*, adanya visi, misi, dan arah strategis bersama berdasarkan kesepakatan bersama ini terdapat pembentukan rencana strategis yang disepakati bersama dan dibentuk oleh KPA, dalam pertimbangan pembuatan rencana strategis (SRAD) berpedoman pada SRAN KPAN (secara *top-down*) dan melakukan penyesuaian dengan kondisi spesifik permasalahan HIV di kota surabaya (secara *bottom-up* dengan memperhatikan data-data actual seperti pembahasan sebelumnya), namun terdapat permasalahan pembentukan visi, misi dan rencana strategis yang berisi program yakni penentuan dan penetapan tersebut hanya dilakukan oleh KPA. Jika dilihat dari Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka pembentukan visi mis dan rencana strategis tidak sesuai kajian dan tidak terbentuk dengan baik

Dapat disimpulkan bahwa hasil dimensi pemahaman bersama tidak terbentuk dengan baik.

#### **e. Hasil sementara**

Dalam hasil sementara ini ditemukan beberapa hasil penelitian. *Pertama*, telah terbentuk rencana kerja tahunan KPA Surabaya sebagai "*strategic plans*" serta terdapat rencana yang dilaksanakan per-program yang berada di KPA yang dilakukan oleh pokja terkait, dan beberapa kelompok kerja yang telah berhasil membentuk rencana perkelompok kerja berdasarkan program adalah pokja PMTS dan *Harm Reduction*. Terkait "*tangible output*", telah terbentuk di dalam rencana kerja tahunan KPA Kota Surabaya yang dipertajam ke dalam beberapa program KPA. Dalam pembuatan rencana kerja bersama sektep, juga dilakukan secara *top-down* dengan mengacu pada SRAD KPA Surabaya dan serta secara *bottom-up* berdasarkan hasil kinerja dan capaian seluruh anggota instansi yang terlibat dan data empiris permasalahan HIV-AIDS. Namun terdapat permasalahan dalam pembentukan "*strategic plans*" yakni (1) terdapat ketidakberhasilan pokja lainnya (selain PMTS dan *Harm Reduction*) dalam membuat renja, (2) tidak terdapat indikator keberhasilan kinerja yang jelas dalam program (renja dan program atau pokja terkait), serta (3) tidak terdapat sistem pengendalian dan evaluasi kinerja kepada hasil capaian kinerja yang telah dilakukan instansi yang terlibat (evaluasi hanya dilakukan pada program KPA secara internal sendiri). Dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka pembentukan *tangible output* pada renja belum terbentuk dengan baik.

*Kedua*, ditemukan hasil positif yang ditemukan lebih banyak daripada hasil negatif sehingga menunjukkan kolaborasi memiliki hasil yang baik. Serta jika dilihat dari ketentuan Ansell yang dielaborasi dengan teori dari beberapa ahli, maka hasil kolaborasi telah memenuhi kajian dan berjalan dengan baik. Serta

dalam pembahasan pada dimensi hasil sementara masih belum terbentuk dengan baik.

Dalam berbagai pembahasan dan hasil interpretasi teoritik (dari indikator dialog langsung, membangun kepercayaan, komitmen pada proses kolaborasi, pemahaman bersama dan hasil sementara), maka dapat disimpulkan bahwa proses kolaborasi antara pemerintah daerah dengan LSM dalam upaya pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kota Surabaya belum berjalan dengan baik.

#### Saran

Berdasarkan hasil penelitian serta kesimpulan yang telah dijelaskan sebelumnya menunjukkan bahwa hasil masih belum berjalan dengan baik yang menandakan bahwa terdapat beberapa kelemahan di dalamnya, sehingga peneliti bermaksud ingin memberikan saran secara umum yang diantaranya sebagai berikut:

#### 1. Kepada forum kolaborasi Sektap KPA Kota Surabaya

- a. Sebaiknya dalam sistem pertemuan rutin bersama yang telah terbentuk tersebut diberlakukan kewajiban bagi staf perwakilan instansi (khususnya SKPD) untuk memenuhi panggilan rapat, serta perlunya melakukan perencanaan target akan setiap pertemuan yang telah dibentuk dalam sistem pertemuan rutin.
- b. Diperlukan pengendalian kepada seluruh instansi yang terlibat berupa pembentukan *punishment* ketika terdapat ketidakberhasilan capaian pada bidang instansi yang terlibat.
- c. Sebaiknya perlunya penguatan komitmen dengan menciptakan desain program secara bersama (pembentukan kelompok kerja berdasarkan adanya program bersama yang terbentuk) dan upaya memobilisasi sumberdaya pendanaan pada masing-masing program bersama yang terbentuk yang dapat diakses bersama (SKPD dan LSM).
- d. Setelah struktur kelompok kerja (berdasarkan adanya program bersama) telah terbentuk, sebaiknya diperlukan perencanaan untuk menetapkan standar atau indikator keberhasilan program dan indikator kinerja utama pada masing-masing instansi yang terlibat (SKPD dan LSM) dalam pelaksanaan program di dalam struktur kelompok kerja tersebut.
- e. Sebaiknya mendesain sistem *reward* agar dapat diakses seluruh aktor (khususnya SKPD yang terlibat), dengan mengajak bekerjasama penyelenggara reward diluar kolaborasi namun tetap dalam upaya P2 HIV-AIDS
- f. Hendaknya menciptakan perencanaan partisipatif pada kolaborasi, khususnya dalam menyusun dan menetapkan visi, misi, rencana strategis, dan rencana kerja sektap KPA.

#### 2. Kepada seluruh instansi yang terlibat

- a. Hendaknya diperlukan adanya komitmen yang lebih kuat dalam pelaksanaan kolaborasi pencegahan HIV di instansi masing-masing

(khususnya pada SKPD yang tidak memiliki program internal HIV secara langsung) dengan melakukan desain indikator keberhasilan kinerja

- b. Sebaiknya saling mendorong untuk berkolaborasi secara aktif pada seluruh aktor, menciptakan budaya aktif dan responsif, adanya inisiatif untuk melakukan monitoring dan evaluasi pada kinerja instansi lain yang terlibat dan forum kolaborasi secara keseluruhan, tidak hanya pada kemajuan capaian kolaborasi yang tampak.

#### DAFTAR PUSTAKA

##### Buku

- Agranoff, Robert & Michael McGuire. 2003. *Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments*. Washington, D.C : Georgetown University Press.
- Agranoff, Robert. 2012. *Collaborating to Manage: a primer for public sector*. Washington DC: Georgetown University Press.
- Booher, E David. 2004. *Collaborative Governance Practices and Democracy*. National Civic Review
- Bourdessol, Hélène and Stéphanie Pin. 2008. *Good Practice Guide Prevention of falls in the elderly living at home*. Edition Inpes: Institut national de prevention et d'éducation pour la santé.
- Idrus, Muhammad. 2009. *Metode Penelitian Ilmu Sosial: Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif*. Jakarta : Erlangga.
- Mayer, Kenneth H. and Hank F. Pizer. 2009. *HIV Prevention: A Comprehensive Approach*. London: Academic Press is an imprint of Elsevier.
- Moleong, Lexy J. 2007. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Morissan, Andy Corry W, dan Farid Hamid. 2012. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Morris, John C. and Katrina Miller-Stevens. 2016. *Advancing Collaboration Theory: Models, Typologies, and Evidence*. Routledge taylor & francis group. London.
- Notosoedirdjo & Latipun. 2005. *Kesehatan Mental, Konsep dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- O'Leary, Rosemary and Lisa Blomgren Bingham. 2007. *A Manager's Guide to Resolving Conflicts in Collaborative Networks*. IBM Center for the bussiness of government.
- Rubin, Hank. 2009. *Collaborative Leadership: developing effective partnerships for communities and schools Second Edition*. Corwin a Sage Company.
- Sarwono, Jonathan. 2006. *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Cet. 22*, Alfabeta, Bandung.
- Timethy Afful, Kwabena Owusu Asubonteng, 2013. *Collaborative Governance in Extractive*

*Industries in Africa*. United Nations University Institute For Natural Resources in Africa (UNU-INRA).

Thomson, Ann Marie and James L. Perry. 2006. *Collaboration Processes: Inside the Black Box*. Public Administration Review.

#### **Jurnal dan Skripsi**

Ansell, Chris, & Alison Gash, 2007. 'Collaborative Governance in Theory and Practice', *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol.18 no. 4.

Emerson, Kirk., Tina Nabatchi & Stephen Balogh, 2012. *Integrative Framework for Collaborative Governance*, *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 22 no. 1.

Ist, Muhammad Muqorrobin. 2016. Proses *Collaborative Governance* Dalam Bidang Kesehatan (Studi Deskriptif Pelaksanaan Kolaborasi Pengendalian Penyakit TB-HIV di Kabupaten Blitar). Universitas Airlangga.

Swastini, Asri. 2016. *Collaborative Governance* Komisi Penanggulangan AIDS dan Lembaga Swadaya Masyarakat Lokal dalam Kasus HIV/AIDS di Kota Surakarta. Universitas Negeri Surakarta.

Wirahayu, Arwinda Yuhan dan Prijono Satyabakti. 2014. *Pencegahan HIV/AIDS pada anggota TNI-AL dilihat dari pengetahuan, sikap, dan tindakan*. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 2, No. 2 Mei 2014: 161-170.

#### **Peraturan Perundang-undangan :**

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

Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Surabaya.

Peraturan Walikota Surabaya Nomor 29 Tahun 2015 Tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS

Keputusan Walikota Surabaya Nomor 188.45/42/436.1.2/2017 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surabaya

Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya Nomor:094/13495/436.7.2/2017 tentang Susunan Keanggotaan Sekretariat Tetap Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surabaya

#### **Dokumen-dokumen :**

KPA Kota Surabaya. 2016. Laporan Tahunan Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surabaya Periode Tahun 2016.

KPAN. 2010. Pedoman program pencegahan HIV melalui Transmisi Seksual

KPAN. 2016. Panduan Pertemuan Kelompok Kerja (Pokja) Pengurangan Dampak Buruk Napza Suntik (Harm Reduction)

KPAN. 2015. Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019 Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia

Kementerian Kesehatan. 2012. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) edisi kedua.

Rencana Kerja Dinas Kesehatan, Dinas Tenaga Kerja, Dinas Kebudayaan dan Pariwisata, Dinas Pemuda dan Olahraga, Dinas Komunikasi dan Informatika, Dinas Pendidikan, RSUD dr. M. Soewandhi tahun 2016

Laporan Kinerja Dinas Kesehatan, Dinas Kebudayaan dan Pariwisata, Dinas Komunikasi dan Informatika, Dinas Pendidikan, Dinas Pemuda dan Olahraga tahun 2016

Bappeko. 2016. Kegiatan HIV-AIDS di SKPD Pemerintah Kota Surabaya tahun 2016

Profil Komunitas Dukungan Sebaya (LSM *Couple Communit*).

Selayang Pandang Yayasan Abdi Asih Surabaya.

Profil Singkat Yayasan Orbit Surabaya.

Dokumen Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya Nomor : 094/1082/436.6.3/2016 tentang Susunan Keanggotaan Sekretariat Tetap Komisi Penanggulangan AIDS Kota Surabaya

#### **Website**

Anonim. 2015. *Surabaya Penyumbang Tertinggi HIV/AIDS di Jawa Timur*. Dalam <http://jatim.metrotvnews.com/read/2015/12/03/197498/surabayapenyumbangtertinggi-hiv-aids-di-jawa-timur# diakses pada 4 Oktober 2016>

CIA (Central Intelligence Agency) World Factbook. 2014. *Demographics: Top 10 Country of People living with HIV/AIDS*. Dalam <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?t=10&v=35&l=endiakses pada 17 September 2016>.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2015. *Profil Kesehatan dalam angka Provinsi Jawa Timur Tahun 2011-2015*. Dalam <http://dinkes.jatimprov.go.id/userimage/KESEHATAN%20DALAM%20ANGKA%202011%202015/KESEHATAN%20JATIM%20DALAM%20ANGKA%202011-2015.html diakses pada 2 Oktober 2016>.

Ditjen PP&PL Kementerian Kesehatan RI. 2015. Laporan Situasi Perkembangan HIV&AIDS di Indonesia Tahun 2015.

UNAIDS. 2016. *Global Aids Update 2016*. Dalam [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update2016\\_en.pdf diakses pada 9 September 2016](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update2016_en.pdf diakses pada 9 September 2016).

WHO. 2014. *The 10 The top 10 causes of death*. Dalam <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en diakses pada 24 September 2016>

Yayasan Spiritia. 2016. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2016*. Dalam <http://spiritia.or.id/Stats/stat2016.pdf diakses pada 28 September 2016>.