

ANALISA PEMANGKU KEPENTINGAN (STAKEHOLDERS) PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS DI KOTA JAYAPURA

Hesty Tumangke¹ dan Melkior Tappy²

^{1,2} Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UNCEN Jayapura

ABSTRACT

Stakeholders are people and institutions that have interest and influenced by ongoing policy, especially for HIV/AIDS policy; there are several stakeholders that have roles to implemented the HIV/AIDS interventions including government, private sectors, community, NGO, and all groups that care for preventing and reducing HIV/AIDS prevalence. In Jayapura, there are local regulation number 8 2010 and number 11 2012 about HIV/AIDS preventing and intervention in Jayapura City. However, in 2013 there was 3279 HIV/AIDS prevalence, this shows that those interventions still not implement maximally. Therefore, this study aims to analyze stakeholders' performance as key actors for HIV/AIDS intervention measured their roles, interests, and resources in order to reduce HIV/AIDS cases.

The method of this study is qualitative study with induction approach. The population is all stakeholders of HIV programs in Jayapura City; the sample is 29 informants that come from Papua health department, non-government organizations, hospitals and HIV/AIDS patients. Samples are collected with purposive sampling technic through deep interview and focus group discussion, then data assessed with triangulation.

The study result shows that Jayapura Health Department played the biggest role where it has high interest, high sources and high power; followed by HIV/AIDS government commission (KPAD) who has high interest, moderate source, and high power. In addition, hospitals and local primary health cares have high interest, moderate source, and moderate power since they have limited financial support and don't have power to do law enforcement. Jayapura Social Department must improve its performance since this institution has several responsibilities but in implementation they didn't perform well with moderate interest, low source, and moderate power. All NGO have high interest for prevent HIV/AIDS but they have lack of resource such limited financial and limited logistics. In the same way, people with HIV/AIDS are have low power even they want to live longer since the problem is many of them come from vulnerable community such as sex workers and low income families; they have free test, concealing, and free medication, but sometimes they cannot afford to eat healthy food, also they don't have power to influence the HIV/AIDS policy.

Keywords : Stakeholders, HIV/AIDS, Jayapura.

PENDAHULUAN

Pemangku kepentingan adalah orang-orang yang memiliki kepentingan dan dipengaruhi oleh isu strategis/ masalah kebijakan yang berkembang. Termasuk pula pihak yang memiliki kekuatan untuk mempengaruhi isu/ masalah tersebut yaitu mereka yang memiliki informasi, sumber daya dan keahlian yang diperlukan untuk

merumuskan dan mengimplementasikan strategi dan pilihan kebijakan. Selain itu pemangku kepentingan juga berasal dari kelompok yang relevan memiliki atau memegang kendali beserta semua instrumen yang dibutuhkan dalam implementasi kebijakan (Nash *et al*, 2006). Pemangku kepentingan dalam program HIV dan AIDS ini adalah semua orang /individu, kelompok, masyarakat yang bergerak dipemerintahan, swasta, LSM yang peduli dan terlibat dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.

*Alamat korespondensi :

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UNCEN Jayapura

Kota Jayapura sebagai ibu kota Provinsi memiliki jenis sarana kesehatan yang cukup beragam dan kepemilikannya juga beragam. Untuk rumah sakit umum berjumlah 6 buah dengan kepemilikan terdiri dari 2 Rumah Sakit Pemerintah Provinsi Papua, 1 Rumah Sakit TNI AL, 1 Rumah Sakit TNI AD, 1 Rumah Sakit POLRI, dan 1 Rumah Sakit swasta. Rumah Sakit jiwa sebanyak 1 buah dengan kepemilikan Pemerintah Provinsi Papua. Sarana Kesehatan yang seluruhnya di kelola oleh swasta adalah Rumah sakit Umum sebanyak 1 buah, Balai Pengobatan/klinik sebanyak 12 buah, Apotik sebanyak 71 buah, Toko Obat sebanyak 30 buah, Praktek dokter umum perorangan 192 buah, Praktek dokter spesialis 116 buah. Sementara sarana kesehatan yang di kelola oleh pemerintah Kota Jayapura adalah Puskesmas. 12 buah, Puskesmas Pembantu 24 buah, Puskesmas Keliling 12 buah, GFK 1 buah dan Poskeskel 10 buah. Berdasarkan sarana yang tersedia di Kota Jayapura maka dapat disimpulkan bahwa sarana kesehatan tersebut telah mencukupi namun yang perlu diperhatikan ada peningkatan kualitas layanan.

Perhatian pemerintah kota Jayapura dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS cukup besar, hal ini dapat terlihat dari adanya peraturan Pemerintah Kota Jayapura No 8 Tahun 2010 Tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS dan peraturan Wali Kota Jayapura Nomor 11 Tahun 2012 Tentang Pengarusutamaan HIV dan AIDS Melalui Pendidikan di Wilayah Kota Jayapura. Namun perhatian dengan mengeluarkan Perda tanpa pengawasan pelaksanaan perda tersebut tidak akan menghasilkan upaya yang maksimal.

Dari data yang ada, kasus HIV dan AIDS mengalami trend peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2012 kasus HIV dilaporkan sebanyak 807 penderita dan AIDS sebanyak 3022 penderita. Sebagian besar kasus terjadi pada populasi umum. Sementara penderita Infeksi Menular Seksual (IMS) berjumlah 1235 kasus dan 100 % ditangani. (Profil Dinkes Kota 2012). Berdasarkan Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Papua per 31 Desember 2013, melalui informasi HIV dan AIDS Provinsi Papua Triwulan IV, 2013 melaporkan bahwa kasus HIV di Kota Jayapura berjumlah 379 penderita dan kasus

AIDS berjumlah 2900 jadi total penderita HIV AIDS di Kota Jayapura adalah 3279 dan berada pada urutan kedua terbanyak setelah kabupaten Mimika (3663 Kasus). Sedangkan Penderita AIDS yang meninggal di Kota Jayapura berada pada urutan kedua (172 penderita) setelah Kabupaten Jayapura (196 penderita).

METODE PENELITIAN

Tahap I dalam penelitian ini adalah proses pengumpulan data primer dan sekunder dari semua sub sistem kesehatan terhadap upaya penanggulangan HIV AIDS dan analisa stakeholder. Metode kualitatif digunakan dalam pengumpulan data primer berdasarkan sub sistem kesehatan dengan cara *Focus Group Discussion* (FGD) dan *Indept Interview* atau wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara terstruktur yang berisikan pertanyaan-pertanyaan untuk menjawab tujuan khusus penelitian. *FGD* dan *indept interview* digunakan di Kota Jayapura.

Tahap II adalah pengelompokan hasil penelitian data primer dan data sekunder serta analisa stakeholder. Pengelompokan data primer dilakukan berdasarkan isu/ kesuksesan yang muncul di tiga upaya penanggulangan HIV dan AIDS (e.g. Pencegahan, PDP, dan mitigasi dampak) terhadap ketujuh sub sistem serta kecenderungan berdasarkan cakupan dan akses. Analisa stakeholder mengidentifikasi aktor-aktor penanggulangan HIV dan AIDS dari segi peran, kepentingan dan sumberdaya-nya.

Tahap III melakukan triangulasi dengan mengkombinasikan hasil data primer dan sekunder. Informasi yang diperoleh melalui FGD secara langsung dapat di crosscheck kebenarannya antara satu informan dengan informan lainnya setelah itu divalidasi lagi dengan menggunakan data sekunder dengan melihat dokumen-dokumen dan hasil pengisian checklist yang telah disiapkan. Proses triangulasi Kota Jayapura; informasi yang telah didapatkan melalui FGD dan indept interview di kelompokkan berdasarkan sub sistem dan croscheck dengan data sekunder kemudian disusun laporan sementara, Hasil laporan tersebut divalidasi lagi dengan melakukan FGD yang diikuti oleh seluruh informan.

Pengumpulan informasi penelitian di kota Jayapura dilakukan dengan cara indepth

interview dan *Focus Group Discussion* (FGD). Total Jumlah informan Kota Jayapura adalah 29 orang. Indepth interview dilakukan terhadap 15 orang, yang terdiri dari: 1) 8 orang dari Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD) teknis (e.g. Dinkes, Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR), Puskesmas, Rumah Sakit); 2) 3 orang SKPD Non teknis berjumlah 3 orang; 3) 1 orang perwakilan LSM; dan 4) 3 orang perwakilan dari populasi kunci yaitu Wanita Pekerja Seks (WPS). Sedangkan untuk FGD, jumlah informan 15 orang yang dilakukan 2 kali. FGD pertama terdiri dari 6 orang SKPD terkait. FGD kedua terdiri dari 9 orang perwakilan populasi kunci dan LSM. Penelitian ini dilakukan di Kota Jayapura dari bulan September 2015 sampai dengan April 2016.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Identifikasi kepentingan di wilayah kota Jayapura dalam penelitian ini berdasarkan informasi data primer yang didapatkan melalui *Indept interview* dan *focus group discussion* dengan SKPD terkait dan populasi kunci. Selain itu data sekunder dari dokumen rencana strategis penanggulangan HIV dan AIDS Kota Jayapura Tahun 2011–2015 juga direview untuk menentukan peran masing-masing stakeholder secara normatif.

Pelaksana program di Kota Jayapura terdiri dari lembaga pemerintah tehnis dan non tehnis serta lembaga non pemerintah. Secara detail sebagaimana tabel 1. berikut:

Tabel 1. Analisa Stakeholder Kota Jayapura

Aktor	Peran secara Normatif	Peran sesuai hasil lapangan	Kepentingan T=Tinggi S=Sedang R=Rendah	Sumber Daya T=Tinggi S=Sedang R=Rendah	Kekuatan T=Tinggi S=Sedang R=Rendah
Dinas Kesehatan	Pelaksana PDP, membuat dan mengawal pelaksanaan kebijakan HIV dan AIDS	<ul style="list-style-type: none"> • Membentuk unit pelaksana teknis yaitu klinik PKR yang khusus menangani populasi kunci • Berkoordinasi dengan RS dalam pembagian tanggung jawab wilayah dan pelayanan • Membentuk puskesmas-puskesmas satelit untuk penemuan kasus IMS serta HIV dan AIDS kemudian merujuknya ke RS sudah ditentukan berdasarkan pembagian wilayah. 	T	T	T
RSU DOK II		<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan VCT, PPIA, PITC, dan konseling kepatuhan minum obat • Pelayanan obat ARV dan IO • Pemberian Nutrisi berupa susu 	T	S	S

RSU Abe- pura	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan VCT, PPIA, dan PITC • Pelayanan obat ARV dan IO • Pembinaan kepada PKR, RS Bhayangkara, klinik HIV dan AIDS di Kotaraja • Menjalin kerjasama dengan pihak donor dan LSM dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. 	T	S	S	
Puskes- mas	<ul style="list-style-type: none"> • Promosi • Penjaringan IMS, serta HIV dan AIDS • Pendampingan/ pengawasan minum obat. 	Pelayanan VCT, PITC, PPIA dan memberikan penyuluhan	T	S	S
PKR		Pemeriksaan IMS serta HIV dan AIDS. Termasuk memberikan layanan PDP	T	S	R
KPA	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan program pencegahan penularan HIV dan AIDS • Peningkatan Program kepedulian & dukungan terhadap ODHA dan OHIDA • Peningkatan program PDP • Program pengurangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan dukungan bagi LSM yang bergerak dibidang HIV dan AIDS berupa bantuan dana • Sosialisasi program HIV dan AIDS • Memberikan pelatihan tenaga konselor dan tenaga lainnya yang bekerja pada PKR • Melaksanakan kegiatan untuk memperingati Hari AIDS Sedunia (HAS). 	T	S	T

BAPPEDA	<ul style="list-style-type: none"> • Mendukung program penanggulangan HIV dan AIDS melalui dukungan pengalokasian dana untuk KPA, Dinas Kesehatan dan SKPD Lainnya • Melakukan upaya penggalangan dana dari pihak donor (e.g. Unicef) untuk melakukan pelatihan dan penguatan kapasitas bagi guru, siswa, dan <i>peer education</i>. 	S	R	T
Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi	Sosialisasi HIV dan AIDS serta dukungan kepada SKPD teknis terkait	T	R	R
Kantor Kesehatan Pelabuhan	Sosialisasi program HIV dan AIDS pada tenaga kerja serta memberikan pelayanan VCT	T	S	T
Dinas Pariwisata	Pengawasan tempat/lokasi populasi beresiko, serta memberikan dukungan kepada SKPD terkait	T	R	S
Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil	Dukungan terhadap SKPD terkait	S	R	S
Dinas Pemberdayaan perempuan dan KB	Promosi dan dukungan kepada SKPD terkait	T	S	S
Kantor Agama	Promosi dan dukungan kepada SKPD terkait	T	R	T

Kantor Agama	Promosi dan dukungan kepada SKPD terkait	T	R	T
Dinas Sosial	Pemberian dukungan ODHA	S	R	S
YHI	Promosi dan pencegahan pada WPS langsung dan tidak langsung, Lelaki beresiko tinggi, Waria, Laki-laki pekerja Sex dan masyarakat pegunungan. Juga melakukan pendampingan ODHA.	T	S	S
YSG	Layanan pendampingan bagi ODHA	T	R	S
IPPI	Layanan pendampingan bagi ODHA	T	R	S
Cenderawasih Plus (Ceplus)	Kegiatannya pendampingan dan pembinaan Layanan bagi ODHA +	T	R	S
Jaringan Odha Kota Jayapura (JOGJA)	Kegiatannya pendampingan dan pembinaan layanan bagi ODHA +	T	R	S
Pondok Kristiani	Kegiatannya pendampingan PDP dan pembinaan Layanan bagi ODHA+	T	S	S
Pondok Surya kasih	Kegiatannya pendampingan PDP dan pembinaan layanan bagi ODHA+	T	R	R
Kelompok Waria dan LSL	Dukungan terhadap sesama waria dan LSL dalam pencegahan dan pengobatan	T	R	R
Kelompok WPS Tangga seribu	Kegiatannya adalah saling memberi dukungan dalam pencegahan dan PDP bagi sesama anggota	T	R	R
Kelompok ODHA	Kegiatannya adalah saling memberi dukungan dalam pencegahan dan PDP bagi sesama ODHA	T	R	R

DISKUSI

Analisa stakeholders menunjukkan bahwa banyak stakeholder yang merasa berkepentingan. Ada yang berkepentingan karena merupakan bagian dari tugas dan fungsi mereka namun ada juga yang berkepentingan karena itu adalah amanat pemerintah daerah melalui regulasi yang harus dijalankan. Selain itu ada juga yang berkepentingan karena program itu adalah bagian yang membantu mereka keluar dari masalah. Jadi semua stakeholder diatas mempunyai kepentingan yang tinggi terhadap program penanggulangan HIV dan AIDS.

Yang menjadi masalah sekarang adalah semuanya merasa itu penting namun mereka tidak dapat berbuat banyak karena mempunyai keterbatasan sumber daya dan kekuatan. Yang dimaksud dengan sumber daya **tinggi** disini apabila terdapat tenaga yang memadai dari sisi kuantitas dan kualitas, serta tersedia sarana dan prasana pendukung program. Dikatakan **sedang** apabila sarana dan prasarana serta SDM kurang memadai, dan dana terbatas. Dikatakan **rendah** apabila semua item yang disebutkan diatas tidak ada sama sekali.

Penilaian kekuatan yang dimaksud disini adalah terdapatnya regulasi, posisi yang strategis dalam mengambil dan mendorong kebijakan, serta mendapat dukungan, simpati, dan disegani oleh masyarakat. Dikatakan memiliki kekuatan **tinggi** apabila semua item diatas dimiliki oleh stakeholder yang bersangkutan. Dikatakan memiliki kekuatan **sedang** jika stakeholder hanya mempunyai beberapa item. Dikatakan memiliki kekuatan **rendah** apabila tidak mempunyai atau hanya memiliki salah satu item diatas. Dengan demikian disimpulkan bahwa semua stakeholder mempunyai kepentingan yang tinggi, namun ada yang kepentingannya tinggi tetapi mempunyai sumber daya yang sedang dan rendah. Sumber daya yang sedang dan rendah disini karena rata-rata kurang mempunyai dan tenaga yang cukup dalam mendukung program. Kesimpulan lainnya adalah ada stakeholder yang merasa penting dan mempunyai sumber daya yang tinggi tetapi kurang atau tidak mempunyai kekuatan untuk melaksanakan program tersebut. Kekuatan yang sedang dan rendah disini rata-rata terjadi pada dukungan regulasi berkaitan dengan pembiayaan dan belum dikenal oleh masyarakat atau masih didiskriminasi oleh masyarakat. Selain itu posisinya tidak strategis dalam mendukung

pelaksanaan program HIV dan AIDS. Dari seluruh stakeholder yang ada hanya Dinas Kesehatan yang mempunyai kepentingan tinggi, sumber daya yang tinggi, serta kekuatan yang tinggi. Lain halnya dengan unit layanan teknis lainnya seperti RS dan puskesmas yang berada pada kepentingan tinggi tetapi sumber daya dan kekuatan terbatas atau sedang. Sedangkan lembaga lainnya seperti KPAK, Bappeda, KKP, kantor Agama yang mempunyai kepentingan tinggi, sumber daya yang sedang ataupun rendah tetapi mempunyai kekuatan yang tinggi.

KESIMPULAN

Berdasarkan uraian diatas maka bagi stakeholder yang mempunyai kepentingan dan kekuatan yang tinggi dapat digunakan untuk mendukung regulasi dan kebijakan atau sebagai penggerak yang mempengaruhi masyarakat. Ini dibutuhkan dalam menunjang pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Lembaga teknis misalnya Rumah sakit, puskesmas yang mempunyai kepentingan tinggi tetapi kekuatan rendah perlu didukung oleh lembaga yang mempunyai kekuatan tinggi. Jadi dengan demikian analisis stakeholder ini dibutuhkan untuk saling mengetahui kelemahan dan kekuatan sehingga bisa saling membantu dan mendukung dalam pelaksanaan program penanggulangan HIV dan AIDS.

Kota Jayapura telah mempunyai Peraturan Pemerintah Kota Jayapura No 8 Tahun 2010 Tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS dan peraturan Wali Kota Jayapura Nomor 11 Tahun 2012 Tentang Pengarusutamaan HIV dan AIDS Melalui Pendidikan di Wilayah Kota Jayapura. Di dalam perda tersebut sebenarnya telah memuat kebijakan dan program prioritas yang harus dijalankan oleh semua sektor yang terlibat didalam upaya penanggulangan dan pencegahan HIV-AIDS. Namun perhatian dengan mengeluarkan Perda tanpa pengawalan pelaksanaan tidak akan menghasilkan upaya yang maksimal. Hal ini dapat terjadi karena didalam perda tidak secara tegas di atur tentang peran dan fungsi masing-masing sektor dalam upaya penanggulangan dan pencegahan HIV-AIDS. Sebenarnya didalam Rencana strategi Kota Jayapura tahun 2011 – 2015 telah terdapat program masing-masing SKPD sekaligus alokasi anggaran namun hambatan yang dikemukakan

bahwa usulan anggaran yang mereka ajukan tidak disetujui oleh badan anggaran karena tidak sesuai dengan tupoksi, atau usulan tersebut tidak ada dalam mata anggaran SKPD tersebut. Dengan demikian Hal yang wajar jika terjadi peningkatan kasus dari tahun ketahun apalagi status Kota Jayapura merupakan Ibu Kota Provinsi dan merupakan Kota Pelajar yang didatangi oleh banyak orang dari semua kabupaten yang ada di provinsi papua juga dari provinsi lainnya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perda yang telah ada belum cukup untuk membantu penurunan kasus HIV dan AIDS, sehingga perlu ada upaya lainnya misalnya dengan lebih memperhatikan pelaksanaan perda tersebut oleh semua pihak baik pemerintah maupun lembaga non pemerintah.

KPA Kota Jayapura sebagai lembaga yang diberi tanggung jawab oleh pemerintah mengkoordinir semua sektor terkait pada program penanggulangan HIV AIDS yang telah diatur dalam Perda dan renstra Kota Jayapura dalam menjalankan fungsinya masih belum maksimal, Hal ini dapat terlihat dari belum adanya pertemuan rutin antara KPA dengan sektor pelaksana teknis pelayanan juga dengan sektor terkait SKPD dan LSM. Pertemuan ini sangat penting untuk memantau sejauh mana keterlibatan sektor terkait sesuai dengan yang telah diatur didalam renstra. Selain itu KPA harus mengajak semua elemen untuk menyusun perencanaan terpadu agar program yang dijalankan bukan hanya program yang disusun oleh KPA atau dinas kesehatan tetapi merupakan perencanaan bersama yang perlu dijalankan bersama-sama. Dengan demikian jika ada permasalahan seperti permasalahan alokasi anggaran dapat diselesaikan bersama-sama. Sudah ada pertemuan yang dilakukan selama ini tetapi hanya berupa pertemuan sewaktu dalam hal ini hanya dilakukan jika ada program yang akan dijalankan oleh KPA yang melibatkan sektor lain, juga evaluasi yang dilakukan hanya evaluasi akhir tahun. Berkaitan dengan peran dinas kesehatan sudah cukup baik karena setiap bulan sudah ada pertemuan rutin oleh setiap unit layanan teknis (puskesmas dan PKR), namun pertemuan koordinasi dengan sektor terkait dan LSM juga tidak dilakukan karena beranggapan bahwa hal tersebut merupakan tanggung jawab KPA.

DAFTAR PUSTAKA

- Atun, R., Bataringaya, J. 2011. Building a durable response to HIV dan AIDS: Implications for health system. *J. Acquir Immune Defic Syndr*, 57:S91-S95.
- Atun, R., de Jogh, T., Secci, F., Ohiri, K., Adeyi, O. 2010a. Integration of targeted health interventions into health systems: A conceptual framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 25:104-111.
- Atun, R., Lazarus, J.V., Van Damme, W., Coker, R. 2010b. Interactions between critical health system functions and HIV/AIDS, tuberculosis and malaria programmes. *Health Policy and Planning*, 25:i1-i3.
- Ayuningtyas, 2014, Kebijakan Kesehatan; Prinsip dan Praktik, PT RajaGrafindo Persada Jakarta.
- Butt, L., Morin, J., Numbery, G., Peyon, I., Goo, A. 2010. Stigma dan HIV/AIDS di Wilayah Pegunungan Papua. Jayapura: Universitas Cendrawasih dan University of Victoria.
- BPS, JOTHI & UNDP. 2010. Socioeconomic Impact of HIV at the Individual and Household Level in Indonesia: a seven-province study. Jakarta: BPS
- Coker, R., Balen, J., Mounier-Jack, S., Shigayeva, A., Lazarus, J.V., Rudge, J.W., Naik, N., Atun, R. 2010. A conceptual and analytical approach to comparative analysis of country case studies: HIV and TB control programmes and health systems integration. *Health Policy and Planning*, 25 (suppl 1): i21-i31 doi:10.1093/heapol/czq054
- Conseil, A., Mounier-jack, S., Coker, A. 2010. Integration of health systems and priority health interventions: a case study of the integration of HIV and TB control programmes into the general health system in Vietnam. *Health Policy and Planning*, 25:i32-i36.
- Creswell, J.W. 2003. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Desai, M., Rudge, J.M., Adisasmito, W., Mounier-Jack, S., Coker, R. 2010. Critical interactions between global fund-supported programmes & health systems: a case study in Indonesia. *Health Policy and Planning*, 25:i43-i47.
- Dongbao, Yu., Souteyrand, Y., Banda, M.A., Kaufman, J., Perriens, J.H. 2008. Investment in HIV/AIDS programs: Does it help strengthen health systems in developing countries? *Globalization and Health* doi: 10.1186/1744-8603-4-8.
- Dudley, L. and Garner, P. (2011). *Strategies for Integrating Primary Health Services in Low- and*

- Middle-income Countries at the Point of Delivery (Review). The Cochrane Collaboration, 7.
- Gilson, L., Raphaely, N. 2008. The terrain of health policy behaviour take us? *Health Policy and Planning*, analysis in low- and middle-income countries: a review of published literature 1994–2007. *Health Policy and Planning*, 23(5):294–307.
- Glaser, B. G., and A. L. Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Godwin, P. and Dickinson, C. (2012). HIV in Asia – Transforming the agenda for 2012 and beyond: Report of a Joint Strategic Assessment in ten countries. Canberra: AusAID Health Resource Facility. Integrasi upaya penanggulangan HIV&AIDS-final version 33
- Hannes K. Chapter 4: Critical appraisal of qualitative research. In: Noyes J, Booth A, Hannes K, Harden A, Harris J, Lewin S, Lockwood C (editors), *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions*. Version 1 (updated August 2011). Cochrane Collaboration Qualitative Methods Group, 2011. Available from URL <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>
- Health Systems 20/20. 2012. *The Health System Assessment Approach: A How-To Manual*. Version 2.0. www.healthsystemassessment.org
- International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org)
- Kawonga, M., Blaauw, D., Fonn, S. 2012. Aligning vertical interventions to health systems: a case study of the HIV monitoring and evaluation system in South Africa. *Health Research Policy and Systems*, **10**:2 (26 January 2012)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012a. *Estimasi Epidemi HIV dan AIDS Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Raker Litbangkes. Peraturan Presiden 72/2012. *Sistem Kesehatan Nasional*. 2012b. Jakarta: Litbangkes.
- Komisi Penanggulangan AIDS Kota Jayapura. 2010. *Profil Komisi Penanggulangan AIDS Kota Jayapura, tahun 2010*, Jayapura : KPA Kota Jayapura
- Komisi Penanggulangan AIDS Kota Jayapura, 2011, *Rencana Strategi Penanggulangan dan Pencegahan HIV dan AIDS Kota Jayapura Tahun 2011-2015*, Jayapura, KPA Kota Jayapura.
- Nadjib, M., Megraini, A., Ishardini, L., Rosalina, R. 2013. *National AIDS Spending Analysis 2011 – 2012*. Jakarta: UNAIDS-NAC.
- Shakarishvili G, Atun R, Berman P et al. 2010. Converging health systems frameworks: towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low and middle income countries. *Global Health Governance Spring III*: 2.
- Strauss, A., & Corbin, J. 1998. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques* (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Trisnantoro, 2005, *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah : 2001 – 2003*, Gadjah Mada University Press Yogyakarta.
- Wali Kota Jayapura, 2011, *Peraturan Daerah Kota Jayapura Nomor 16 tahun 2011 tentang Pencegahan dan Penanggulangan IMS dan HIV AIDS do kota Jayapura*, Kota Jayapura,
- Walt G et al. 2008. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5):308-317.
- World Health Organization. 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health System to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Geneva: WHO. Integrasi upaya penanggulangan HIV&AIDS-final version **34**
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Laporan epidemi AIDS di Indonesia*, update. 2012. Geneva: UNAIDS.
- Yayasan Spirita. 2005. *Dokumentasi tentang pelanggaran hak asasi manusia terhadap orang dengan HIV dan AIDS di Indonesia*. Jakarta.