Jurnal Pemerintahan dan Politik
Vol. 11 No. 4 Tahun 2026, pp. 1072 – 1091
DOI: https://doi.org/10.36982/jpp.v11i4.7769
■ Received 01/10/2026 ■ Revised 13/10/2026 ■ Accepted 13/10/2026

Governance Network Analysis of HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Control Acceleration in Serang City

Laeli Nur Khanifah[1*], Reisya Salsabila[1]

[1)] Department of Government Studies, Faculty of Social and Political Sciences,
Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
Serang, Indonesia

Email correspondence: khanifah92@untirta.ac.id*

Abstract

Purpose: This study aims to analyze how a governance network accelerates the control of HIV/AIDS, tuberculosis (TB), and malaria in Serang City during 2023–2025, using Klijn and Koppenjan's (2012) four indicators: actors, interdependency, and frames; interactions and complexity; institutional features; and network management.

Methodology: This qualitative instrumental case study collected data through semi-structured interviews with purposively selected informants from government, professional, academic, private-sector, philanthropic, community, and media actors, supplemented by documents, observation, and audiovisual materials. Source and technique triangulation supported validity, and analysis followed four case study stages.

Findings: Cross-sector collaboration has formed a network with clear roles and mutual, though asymmetrical, interdependence, with local government as the core actor. Formal and informal coordination broadened service reach and coincided with improved outcomes. However, the network remains strongly government-centered: private-sector participation is limited and incidental, resources are constrained, stigma hampers outreach, and institutional arrangements for malaria are less developed than those for HIV/AIDS and TB.

Practical implications: The ATM Acceleration Team is advised to coordinate a cross-sector campaign against stigma and for case finding. Medically validated messages would be disseminated through the media and by cadres, community organizations, and peer supporters, with screening extended to partner workplaces. Unlike current conditions (inconsistent forum attendance, incidental private-sector support, a 78.38% budget cut), this approach builds on existing institutions but requires fixed representatives, formal private-sector agreements, and non-regional funding.

Originality: The article analyzes three diseases within one city-level network, a rarely studied combination, and shows that a health problem's characteristics shape governance network forms.

Keywords: governance network; HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria; cross-sector collaboration; Serang City; health governance

Paper type: Case Study

Copyright (c) 2026 The Author(s).

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Disclosure statement: The authors do not have any conflict of interest

Analisis *Governance Network* Percepatan Penanggulangan HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria di Kota Serang 2023–2025

Abstrak

Tujuan: Penelitian ini bertujuan menganalisis bagaimana *governance network* mempercepat penanggulangan HIV/AIDS, tuberkulosis (TB), dan malaria di Kota Serang pada 2023–2025 dengan empat indikator Klijn dan Koppenjan (2012): *actors, interdependency, and frames; interactions and complexity; institutional features*; dan *network management*.

Metodologi: Penelitian ini menggunakan studi kasus instrumental kualitatif. Data dikumpulkan melalui wawancara semi-terstruktur dengan informan purposif dari unsur pemerintah, organisasi profesi, akademisi, swasta, filantropi, komunitas, dan media, serta dilengkapi dokumen, observasi, dan bahan audiovisual. Triangulasi sumber dan teknik menjaga validitas data, dan analisis mengikuti empat tahap studi kasus.

Temuan: Kolaborasi lintas sektor membentuk jaringan dengan peran yang relatif jelas dan ketergantungan timbal balik yang tidak simetris, dengan pemerintah daerah sebagai aktor inti. Koordinasi formal dan informal memperluas jangkauan layanan dan sejalan dengan membaiknya capaian program. Meski demikian, jaringan masih sangat berpusat pada pemerintah: keterlibatan swasta terbatas dan insidental, sumber daya terbatas, stigma masih menghambat penjangkauan, dan pengaturan kelembagaan malaria belum sekuat HIV/AIDS dan TB.

Implikasi praktis: Tim Percepatan ATM disarankan mengoordinasikan kampanye antistigma dan penemuan kasus lintas sektor. Pesan yang divalidasi tenaga medis disebarluaskan melalui media serta kader, organisasi komunitas, dan pendamping sebaya, sementara skrining diperluas ke lingkungan kerja mitra swasta. Dibandingkan kondisi saat ini (kehadiran forum tidak konsisten, kontribusi swasta insidental, anggaran turun 78,38%), pendekatan ini memanfaatkan kelembagaan yang ada, tetapi menuntut perwakilan tetap, perjanjian formal dengan mitra swasta, dan pendanaan di luar APBD.

Orisinalitas: Artikel ini menganalisis tiga penyakit dalam satu jaringan tingkat kota, kombinasi yang jarang dikaji, dan menunjukkan bahwa karakter masalah kesehatan membentuk corak *governance network*.

Kata Kunci: *governance network*; HIV/AIDS, tuberkulosis, dan malaria; kolaborasi lintas sektor; tata kelola kesehatan

Jenis artikel: Studi kasus

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan tanggung jawab negara, dan setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang adil, merata, dan berkualitas (Ardinata, 2020; Karwur, 2024). Di antara penyakit menular, HIV/AIDS, tuberkulosis (TB), dan malaria (ATM) termasuk yang paling banyak menimbulkan kasus, baik secara global maupun nasional (Achjar et al., 2024), serta membawa beban ganda berupa beban medis dan sosial-ekonomi (Duarsa, 2021; Makam & Matsa, 2021).

Indonesia mencatat sekitar 570 ribu orang dengan HIV pada 2024 dan, menurut WHO (2023), menyumbang 10% kasus TB dunia, sedangkan malaria masih endemis di Papua, Papua Barat, Nusa Tenggara Timur, dan Maluku (WHO, 2024). Kasus baru TB naik dari 393.323 (2020) menjadi 856.420 (2024) dan malaria dari 235.780 menjadi 443.530 (Kementerian Kesehatan RI, 2024), meskipun strategi nasional telah dijalankan puluhan tahun (Diantara et al., 2022; Sartika, 2023).

Provinsi Banten memiliki urbanisasi yang cepat dengan proyeksi 84,9%, sehingga mobilitas penduduk tinggi dan kerentanan terhadap penularan meningkat (Sahrudin et al., 2025). Kota Serang sebagai ibu kota provinsi menghadapi kondisi serupa (Al-farij et al., 2025; Amaya et al., 2024). Pada 2024, Kota Serang berada di peringkat ke-4 untuk kasus TB, ke-3 untuk HIV/AIDS, dan ke-1 untuk malaria di antara kabupaten/kota di Banten (Dinas Kesehatan Provinsi Banten, 2024). Tabel 1 memperlihatkan bahwa kasus baru HIV/AIDS dan TB di Kota Serang terus meningkat pada 2022–2024, sedangkan malaria berfluktuasi.

Tabel 1. Kasus Baru HIV/AIDS, TB, dan Malaria di Kota Serang, 2022–2024

Penyakit	2022	2023	2024
HIV/AIDS	57	151	197
Tuberkulosis (TB)	1.876	2.672	4.093
Malaria	49	93	46

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Serang (2024)

Dinas Kesehatan Kota Serang menjelaskan bahwa peningkatan tersebut sebagian mencerminkan semakin masifnya skrining, investigasi kontak, dan penemuan kasus aktif. Penularan HIV masih dipengaruhi perilaku seksual berisiko dan rendahnya kepatuhan terapi antiretroviral (Jahro & Mulyana, 2023), sedangkan TB dibayangi keterlambatan deteksi dan stigma (Sajodin et al., 2022).

Sebagai respons, Pemerintah Kota Serang bersama ADINKES (Asosiasi Dinas Kesehatan) menggelar audiensi pada 4 April 2023 yang menegaskan perlunya penganggaran khusus program ATM dan riset intervensi. Hasilnya adalah Surat Keputusan Wali Kota Serang Nomor 400.7.8/Kep.128-Huk/2024 tentang Pembentukan Tim Percepatan Pencegahan dan Pengendalian ATM yang melibatkan unsur pemerintah, akademisi, dunia usaha, komunitas, dan media (Gustaman, 2025;

Sari, 2025). Meskipun Tim Percepatan telah terbentuk, pembagian peran, dinamika kolaborasi, dan hambatan antaraktor belum teridentifikasi secara jelas.

Untuk membaca kolaborasi tersebut, penelitian ini menggunakan Governance Network Theory, yang tumbuh dari pergeseran cara memandang pemerintahan, dari pola hierarkis yang berpusat pada negara menuju pengelolaan urusan publik melalui jaringan aktor yang beragam (Kickert et al., 1997). Kebijakan dan layanan publik dipandang sebagai hasil interaksi aktor yang saling bergantung sumber daya, tanpa satu aktor pun yang mengendalikan jaringan sepenuhnya (Jones et al., 1997; Kapucu & Hu, 2020). Klijn dan Koppenjan (2012) merumuskan pandangan ini ke dalam empat indikator analisis, yaitu (1) actors, interdependency, and frames; (2) interactions and complexity; (3) institutional features; dan (4) network management. Mereka juga menegaskan bahwa aktor pemerintah kerap tetap sentral karena memiliki legitimasi, kewenangan formal, dan kendali atas sumber daya (Klijn & Koppenjan, 2014).

Perkembangan kajian setelah itu bergerak pada beberapa arah. Sebagian kajian menyoroti bentuk dan struktur jaringan. Provan dan Kenis (2008) membedakan tata kelola jaringan menurut cara koordinasinya dan menunjukkan bahwa efektivitas jaringan ditentukan oleh kualitas dan stabilitas partisipasi, bukan jumlah anggota semata. Kajian lain menyoroti proses kolaborasi, mulai dari komitmen dan pemahaman bersama (Ansell & Gash, 2008; Emerson & Nabatchi, 2015), pemahaman peran lintas sektor (Bryson et al., 2015), peran komunikasi informal yang melengkapi mekanisme formal (Goldsmith & Eggers, 2005), hingga produksi layanan publik bersama oleh pemerintah dan non-pemerintah (Ostrom, 1996). Di bidang kesehatan, kajian terdahulu menegaskan bahwa tata kelola kolaboratif memerlukan integrasi lintas sektor (Arianny & Adisasmito, 2024), bahwa kinerja jejaring layanan TB dipengaruhi konsistensi aktor non-pemerintah dan kejelasan struktur kelembagaan (Sujianto, 2025), serta bahwa pendanaan dan regulasi formal penting untuk mengintegrasikan sumber daya program ATM (Azizah et al., 2024).

Dengan demikian, kerangka konseptual governance network sudah mapan dan kajian kesehatan yang memakainya terus bertambah. Namun, kajian kesehatan yang ada cenderung menelaah satu penyakit atau satu aspek jaringan, misalnya konsistensi aktor, kelembagaan, atau pendanaan. Pembahasan struktur jaringan pun lebih sering bersifat konseptual atau tipologis, sehingga belum banyak yang memetakan posisi aktor dan jenis ikatan secara empiris pada satu jaringan yang menangani beberapa penyakit sekaligus di tingkat kota. Hingga penelitian yang menjadi dasar artikel ini disusun, penulis belum menemukan kajian yang menganalisis kolaborasi lintas sektor untuk ketiga penyakit tersebut sekaligus dengan lokus Kota Serang.

Berdasarkan celah tersebut, kebaruan artikel ini terletak pada tiga hal. Pertama, artikel ini menganalisis satu jaringan yang menangani tiga penyakit pada

tingkat kota, sehingga perbedaan bentuk dan intensitas kolaborasi menurut karakter masalah kesehatan dapat dibandingkan dalam satu kasus dan satu kerangka analisis. Kedua, keempat indikator Klijn dan Koppenjan (2012) tidak hanya diuraikan secara deskriptif, tetapi diterjemahkan ke dalam pemetaan kualitatif posisi aktor (inti, pendukung, dan periferal) serta jenis ikatan antaraktor, yang memperlihatkan di mana jaringan bertumpu pada pemerintah dan di mana ikatannya masih lemah. Ketiga, artikel ini mengaitkan struktur jaringan dengan kondisi sumber daya, khususnya penurunan anggaran program pada 2025, sehingga kerentanan jaringan yang berpusat pada pemerintah dapat dibaca secara empiris, tidak hanya secara konseptual. Pemetaan tersebut bersifat kualitatif dan tidak menguji hubungan sebab-akibat antara kolaborasi dan capaian program. Artikel ini bertujuan menganalisis governance network dalam percepatan penanggulangan ATM di Kota Serang pada 2023–2025 berdasarkan empat indikator tersebut..

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus instrumental (Creswell, 2015), yang memungkinkan kasus program ATM di Kota Serang dipakai untuk memahami penerapan *governance network* secara mendalam. Fokus penelitian adalah dinamika kolaborasi lintas sektor dalam program percepatan penanggulangan ATM, dianalisis dengan teori Klijn dan Koppenjan (2012). Penelitian berlangsung pada 2025–2026 di Kota Serang, Provinsi Banten, dengan sesi wawancara antara lain pada April 2026.

Informan dipilih secara purposif dan berjumlah 14 orang, terdiri atas 11 *key informant* dan 3 *secondary informant* dari unsur pemerintah (Dinas Kesehatan, Bapperida, RSUD, dan puskesmas), ADINKES, rumah sakit swasta, organisasi profesi (IDI), akademisi (Poltekkes Kemenkes Banten), sektor swasta (Gudang Alfamart dan Bank Banten), lembaga filantropi (Baznas Kota Serang), komunitas/NGO, kader kesehatan, dan media. Data primer diperoleh melalui wawancara semi-terstruktur, sedangkan data sekunder berasal dari dokumen (regulasi, laporan capaian, dan data anggaran), observasi nonpartisipan, dan bahan audiovisual, dengan triangulasi antarsumber dan antarteknik. Analisis mengikuti empat tahap studi kasus (konteks, deskripsi, analisis tema, dan penegasan ulang) dengan matriks tolak ukur untuk setiap indikator. Pada kutipan, informan disebut dengan nama institusinya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Komposisi Aktor dalam Jaringan

Jaringan penanggulangan ATM di Kota Serang melibatkan aktor internal (Dinas Kesehatan, Bapperida, rumah sakit, puskesmas, dan OPD terkait) serta aktor

eksternal (NGO, organisasi profesi, akademisi, media, lembaga filantropi, kader kesehatan, dan sektor swasta). Tabel 2 merangkum komposisi aktor dan perannya.

Tabel 2. Aktor dan Perannya dalam Program ATM Kota Serang

Kelompok aktor	Aktor	Peran dalam jaringan
Pemerintah	Dinas Kesehatan; Bapperida; OPD lain; RSUD; puskesmas	*Leading sector* dan koordinator teknis; sinkronisasi perencanaan dan penganggaran; integrasi kegiatan ATM; layanan medis dan pelaporan
Akademisi	Poltekkes Kemenkes Banten	Edukasi, skrining, pengabdian masyarakat, dan kajian ilmiah
Dunia usaha dan filantropi	RS Budiasih; Gudang Alfamart; Bank Banten; Baznas Kota Serang	Layanan dan pelaporan; CSR sembako bagi pasien TB; kehadiran di forum koordinasi; bantuan dan RTLH pasien TB
Komunitas/NGO	Yayasan Bina Muda Gemilang; Yayasan Tunas Banten Pratama; Yayasan Cita Andaru; kader	Penjangkauan, pendampingan, edukasi, penemuan kasus, dan pengawasan minum obat
Media	Antara Banten; Banten TV; Banten Raya	Diseminasi informasi dan kampanye perubahan perilaku
Aktor penghubung dan organisasi profesi	ADINKES; IDI Kota Serang	Advokasi, fasilitasi, dan dukungan Global Fund; standar pelayanan dan rekomendasi medis

Sumber: Diolah dari hasil penelitian (2026)

Actors, Interdependency, and Frames

Pembagian peran antaraktor relatif jelas. Dinas Kesehatan berperan sebagai *leading sector* dan pusat pengendali implementasi, Bapperida menyinkronkan perencanaan dan penganggaran, fasilitas kesehatan melayani pasien dan melaporkan kasus, organisasi profesi memperkuat kapasitas tenaga kesehatan, akademisi mendukung edukasi dan pengabdian masyarakat, serta media menyebarluaskan informasi. Temuan ini sejalan dengan pandangan Bryson et al. (2015) bahwa kolaborasi lintas sektor lebih efektif ketika setiap aktor memahami peran dan kontribusinya.

Meskipun melibatkan banyak aktor, relasi kekuasaan dalam jaringan belum tersebar merata. Dinas Kesehatan dan Bapperida menjadi aktor inti (*core actors*) yang paling menentukan arah kebijakan, koordinasi program, dan keputusan strategis, sedangkan aktor lain lebih banyak berada pada posisi periferal yang bersifat suportif. Pola ini menguatkan pandangan Klijn dan Koppenjan (2014) bahwa aktor pemerintah kerap tetap sentral dalam *governance network* karena memiliki legitimasi, kewenangan

formal, dan kendali atas sumber daya. ADINKES dan media berperan sebagai aktor penghubung (*bridging actors*) yang menghubungkan kepentingan dan sumber daya antaraktor melalui advokasi, fasilitasi, dan komunikasi publik.

Saling ketergantungan terlihat kuat dan bersifat timbal balik (*mutual dependency*), sejalan dengan gagasan bahwa aktor memerlukan sumber daya aktor lain untuk mencapai tujuannya (Jones et al., 1997; Klijn & Koppenjan, 2012). Pemerintah memiliki legitimasi, kebijakan, dan layanan, tetapi membutuhkan komunitas untuk menjangkau kelompok rentan; sebaliknya, komunitas membutuhkan regulasi, akses layanan, dan dukungan pemerintah. Ketergantungan paling menonjol terjadi pada HIV/AIDS dan TB: puskesmas dan rumah sakit memerlukan kader dan komunitas untuk menjaga kepatuhan pengobatan TB serta melacak kontak serumah, sedangkan pendamping ODHIV menjaga keberlanjutan terapi ARV karena pasien cenderung lebih terbuka kepada komunitas daripada kepada tenaga kesehatan formal akibat stigma.

Seluruh aktor memiliki tujuan yang sama, yaitu menekan penularan HIV/AIDS, TB, dan malaria serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tujuan bersama itu diwujudkan melalui rapat koordinasi, skrining bersama, TOSS TB, dan penjangkauan HIV/AIDS, dan menjadi dasar *shared understanding* antaraktor sebagaimana dikemukakan Ansell dan Gash (2008). Namun, keterlibatan sektor swasta belum seimbang. Kontribusinya bersifat insidental, misalnya bantuan sembako dari Gudang Alfamart bagi pasien TB di sekitar lingkungan perusahaan, sementara Bank Banten hadir di forum koordinasi tetapi belum memberi kontribusi langsung pada program. Sektor swasta cenderung memandang program ATM sebagai tanggung jawab pemerintah, dan dana CSR perusahaan tidak hanya diarahkan ke sektor kesehatan. Temuan ini senada dengan Sujianto (2025) bahwa keterlibatan aktor non-pemerintah yang tidak konsisten memengaruhi efektivitas jaringan.

Interactions and Complexity

Interaksi antaraktor berlangsung intensif mulai dari perencanaan hingga evaluasi, melalui kombinasi mekanisme formal dan informal. Rapat koordinasi lintas sektor Tim ATM diadakan setiap semester, evaluasi dilakukan triwulanan, dan komunikasi harian berjalan melalui grup WhatsApp "TIM ATM Kota Serang", sementara pelaporan kasus memakai sistem digital SITB, SISMAL, dan SIHAPIMS2. RSUD Kota Serang, misalnya, berkomunikasi dengan Dinas Kesehatan hampir setiap hari untuk pelaporan pasien dan pemenuhan standar pelayanan minimal. Goldsmith dan Eggers (2005) menekankan bahwa dalam tata kelola berbasis jaringan, komunikasi informal melengkapi mekanisme formal dengan mempercepat pertukaran informasi dan responsivitas.

Interaksi tersebut memuat proses negosiasi. Menurut ADINKES, setiap pemangku kepentingan diberi ruang menyampaikan pandangan dalam forum perencanaan: pemerintah menekankan target indikator kesehatan, organisasi profesi standar medis, yayasan pendekatan sosial, dan akademisi edukasi serta pencegahan. Perbedaan perspektif ini tidak menjadi hambatan utama, melainkan membentuk mekanisme deliberatif yang menghasilkan kebijakan lebih adaptif (Arianny & Adisasmito, 2024).

Interaksi menghasilkan sejumlah luaran kolaboratif: skrining HIV di tempat hiburan, kegiatan TOSS TB, rehabilitasi rumah tidak layak huni (RTLH) bagi pasien TB bersama Baznas dan Dinas Perumahan dan Kawasan Permukiman, serta peningkatan pemeriksaan TB sekitar 25% oleh Yayasan Tunas Banten Pratama melalui pemeriksaan bakteriologis. Pola ini mengarah pada *co-production*, yaitu layanan publik yang diproduksi bersama oleh pemerintah dan aktor non-pemerintah (Ostrom, 1996). Intensitas interaksi berbeda antarpenyakit. Penanganan malaria lebih berfokus pada *surveillance maintenance* untuk memelihara status eliminasi dan koordinasi dilakukan insidental ketika ada kasus, sedangkan HIV/AIDS dan TB menuntut pendampingan pasien, pelacakan kontak, dan penjangkauan kelompok rentan secara berkelanjutan.

Kompleksitas tetap muncul. Kehadiran aktor dalam forum koordinasi belum konsisten, dan perwakilan yang berganti-ganti membuat transfer informasi serta kesinambungan pembahasan kurang optimal. Dinas Kesehatan menggambarkannya sebagai berikut.

> *"Kadang kita sudah undang banyak stakeholder, tapi yang hadir tidak semuanya. Bahkan yang datang juga sering berbeda-beda orangnya, jadi memang koordinasinya belum selalu maksimal." (Dinas Kesehatan, wawancara 16 April 2026)*

Hambatan ini tidak bersumber dari ego sektoral, tetapi dari perbedaan komitmen, prioritas program, dan kapasitas aktor, yang sejalan dengan Emerson dan Nabatchi (2015) tentang pentingnya komitmen bersama serta Provan dan Kenis (2008) bahwa efektivitas jaringan ditentukan oleh kualitas dan stabilitas partisipasi, bukan jumlah anggota semata. Hambatan sosial juga nyata. Stigma terhadap HIV/AIDS dan TB (Sajodin et al., 2022) menyebabkan penolakan pemeriksaan, sebagaimana diungkapkan komunitas di lapangan.

> *"Di lapangan masih banyak masyarakat yang menolak diperiksa, terutama karena takut atau merasa itu aib." (Yayasan Tunas Banten Pratama, wawancara 20 April 2026)*

Institutional Features

Fondasi kelembagaan formal jaringan relatif kuat dan dibentuk melalui proses deliberatif, bukan semata-mata *top-down*. Sebelum SK Wali Kota Nomor 400.7.8/Kep.128-Huk/2024 ditetapkan, Bapperida, Dinas Kesehatan, dan ADINKES menggelar audiensi dan pembahasan lintas sektor, dan media, NGO, organisasi

profesi, akademisi, serta swasta dilibatkan dalam forum diskusi. Draf yang disusun Bapperida dan Dinas Kesehatan disempurnakan oleh Bagian Hukum Sekretariat Daerah sebelum ditetapkan. Dalam kerangka Klijn dan Koppenjan (2012), aturan ini berfungsi sebagai "aturan main" yang mengurangi ketidakpastian dan menstabilkan pola interaksi.

Pengaturan kemudian berlapis hingga tingkat teknis, yakni Tim *Public Private Mix* (PPM) TB dan Tim *Public Private Community Partnership* (PPCP) HIV/AIDS dan IMS melalui keputusan Kepala Dinas Kesehatan, Komisi Penanggulangan AIDS (Keputusan Wali Kota Nomor 78 Tahun 2025), Rencana Aksi Daerah TB 2025–2028 (Keputusan Wali Kota Nomor 229 Tahun 2025), Kelurahan Siaga TB (Keputusan Wali Kota Nomor 230 Tahun 2025), dan surat edaran Dinas Kesehatan tentang pemeliharaan eliminasi malaria. Pertukaran sumber daya (anggaran, tenaga kesehatan, data pasien, logistik obat, dan pelaporan) juga diatur melalui nota kesepahaman antara Dinas Kesehatan dengan Yayasan Bina Muda Gemilang dan Yayasan Tunas Banten Pratama. Kebijakan Kelurahan Siaga TB menempatkan masyarakat tidak lagi sebagai objek, tetapi sebagai aktor deteksi dini dan pendampingan pasien. Temuan ini mendukung Azizah et al. (2024) bahwa regulasi formal memperjelas pembagian tanggung jawab pembiayaan, pelayanan, dan pelaporan.

Kelemahan tetap ada. Pertama, pengaturan belum merata: regulasi TB dan HIV/AIDS lebih rinci daripada malaria, yang belum memiliki struktur kelembagaan khusus seperti Tim PPM atau KPA. Kedua, keberadaan aturan belum otomatis menjamin kepatuhan, terbukti dari kehadiran forum yang belum konsisten dan keterlibatan swasta yang belum optimal. Ketiga, pertukaran sumber daya masih sangat bergantung pada anggaran pemerintah dan bantuan eksternal, sehingga keberlanjutan jaringan rentan.

Network Management dan Capaian Program 2023–2025

Pengelolaan jaringan dijalankan melalui pembagian fungsi yang jelas. Bapperida bertindak sebagai fasilitator perencanaan yang mengumpulkan pemangku kepentingan sejak awal agar program tidak tumpang tindih, sementara Dinas Kesehatan menjadi koordinator teknis melalui rapat rutin, pemantauan, evaluasi berkala, sistem pelaporan, dan komunikasi harian. Fasilitas kesehatan, NGO, akademisi, media, organisasi profesi, dan OPD dilibatkan sesuai kapasitasnya, dan media turut memperluas transparansi program melalui publikasi. Hambatan seperti stigma dan penolakan pemeriksaan dihadapi melalui pendekatan persuasif dan edukasi berulang yang melibatkan banyak pihak, yaitu pembangunan kepercayaan dan bukan pendekatan koersif.

Tabel 3 menunjukkan capaian program pada 2023–2025. Skrining HIV/AIDS meningkat dari sekitar 98% (2023) menjadi sekitar 101% (2024) dan sekitar 113% (2025)

dari target, dan capaian penemuan kasus TB naik dari sekitar 121% menjadi sekitar 123% dan sekitar 127%. Kasus malaria menurun dari 93 menjadi 46 dan 18 kasus dengan *annual parasite incidence* (API) di bawah 1 per 1.000 penduduk. Menurut Dinas Kesehatan, mayoritas kasus malaria 2025 merupakan kasus impor dari anggota TNI yang berpindah dari daerah endemis (Dinkes Kota Serang, 2025), sehingga kasus bukan berasal dari penularan lokal.

Tabel 3. Capaian Program ATM di Kota Serang, 2023–2025

Indikator	2023	2024	2025
Skrining HIV/AIDS (% target)	±98	±101	±113
Penemuan kasus TB (*treatment coverage*, % target)	±121	±123	±127
Jumlah kasus malaria	93	46	18

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Serang (2026)

Dinas Kesehatan mengaitkan peningkatan capaian tersebut dengan pelaksanaan program yang kolaboratif bersama OPD, yayasan, media, akademisi, organisasi profesi, dan swasta, yang memperluas jangkauan layanan dan mempercepat penemuan kasus. Perlu dicatat bahwa kenaikan penemuan kasus mencerminkan perluasan deteksi, bukan otomatis kenaikan penularan, dan bahwa penelitian kualitatif ini tidak menguji hubungan sebab-akibat; kaitan antara kolaborasi dan capaian bersandar pada keterangan informan dan data program. Pola ini konsisten dengan temuan Azizah et al. (2024) bahwa keberhasilan program ATM dipengaruhi kemampuan jaringan mengintegrasikan sumber daya dan menjaga koordinasi lintas sektor.

Tabel 4. Anggaran Program ATM pada Dinas Kesehatan Kota Serang, 2024–2025 (Rp)

Sub kegiatan	2024	2025
Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV	412.568.200	170.673.368
Pelayanan kesehatan orang terduga TB	867.580.300	70.562.400
Pelayanan kesehatan orang dengan TB	54.317.600	18.805.000
Pelayanan kesehatan orang dengan HIV (ODHIV)	50.517.600	21.215.000
Pelayanan kesehatan malaria	67.022.000	32.725.000
Total	**1.452.005.700**	**313.980.762**

Sumber: Bapperida Kota Serang (2026)

Sumber daya menjadi tantangan utama. Sebagaimana terlihat pada Tabel 4, anggaran program ATM pada Dinas Kesehatan turun dari Rp1.452.005.700 pada 2024 menjadi Rp313.980.762 pada 2025 (turun sekitar 78,38%) akibat kebijakan efisiensi anggaran pemerintah pusat. Program tetap berjalan melalui pemanfaatan sumber daya yang tersedia dan dukungan mitra, termasuk pendanaan Global Fund melalui ADINKES.

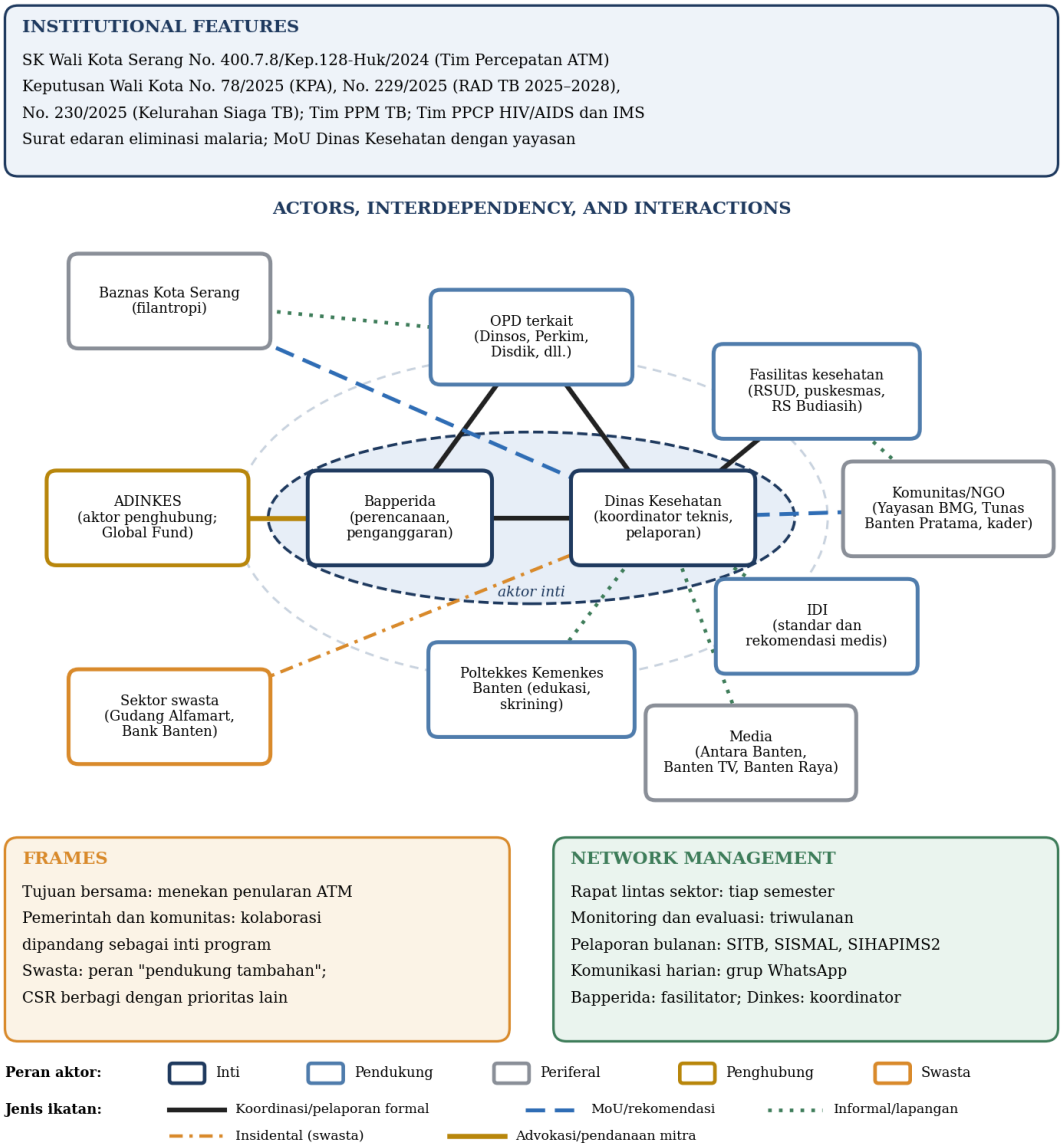
Bagan Governance Network dan Analisis Struktur Jaringan

Gambar 1 memetakan keempat indikator Klijn dan Koppenjan (2012) dalam satu bagan. Lapisan atas memuat *institutional features*, yaitu aturan formal yang menjadi payung jaringan. Lapisan tengah memuat aktor dan ikatannya (*actors, interdependency, and interactions*), dengan aktor diposisikan menurut kedekatannya dengan pusat koordinasi. Lapisan bawah memuat bingkai persepsi (*frames*) dan pengelolaan jaringan (*network management*). Posisi aktor dan jenis ikatan disusun penulis dari keterangan informan, dokumen kelembagaan, dan pengamatan, sehingga bagan ini merupakan pemetaan kualitatif, bukan hasil pengukuran jaringan sosial secara kuantitatif.

Pertama, bagan memperlihatkan struktur inti–pendukung–periferal. Bapperida dan Dinas Kesehatan berada di pusat sebagai aktor inti: yang pertama memegang perencanaan dan penganggaran, yang kedua memegang pelaksanaan teknis, pelaporan, dan komunikasi harian. Fasilitas kesehatan, OPD terkait, Poltekkes, dan IDI berada pada lingkar pendukung karena perannya melekat pada layanan, sektoral, atau keilmuan dan terhubung langsung dengan Dinas Kesehatan. Komunitas/NGO, media, Baznas, dan sektor swasta berada pada lingkar periferal karena keterlibatannya bergantung pada fasilitasi, rekomendasi, atau kesempatan yang dibuka pemerintah. ADINKES menempati posisi khusus sebagai aktor penghubung: ia tidak memegang kewenangan program, tetapi memfasilitasi audiensi 4 April 2023 yang melahirkan gagasan tim khusus dan menghubungkan jaringan dengan dukungan Global Fund. Susunan ini sejalan dengan temuan bahwa relasi kekuasaan belum tersebar merata dan dengan pandangan Klijn dan Koppenjan (2014) bahwa aktor pemerintah kerap tetap sentral karena legitimasi dan kendali sumber daya.

Kedua, jenis ikatan dalam bagan menunjukkan bahwa saling ketergantungan bersifat timbal balik tetapi tidak simetris (Tabel 5). Ikatan koordinasi dan pelaporan formal berpusat pada Dinas Kesehatan dan menjadi jalur arahan, data kasus, dan akuntabilitas. Ikatan berbasis MoU atau rekomendasi mengalirkan legitimasi dan akses layanan dari pemerintah kepada yayasan dan lembaga filantropi, sedangkan arus sebaliknya berupa akses ke kelompok berisiko, pendampingan, dan pelacakan kontak yang tidak dimiliki fasilitas kesehatan. Ikatan informal, terutama grup WhatsApp dan kegiatan lapangan bersama, melengkapi jalur formal dengan

mempercepat pertukaran informasi, sebagaimana ditekankan Goldsmith dan Eggers (2005). Dalam kerangka Jones et al. (1997), pola ini menunjukkan pertukaran sumber daya yang bersandar pada kepercayaan dan aturan, tetapi dengan bobot yang lebih besar pada sisi pemerintah.



Gambar 1. Bagan Governance Network Program ATM Kota Serang

Sumber: Olahan penulis berdasarkan wawancara, dokumen kelembagaan, dan pengamatan (2026), dengan kerangka Klijn dan Koppenjan (2012)

Tabel 5. Jenis Ikatan dalam Governance Network Program ATM Kota Serang

Jenis ikatan	Aktor yang terhubung	Bukti empiris	Indikator
Koordinasi dan pelaporan formal	Bapperida, Dinas Kesehatan, dan OPD; Dinas Kesehatan dan fasilitas kesehatan	SK Wali Kota No. 400.7.8/Kep.128-Huk/2024; rapat semesteran; pelaporan SITB, SISMAL, SIHAPIMS2	Institutional features; network management
Pertukaran sumber daya berbasis MoU atau rekomendasi	Dinas Kesehatan dan yayasan (BMG, Tunas Banten Pratama); Baznas dan Dinas Kesehatan/rumah sakit	MoU pengelolaan sumber daya dan pelaporan; bantuan pasien atas rekomendasi	Interdependency; institutional features
Komunikasi informal dan kolaborasi lapangan	Dinas Kesehatan dengan Poltekkes, IDI, dan media; fasilitas kesehatan dengan komunitas/kader	Grup WhatsApp harian; TOSS TB; pelacakan kontak serumah; pendampingan terapi ARV; publikasi	Interactions and complexity
Advokasi dan pendanaan mitra	ADINKES dengan Bapperida dan Dinas Kesehatan	Audiensi 4 April 2023; dukungan Global Fund	Network management
Kontribusi insidental	Sektor swasta dengan Dinas Kesehatan dan puskesmas	Sembako Gudang Alfamart bagi pasien TB; kehadiran Bank Banten di forum	Frames; interactions and complexity

Sumber: Olahan penulis berdasarkan data wawancara, dokumen, dan pengamatan (2026)

Ketiga, pola ikatan memperlihatkan simpul lemah yang berpotensi membatasi jaringan. Pada data penelitian, ikatan yang terdokumentasi lebih banyak bersumber dari atau melalui Dinas Kesehatan daripada antaraktor periferal, misalnya komunitas dengan media atau dengan sektor swasta. Bentuk ini dapat dibaca sebagai jaringan yang dikoordinasikan organisasi pemimpin (*lead organization*) dalam tipologi Provan dan Kenis (2008), yang efisien untuk menjaga arah dan keseragaman pelaporan, tetapi bergantung pada kapasitas dan komitmen organisasi pemimpin. Ini merupakan interpretasi penulis atas pemetaan di atas. Ikatan sektor swasta hanya berupa kontribusi insidental, dan tidak ada ikatan kelembagaan yang mengikatnya karena swasta tidak termasuk dalam SK Tim ATM. Ikatan kelembagaan untuk malaria juga lebih tipis daripada HIV/AIDS dan TB karena belum ada tim atau komisi setara Tim PPM atau KPA, sehingga koordinasi malaria bertumpu pada surveilans dan pertemuan insidental.

Keempat, bingkai persepsi dan pengelolaan jaringan pada lapisan bawah bagan menjelaskan mengapa ikatan tersebut sulit berubah dengan sendirinya. Kesamaan tujuan menekan penularan menjadi dasar kerja sama, tetapi pemerintah dan komunitas memaknai kolaborasi sebagai inti program, sedangkan sektor swasta memaknai perannya sebagai pendukung tambahan. Perbedaan bingkai ini menyatu dengan celah kelembagaan di atas dan dengan kehadiran forum yang belum

konsisten. Pengelolaan jaringan yang terjadwal (rapat semesteran, monitoring dan evaluasi triwulanan, pelaporan bulanan, serta komunikasi harian) menjaga kesinambungan arus informasi, tetapi belum mengubah posisi aktor periferal. Penurunan anggaran 78,38% pada 2025 menambah tekanan pada pola ini, karena jaringan yang bertumpu pada pemerintah dan beberapa mitra rentan ketika sumber daya inti menyusut, sebagaimana dicatat Azizah et al. (2024) mengenai pentingnya pendanaan dan regulasi formal bagi integrasi sumber daya program ATM.

Dengan demikian, penguatan jaringan tidak cukup dilakukan dengan menambah jumlah aktor. Agenda yang lebih menentukan adalah memperbanyak ikatan horizontal antaraktor periferal, memasukkan sektor swasta ke dalam pengaturan formal, melengkapi struktur kelembagaan malaria, dan mendiversifikasi sumber pendanaan sehingga posisi aktor penghubung seperti ADINKES tidak menjadi satu-satunya jembatan menuju sumber daya eksternal.

Karakter Jaringan: Berpusat pada Pemerintah dan Beragam antarpenyakit

Secara keseluruhan, jaringan ATM di Kota Serang menunjukkan karakter *government-centered*. Hampir seluruh aktor bergantung pada arahan dan fasilitasi Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan kegiatan, koordinasi, dan pengambilan keputusan, dan beban program lebih banyak bertumpu pada pemerintah dan beberapa mitra utama. Distribusi kepemimpinan dan inisiatif kolektif belum merata, sehingga keberlanjutan jaringan masih rentan apabila kapasitas dan komitmen aktor lain tidak diperkuat.

Temuan ini memberi tiga catatan. Pertama, ketergantungan sumber daya membentuk jaringan, tetapi tidak otomatis menghasilkan relasi yang simetris: pemerintah tetap memegang posisi inti. Kedua, bentuk dan intensitas kolaborasi dipengaruhi karakter masalah: HIV/AIDS dan TB yang menuntut pendampingan melahirkan jaringan padat, sedangkan malaria cenderung bertumpu pada surveilans. Ketiga, aturan formal merupakan kondisi perlu, bukan jaminan, bagi kepatuhan aktor. Aktor penghubung seperti ADINKES dan media juga menunjukkan bahwa aktor yang tidak memegang kewenangan formal dapat berfungsi sebagai perekat jaringan melalui advokasi, fasilitasi, dan komunikasi publik.

KESIMPULAN

Percepatan penanggulangan ATM di Kota Serang telah membentuk *governance network* yang melibatkan pemerintah, akademisi, dunia usaha, komunitas/NGO, media, dan aktor penghubung ADINKES. Pada indikator *actors, interdependency, and frames*, peran dibagi cukup jelas dan ketergantungan antaraktor bersifat timbal balik, dengan Dinas Kesehatan dan Bapperida sebagai aktor inti. Pada *interactions and complexity*, koordinasi formal dan informal menghasilkan skrining, edukasi, penjangkauan kelompok rentan, dan bantuan sosial. Pada *institutional*

features, SK Wali Kota Nomor 400.7.8/Kep.128-Huk/2024 dan regulasi turunannya menjadi dasar pembagian peran dan pertukaran sumber daya. Pada *network management*, koordinasi, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan digital berjalan seiring peningkatan capaian skrining HIV/AIDS dan penemuan kasus TB serta penurunan kasus malaria pada 2023–2025.

Pada peneltian ini jaringan masih berpusat pada pemerintah. Partisipasi sebagian aktor, khususnya sektor swasta, belum optimal; sumber daya dan anggaran terbatas; dan stigma terhadap HIV/AIDS serta TB menghambat penjangkauan. Pengaturan kelembagaan untuk malaria juga belum sekuat TB dan HIV/AIDS. Penelitian lanjutan disarankan menggunakan analisis jaringan kuantitatif atau desain komparatif antardaerah untuk menguji pengaruh kolaborasi terhadap kinerja program.

Selain itu, penelitian ini memiliki satu keterbatasan utama, yaitu desain studi kasus kualitatif dengan satu lokus yang tidak memungkinkan generalisasi maupun pengujian hubungan sebab-akibat antara kolaborasi dan capaian program. Penelitian selanjutnya disarankan mengembangkan indikator kinerja jaringan yang terukur, misalnya dengan memadukan kerangka Klijn dan Koppenjan (2012) dengan tipologi tata kelola jaringan Provan dan Kenis (2008), serta mengujinya pada beberapa daerah untuk melihat apakah karakter jaringan yang berpusat pada pemerintah juga ditemukan di tempat lain.

IMPLIKASI PRAKTIS DAN TEORITIS

Temuan penelitian menunjukkan bahwa persoalan utama jaringan ATM Kota Serang bukan kekurangan aktor, melainkan ikatan yang masih bertumpu pada Dinas Kesehatan, keterlibatan sektor swasta yang insidental, kehadiran forum yang tidak konsisten, serta stigma yang membuat sebagian masyarakat menolak pemeriksaan, sementara anggaran program turun 78,38% pada 2025. Karena itu, Tim Percepatan ATM disarankan menjalankan kampanye antistigma dan penemuan kasus terpadu lintas sektor dengan memanfaatkan kelembagaan yang sudah ada. Secara operasional, Dinas Kesehatan menyusun satu paket pesan bersama yang divalidasi IDI dan Poltekkes Kemenkes Banten, lalu media menyebarkannya secara berkala. Kader, yayasan komunitas, dan pendamping sebaya menyampaikan pesan yang sama melalui kunjungan rumah, pelacakan kontak serumah, dan pendampingan minum obat dengan Kelurahan Siaga TB sebagai simpul di tingkat kelurahan. Skrining HIV dan TOSS TB yang telah berjalan diperluas ke lingkungan kerja mitra swasta, sedangkan bantuan sembako CSR dan RTLH dari Baznas dirangkai menjadi paket dukungan bagi pasien TB agar pengobatan tidak dimaknai sebagai aib. Keberlanjutannya memerlukan perwakilan tetap setiap lembaga pada rapat semesteran dan evaluasi triwulanan, addendum SK atau MoU yang mengikat

kontribusi swasta, kelompok kerja malaria berbasis surveilans migrasi, serta pembiayaan di luar APBD melalui CSR, filantropi, pengabdian kampus, dan dukungan Global Fund. Dibandingkan kondisi saat ini, yang ditandai pesan yang terpisah-pisah, partisipasi forum yang tidak stabil, ikatan swasta yang tidak terlembaga, dan ketergantungan pada satu jalur pendanaan eksternal, rancangan ini diharapkan lebih baik karena menjawab langsung simpul lemah tersebut tanpa menambah beban anggaran daerah. Keunggulan ini bersifat argumentatif karena penelitian kualitatif ini tidak menguji pengaruh kampanye terhadap capaian program, sehingga perlu diuji pada penelitian lanjutan.

Secara teoretis, penelitian ini memperkaya *governance network theory* sebagaimana dirumuskan Kickert et al. (1997) serta Klijn dan Koppenjan (2012, 2014) pada tiga aspek. Pertama, penelitian ini menambah bukti empiris tingkat kota di sektor kesehatan bagi proposisi Klijn dan Koppenjan (2014) bahwa aktor pemerintah kerap tetap sentral karena legitimasi, kewenangan formal, dan kendali atas sumber daya. Temuan penelitian menambahkan nuansa bahwa saling ketergantungan antaraktor bersifat timbal balik tetapi tidak simetris. Empat indikator Klijn dan Koppenjan (2012) juga diterjemahkan menjadi pemetaan posisi aktor (inti, pendukung, periferal, dan penghubung) serta jenis ikatan, sehingga kerangka tersebut tidak hanya mendeskripsikan jaringan, tetapi juga menunjukkan di mana jaringan bertumpu pada pemerintah dan di mana ikatannya lemah.

Kedua, terhadap tipologi tata kelola jaringan Provan dan Kenis (2008), jaringan ATM Kota Serang dapat dibaca sebagai jaringan yang dikoordinasikan organisasi pemimpin (*lead organization*). Penelitian ini menambahkan bahwa bentuk tersebut rentan ketika sumber daya inti menyusut, sebagaimana terlihat pada penurunan anggaran sebesar 78,38%, dan bahwa efektivitasnya bergantung pada stabilitas partisipasi aktor, bukan pada jumlah aktor. Dalam satu jaringan yang sama, bentuk dan intensitas kolaborasi juga berbeda menurut karakter masalah: padat pada HIV/AIDS dan TB yang menuntut pendampingan, tetapi bertumpu pada surveilans pada malaria. Temuan ini mendukung argumen Klijn dan Koppenjan (2014) bahwa kompleksitas masalah membentuk pola jaringan.

Ketiga, terhadap kajian mekanisme kolaborasi, penelitian ini mengonfirmasi sekaligus memperluas gagasan pertukaran sumber daya berbasis kepercayaan dan aturan (Jones et al., 1997) dengan menunjukkan bahwa bobot pertukaran lebih besar pada sisi pemerintah. Peran komunikasi informal sebagai pelengkap jalur formal (Goldsmith & Eggers, 2005) juga terkonfirmasi, dengan tambahan bahwa aktor tanpa kewenangan formal, yakni ADINKES dan media, dapat berfungsi sebagai perekat jaringan. Terhadap gagasan komitmen dan pemahaman bersama (Ansell & Gash, 2008; Emerson & Nabatchi, 2015), penelitian ini menunjukkan bahwa aturan formal merupakan kondisi perlu tetapi belum menjamin kepatuhan aktor, dan bahwa tujuan

yang sama tidak otomatis menyatukan bingkai persepsi, karena sektor swasta masih memaknai perannya sebagai pendukung tambahan.

DEKLARASI PENGGUNAAN KECERDASAN BUATAN (*AI*)

Dalam penyusunan artikel ini, penulis menggunakan Claude (Anthropic) secara terbatas sebagai alat bantu untuk pembuatan bagan/visualisasi. Kecerdasan buatan tidak digunakan untuk mengumpulkan, menghasilkan, mengolah, atau menganalisis data penelitian, serta tidak digunakan sebagai dasar dalam penyusunan temuan dan interpretasi penelitian. Seluruh data penelitian diperoleh melalui wawancara, dokumen, dan observasi yang dilakukan oleh penulis. Seluruh isi artikel, termasuk abstrak, pendahuluan, metode, hasil, pembahasan, dan kesimpulan, merupakan tanggung jawab penulis. Penulis telah memeriksa dan memastikan kesesuaian isi artikel serta bertanggung jawab penuh atas keakuratan dan integritas naskah.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setulus-tulusnya kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan, bantuan, serta kontribusi selama proses penelitian dan penulisan artikel ini. Secara khusus, penulis mengucapkan terima kasih kepada Universitas Sultan Ageng Tirtayasa sebagai institusi tempat penulis bernaung, atas dukungan akademik dan fasilitas yang diberikan sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik. Penulis juga menyampaikan apresiasi kepada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, khususnya Program Studi Ilmu Pemerintahan, yang telah memberikan ruang akademik, motivasi, serta lingkungan ilmiah yang kondusif dalam mendukung proses penelitian dan pengembangan keilmuan.

Ucapan terima kasih turut disampaikan kepada para informan penelitian yang berasal dari Bapperida Kota Serang, Dinas Kesehatan Kota Serang, ADINKES, rumah sakit dan puskesmas, organisasi profesi, akademisi Poltekkes Kemenkes Banten, lembaga filantropi, sektor swasta, yayasan dan komunitas, serta media, yang telah bersedia memberikan waktu, informasi, dan pengalaman berharga selama proses pengumpulan data. Kontribusi tersebut sangat membantu penulis dalam memperoleh pemahaman yang komprehensif mengenai tata kelola jaringan penanggulangan HIV/AIDS, tuberkulosis, dan malaria di Kota Serang.

Akhir kata, penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam kajian tata kelola pemerintahan dan *governance network*, serta dapat menjadi bahan pertimbangan dalam perumusan kebijakan penanggulangan penyakit menular yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

REFERENCES

Achjar, K. A. H., Agusfina, M., Yesika, R., Aminah, S., Laksono, R. D., Sujati, N. K., Anwar, T., & Ifadah, E. (2024). *Penyakit menular*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

Al-farij, M. F., Ramadani, A. F., & Akrom, A. (2025). Kepadatan penduduk dan kualitas hidup: Studi kasus di kawasan padat Kota Serang Banten. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Sosial, Politik dan Humaniora, 4*(2), 303–321.

Amaya, S. N., Mubarak, A., & Raharja, R. M. (2024). Dampak urbanisasi dalam kehidupan masyarakat kota. *RISOMA: Jurnal Riset Sosial Humaniora dan Pendidikan, 2*(4), 116–126.

Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory, 18*(4), 543–571. https://doi.org/10.1093/jopart/mum032

Ardinata, M. (2020). Tanggung jawab negara terhadap jaminan kesehatan dalam perspektif hak asasi manusia. *Jurnal HAM, 11*(2), 319–332.

Arianny, M. P., & Adisasmito, W. (2024). Collaborative governance in public health policy implementation: A literature review in the Southeast Asia region including Indonesia. *Devotion: Journal of Research and Community Service, 5*(7), 803–810.

Azizah, S. N., Septiana, W., Widyastuty, T. M., Azzahra, R. S., & Wasir, R. (2024). Strategy to increase the availability and accessibility of funds for AIDS, tuberculosis and malaria (ATM) programs in Indonesia: Literature review. *PROMOTOR, 7*(6), 774–779.

Bapperida Kota Serang. (2026). *Pemetaan anggaran program AIDS, tuberkulosis, dan malaria tahun 2024–2025 pada Dinas Kesehatan Kota Serang* [Dokumen internal].

Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Stone, M. M. (2015). Designing and implementing cross-sector collaborations: Needed and challenging. *Public Administration Review, 75*(5), 647–663.

Creswell, J. W. (2015). *Penelitian kualitatif & desain riset* (Edisi ke-3). Pustaka Pelajar.

Diantara, L. B., Hasyim, H., Septeria, I. P., Sari, D. T., Wahyuni, G. T., & Anliyanita, R. (2022). Tuberkulosis masalah kesehatan dunia: Tinjauan literatur. *Jurnal 'Aisyiyah Medika, 7*(2).

Dinas Kesehatan Kota Serang. (2024). *Data kasus baru HIV/AIDS, tuberkulosis, dan malaria di Kota Serang tahun 2022–2024* [Dokumen internal]. Dinas Kesehatan Kota Serang.

Dinas Kesehatan Kota Serang. (2026). *Data capaian skrining dan penemuan kasus HIV/AIDS, tuberkulosis, dan malaria tahun 2023–2025* [Dokumen internal]. Dinas Kesehatan Kota Serang.

Dinas Kesehatan Provinsi Banten. (2024). *Data jumlah kasus baru HIV/AIDS, TB, dan malaria per kabupaten/kota di Provinsi Banten tahun 2024* [Dokumen internal]. Dinas Kesehatan Provinsi Banten.

Dinkes Kota Serang. (2025). *Dinkes Kota Serang lakukan surveilans migrasi malaria pada bintara remaja asal Polda Papua*. Dinkes.Serangkota. https://dinkes.serangkota.go.id/detailpost/dinkes-kota-serang-lakukan-surveilans-migrasi-malaria-pada-bintara-remaja-asal-polda-papua

Duarsa, A. B. S. (2021). *Epidemiologi penyakit menular: Studi ekologi malaria*. Media Nusa Creative.

Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015). *Collaborative governance regimes*. Georgetown University Press.

Goldsmith, S., & Eggers, W. D. (2005). *Governing by network: The new shape of the public sector*. Bloomsbury Publishing USA.

Gustaman, R. A. (2025). *Pemkot Serang kerahkan semua OPD lawan AIDS, TBC, dan malaria: Target eliminasi dikebut*. Distriknews. https://www.distriknews.com/serang/38216003715/pemkot-serang-kerahkan-semua-opd-lawan-aids-tbc-dan-malaria-target-eliminasi-dikebut

Jahro, U. U., & Mulyana, D. S. (2023). Analisis faktor yang mempengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Puskesmas Serang Kota. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing), 9*(Supp-1), 137–148.

Jones, C., Hesterly, W. S., & Borgatti, S. P. (1997). A general theory of network governance: Exchange conditions and social mechanisms. *Academy of Management Review, 22*(4), 911–945.

Kapucu, N., & Hu, Q. (2020). *Network governance: Concepts, theories, and applications*. Routledge.

Karwur, C. E. T. (2024). Pemenuhan hak memperoleh kesehatan ditinjau dari pasal 28H ayat 1 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. *Lex Privatum, 13*(2).

Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Laporan eksekutif perkembangan HIV AIDS dan penyakit infeksi menular seksual (PIMS) tahun 2024*. Kementerian Kesehatan RI.

Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (1997). *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. Sage.

Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. (2012). Governance network theory: Past, present and future. *Policy & Politics, 40*(4), 587–606.

Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. (2014). Complexity in governance network theory. *Complexity, Governance & Networks, 1*(1), 61–70.

Makam, P., & Matsa, R. (2021). "Big Three" infectious diseases: Tuberculosis, malaria and HIV/AIDS. *Current Topics in Medicinal Chemistry, 21*(31), 2779–2799.

Ostrom, E. (1996). Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development. *World Development, 24*(6), 1073–1087.

Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory, 18*(2), 229–252.

Sahrudin, S., Andini, D., Ritonga, S. M., Janurianty, I., & Widya, A. (2025). Pengaruh mobilitas penduduk terhadap penyebaran HIV dengan menerapkan model SEIR. *FARABI: Jurnal Matematika dan Pendidikan Matematika, 8*(1), 76–83.

Sajodin, S., Ekasari, V. D., & Syabariyah, S. (2022). Persepsi berhubungan dengan stigma masyarakat pada penderita tuberkulosis paru. *Jurnal Keperawatan, 14*(4), 933–940.

Sari, D. P. (2025). *Atasi AIDS, TBC, dan malaria, Pemkot Serang libatkan lintas sektor*. Antara Banten. https://banten.antaranews.com/berita/354325/atasi-aids-tbc-dan-malaria-pemkot-serang-libatkan-lintas-sektor

Sartika, S. (2023). Challenges to the government's efforts to fight HIV/AIDS: A literature review. *Jurnal EduHealth, 14*(2), 1208–1222.

Sujianto, S. (2025). Network governance dalam layanan tuberkulosis di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta berbasis kabupaten/kota di Kota Pekanbaru. *Jurnal Multidisiplin Ilmu Akademik, 2*(3), 360–369.

WHO. (2023). *1.1 TB incidence. Global tuberculosis report 2023*. https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023/tb-disease-burden/1-1-tb-incidence

WHO. (2024). *Malaria 2024 Indonesia country profile*. https://www.who.int/publications/m/item/malaria-2024-idn-country-profile