

POSISI STAKEHOLDER DAN STRATEGI ADVOKASI KIBBLA KABUPATEN/KOTA DI JAWA TENGAH

STAKEHOLDER POSITION AND ADVOCACY STRATEGY ON KIBBLA PROGRAM,
CENTRAL JAVA PROVINCE

Budiyono, Sutopo Patria Jati, Syamsulhuda Budi Musthofa
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang

ABSTRACT

Background: Health status in Central Java on 2009 shows that the number of maternal mortality is 17.02 (per 100.000 life birth), and the number of infant mortality is 10.37 (per 1000 life birth). It has gap of the MDG's target. It's important for integrating role of stakeholders to decrease the number of maternal and infant mortality (AKI-AKB). This research aims to identify stakeholder categories through matrix of power and interest in regard to advocacy on KIBBLA program in districts in Central Java Province based on respondents perception.

Method: There are 46 samples from 23 districts/cities (represent of DKK and Bappeda) using observational research through workshops method. Descriptive analysis on power-interest matrix of stakeholders is given to make a category of stakeholder position as player, subject, context setter and crowd.

Result: Player stakeholders are DPRD; Bupati/Walikota; BAPPEDA; DKK; Hospital; PKK; Family Planning Institution; Professional Organization; Camat/Kades/Lurah, and the Subject Stakeholders are Hospital; BAPERMAS; PKK; Family Planning Institution; Professional Organization; NGO; Community/Family Leader; Education Service. The context setter stakeholders are DPRD; Bupati/Walikota; BAPPEDA; Hospital; BAPERMAS; PKK; Family Planning Institution; NGO; Community/Family Leader; Camat/Kades/Lurah; Education service and crowd stakeholders are DPRD; Bupati/Walikota; BAPERMAS; PKK; Family Planning Institution; Professional Organization; NGO; Community/Family Leader; Camat/Kades/Lurah; Education Service. The most choice of ad-vocation strategies are lobbying, discussion, hearing and socialization.

Conclusion: It's concluded that the stakeholder could set in multi position/category on the advocacy of KIBBLA program in districts of the Central Java Province.

Keywords: stakeholder, KIBBLA program, power-interest matrix, advocacy strategy

ABSTRAK

Latar Belakang: Gambaran kondisi kesehatan di Propinsi Jawa Tengah dengan beberapa indikator antara lain umur harapan hidup pada tahun 2009 menjadi 71,1 tahun; Angka Kematian Ibu/AKI (per 100.000 kelahiran hidup) pada tahun 2009 menjadi 17,02; Angka Kematian Bayi/AKB (per 1000 kelahiran hidup) pada tahun 2009 menjadi 10,37. Target MDG's tahun 2015 adalah penurunan 2/3 AKB atau sebesar 75% pada tahun 2015 dari AKI/AKB tahun 1990. Dibutuhkan integrasi dari berbagai sektor dan peran *stakeholders* guna menurunkan AKI dan AKB. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh dan keterkaitan (*relevansi/interest*) dari *stakeholders* terhadap advokasi program KIBBLA di Jawa Tengah.

Metode: Jenis penelitian ini adalah *cross sectional* dan metode yang digunakan adalah *workshop* dengan melakukan *assessment (template/form stakeholders analysis)* kepada para peserta terkait pendapat mereka terhadap *stakeholders* yang memiliki pengaruh dan terkait dengan advokasi Program Kesehatan Ibu Bayi Baru Lahir dan Anak (KIBBLA) di masing-masing wilayahnya. Sampel adalah peserta *workshop* meliputi perwakilan dari 32 kabupaten/kota (64 orang) yang terdiri dari satu orang perwakilan dari Dinas Kesehatan (pemegang program KIBBLA, Seksi Kesga) dan satu orang perwakilan dari BAPPEDA. Namun yang berhasil mengumpulkan form isian analisis *stakeholders* hanya 23 kabupaten/kota di Jawa Tengah. Analisis dilakukan secara deskriptif dengan cara membuat tabel pengaruh (kuat, sedang, lemah) dan relevansi (tinggi, sedang, kecil) dari para *stakeholders* di masing-masing kabupaten/kota di Jawa Tengah. Besar pengaruh dan relevansi dihitung untuk persentase masing-masing *stakeholders* untuk masing-masing wilayah kabupaten/kota di Jawa Tengah.

Hasil: Dari 23 kabupaten/kota berhasil diidentifikasi 22 *stakeholders* yang mewakili institusi dan terkait dengan program KIBBLA di Jawa Tengah. DPRD, hampir semua atau 21 dari 23 (91,3%) sampel (kabupaten kota) di Jawa Tengah menyatakan bahwa DPRD merupakan *stakeholder* yang harus ada dalam advokasi atau sebanyak 90,48%, *stakeholder* berpengaruh besar dan 47,62% DPRD terkait kuat terhadap advokasi KIBBLA. Didapatkan hampir semua (91,3%) sampel (kabupaten kota) di Jawa Tengah menyatakan bahwa Bupati/Walikota/Wakil Bupati/Sekda merupakan *stakeholder* yang harus ada dalam advokasi, dan 95,24% kabupaten/kota memiliki pengaruh besar dan 76,19% *stakeholders* kabupaten/kota tersebut memiliki keterkaitan kuat dengan advokasi KIBBLA. Semua kabupaten/kota memandang bahwa BAPPEDA harus ada dalam advokasi KIBBLA dan 73,91% BAPPEDA kabupaten/kota memiliki pengaruh besar dan 100% menyatakan bahwa BAPPEDA terkait kuat dalam advokasi KIBBLA. Semua kabupaten/kota memandang bahwa DKK harus ada dalam advokasi KIBBLA di Jawa Tengah dan 95,65% dari DKK di Jawa Tengah memiliki pengaruh besar dan 95,65% DKK terkait kuat dalam advokasi KIBBLA. Sebanyak 69,57%, bahwa RS harus ada dalam advokasi dan 62,5% RS kabupaten/kota memiliki pengaruh besar dan 73,33% RS kabupaten/kota terkait kuat dalam advokasi KIBBLA. Selebihnya *stakeholders* yang lain memiliki pengaruh dan keterkaitan dalam advokasi KIBBLA di Jawa Tengah.

Kesimpulan: Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa *stakeholders* yang memiliki pengaruh yang kuat dan memiliki keterkaitan tinggi dengan advokasi KIBBLA di Jawa Tengah adalah DPRD, Bupati/Walikota, BAPPEDA, DKK, dan RS. Pengaruh dan keterkaitan *stakeholders* tersebut bisa berposisi sebagai sasaran advokasi maupun tim advokasi KIBBLA.

Kata Kunci: *stakeholder* KIBBLA, pengaruh, relevansi, advokasi

PENGANTAR

Derajat kesehatan di Indonesia masih rendah karena masih tingginya angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan angka gizi kurang yang utamanya 'menghinggapi' pada masyarakat miskin. Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) tercatat 35 per 1.000 kelahiran hidup. Departemen Kesehatan menargetkan pada tahun 2009 AKI menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB menjadi 26 per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun yang sama prevalensi gizi kurang pada anak balita akan diturunkan dari 25,8% menjadi 20% dan umur harapan hidup dinaikkan dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun. Tema Hari Kesehatan Nasional (HKN) ke-44 tanggal 12 November 2008 yaitu rakyat sehat, kualitas bangsa meningkat, salah satu strategi Departemen Kesehatan adalah dengan menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat. Oleh karena itu, masyarakat perlu didorong untuk membangun desa siaga, pos kesehatan pesantren, pos pelayanan terpadu dan lain-lain.^{1,2}

Gambaran kondisi kesehatan di Propinsi Jawa Tengah dengan beberapa indikator antara lain umur harapan hidup pada tahun 2008 sebesar 71,1 tahun dan pada tahun 2009 menjadi 71,1 tahun; AKI (per 100.000 kelahiran hidup) pada tahun 2008 sebanyak 114,42 dan pada tahun 2009 menjadi 17,02; AKB (per 1000 kelahiran hidup) pada tahun 2008 sebanyak 9,27 dan pada tahun 2009 menjadi 10,37; balita gizi buruk (BB/TB) pada tahun 2008 sebesar 5.171 dan pada tahun 2009 menjadi 4676.³

Jika dilihat dari data tahun 2008 dan 2009 tersebut maka AKI dan AKB mengalami kenaikan, sedangkan gizi buruk pada balita mengalami penurunan serta umur harapan hidup belum mengalami perubahan. Arah pembangunan kesehatan di Indonesia memiliki agenda yaitu meningkatkan kesejahteraan rakyat melalui peningkatan kualitas SDM kesehatan, peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

Kebijakan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Provinsi Jawa Tengah dalam upaya mencapai target MDG's untuk penurunan AKI dan AKB antara lain: melaksanakan kesinambungan program *making pregnancy safer* (MPS) atau Kesehatan Ibu Bayi Baru Lahir dan Anak (KIBBLA) yang terfokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu (intervensi klinis, sistem kesehatan penekanan pada kemitraan). Selain itu juga meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, serta membangun kemitraan yang efektif

melalui kerja sama lintas program dan lintas sektor. Demikian halnya dengan mendorong pemberdayaan perempuan dan keluarga, masyarakat.

Target MDG's TH 2015 adalah penurunan 2/3 AKB yaitu menurunkan AKB sebesar 75% pada tahun 2015 dari AKI tahun 1990 yaitu menurunkan AKB dari 68 menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dan angka kematian neonatal dari 23 menjadi 15/1000 kelahiran hidup.^{4,5,6}

Pelayanan harus komprehensif dan kontinum dengan aspek yang harus diperhatikan antara lain: fasilitas kesehatan, sumber daya manusia, sistem pelayanan, prosedur, dan pembiayaan. Jika dilihat dari aspek tersebut maka *stakeholders* merupakan hal yang penting untuk keberhasilan program KIBBLA di Jawa Tengah dalam rangka mencapai MDG's tahun 2015. "Bagaimana katagori/peran *stakeholders* dan strategi advokasi terhadap program KIBBLA Kabupaten/Kota di Jawa Tengah?"

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini didasarkan atas fasilitasi melalui workshop dalam rangka Pertemuan Tindak Lanjut Desiminasi *District Team Problem Solving* (DTPS) KIBBLA dalam Upaya Percepatan Pencapaian Target MDG's di Jawa Tengah pada tanggal 25 Februari 2010 di Kantor Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah (Jawa Tengah). Jenis penelitian ini adalah *cross sectional* dan metode yang digunakan adalah *workshop* dengan melakukan *assessment (template/ form stakeholders analysis)* kepada para peserta terkait pendapat mereka terkait *stakeholders* yang memiliki pengaruh dan terkait dengan advokasi program KIBBLA di masing-masing wilayahnya.

Peserta meliputi perwakilan dari 23 kabupaten/kota di Jawa Tengah yang terdiri dari satu orang perwakilan dari Dinas Kesehatan (pemegang Program KIBBLA, seksi kesga) dan satu orang perwakilan dari Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA). Para peserta sebelumnya telah diberikan materi dan atau informasi tentang Kebijakan Program Upaya Penyelamatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak serta kondisi Kesehatan Jawa Tengah (Dinkes Propinsi Jawa Tengah); strategi pemberdayaan masyarakat dalam upaya penyelamatan ibu, bayi baru lahir dan anak (Bapermas Jawa Tengah); Upaya Penyelamatan Bayi Baru Lahir dan Anak Dalam Percepatan Penurunan AKI dan AKB (IDAI Jawa Tengah); Upaya Penyelamatan Bayi Baru Lahir dan Anak Dalam Percepatan Penurunan AKI dan AKB (HOGSI); advokasi analisis biaya kesehatan (KIBBLA) oleh tim DTPS-KIBBLA Kabupaten Wonosobo dan *Stakeholder Analisis* dari FKM UNDIP, Semarang.

Analisis dilakukan secara deskriptif dengan cara membuat matriks *power-interest* untuk melihat katagori/peran/posisi dari para *stakeholders* kabupaten/kota di Jawa Tengah dalam advokasi KIBBLA. Katagori atau posisi *stakeholder* meliputi: *player*, *subject*, *context setter*, *crowd* terkait advokasi KIBBLA yang dihasilkan dari pengaruh dan keterkaitan atau relevansi *stakeholder*.^{7,8} Selanjutnya diidentifikasi strategi advokasi KIBBLA yang akan diterapkan oleh *stakeholder* kabupaten/kota di Jawa Tengah.^{9,10}

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Menurut Eden dan Ackermann⁷, bahwa matriks *power-interest* merupakan matriks dua kali dua dan menghasilkan empat katagori/kuadran berdasarkan hasil dari dukungan (*interest*) secara politis dari *stakeholder* terhadap internal organisasi dan pengaruh (*power*/dominasi) dari *stakeholder* yang

mempengaruhi organisasi atau permasalahan yang akan datang. Keempat kuadran atau katagori tersebut antara lain: *player*, merupakan *stakeholder* yang memiliki pengaruh/*power*/dominasi kuat dan dukungan/*interest*/relevansi kuat dalam sebuah organisasi atau permasalahan, *subject*, merupakan *stakeholder* yang memiliki dukungan/*interest* kuat/signifikan, namun memiliki pengaruh/*power* yang lemah/kecil, *context setter*, merupakan *stakeholder* yang memiliki pengaruh/*power* kuat, namun memiliki dukungan/*interest* kecil; *crowd*, merupakan *stakeholders* yang memiliki *power* dan *interest* yang kecil.

Kategori *stakeholder* kabupaten/kota di Jawa Tengah dalam advokasi KIBBLA

Hasil dari pemetaan *stakeholder* Kabupaten/ Kota di Jawa Tengah dalam advokasi KIBBLA, jika dimasukkan dalam matriks *power interest* dapat dilihat pada Gambar 1.

	KUADRAN I (CONTEXT SETTER)	KUADRAN II (MITRA, AGEN PERUBAH/PLAYER)					
P O W E R	DPRD 10 (47,62%)	DPRD 10 (47,62%)					
	BUPATI/WALIKOTA 4 (19,05%)	BUPATI/WALIKOTA 16 (76,19%)					
	BAPPEDA 10 (43,48%)	BAPPEDA 13 (56,52%)					
	0	DKK 23 (100%)					
	RS 1 (20%)	RS 10 (66,67%)					
	BAPERMAS 11 (68,75%)	0					
	PKK 2 (11,11%)	PKK 3 (16,67%)					
	BADAN KB 2 (13,33%)	BADAN KB 5 (33,33%)					
	0	ORPROF 7 (70%)					
	LSM 2 (18,18%)	0					
TOMA/TOGA 2 (28,57%)	0						
CAMAT/KADES/LURAH 2 (22,22%)	CAMAT/KADES/LURAH 3 (33,33%)						
DIKNAS 1 (20%)	0						
	KUADRAN III (CROWD)	KUADRAN IV (SASARAN PROGRAM/SUBJECT)					
	DPRD 1 (4,76%)	0					
	BUPATI/WALIKOTA 1 (4,76%)	0					
	0	0					
	0	0					
	0	RS 4 (26,67%)					
	BAPERMAS 2 (12,5%)	BAPERMAS 3 (18,75%)					
	PKK 2 (11,11%)	PKK 11 (61,11%)					
	BADAN KB 4 (26,67%)	BADAN KB 4 (26,67%)					
	ORPROF 1 (10%)	ORPROF 2 (20%)					
	LSM 3 (17,17%)	LSM 6 (54,55%)					
	TOMA/TOGA 2 (28,57%)	TOMA/TOGA 3 (42,86%)					
	CAMAT/KADES/LURAH 4 (44,44%)	0					
	DIKNAS 1 (20%)	DIKNAS 3 (60%)					
	I	N	E	R	E	S	T

Gambar 1. Kategori *stakeholder* kabupaten/kota di Jawa Tengah dalam advokasi KIBBLA berdasarkan matriks *power-interest*

Stakeholder merupakan setiap kelompok atau individu yang mempengaruhi atau terpengaruh oleh kegiatannya. Setiap kelompok atau individu yang dapat membantu memberikan nilai awal pada sebuah organisasi.¹¹

Ada dua unsur utama dalam manajemen *stakeholder* yaitu analisis *stakeholder* dan perencanaan *stakeholder*. Analisis *stakeholder* merupakan teknik yang digunakan untuk mengidentifikasi orang-orang atau institusi kunci untuk memenangkan sebuah program atau proyek dan melakukan perencanaan *stakeholder* berguna untuk membangun kesuksesan terhadap sebuah program. Dengan demikian, *stakeholder* yang terkait dengan program KIBBLA di masing-masing kabupaten/Kota di Jawa Tengah tersebut harus dipetakan agar tercapai kesuksesan.¹¹

Stakeholders yang masuk dalam kuadran *player* merupakan orang yang harus dikelola dan perlu upaya besar untuk memuaskannya agar bersedia mensukseskan program (*manage closely*). *Stakeholder* yang masuk dalam kuadran *context setter* merupakan *stakeholder* yang cukup mampu bisa bekerja sama dan jaga agar mereka tetap puas, namun jangan terlalu berlebih agar tidak bosan (*keep satisfied*). *Stakeholder* yang masuk dalam kategori *subject* merupakan *stakeholder* yang harus tetap diberikan pemahaman dan informasi secara adekuat dan yakinkan mereka bahwa tidak akan ada masalah yang muncul dan *stakeholder* ini sangat membantu dalam kegiatan rinci program Anda (*keep informed*). *Stakeholder* yang masuk dalam kategori *crowd* merupakan *stakeholder* yang harus di pantau, namun jangan membuat mereka bosan karena terlalu banyak program yang diinformasikan.¹²

Dari Gambar 1, seorang *stakeholder* dapat masuk dalam kategori atau kuadran yang berbeda, tergantung peran dan fungsinya. Sebagai contoh, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), masuk dalam kuadran *context setter* dan *player*. Dalam kaitannya dengan *context setter*, *stakeholder* ini tidak terkait program secara langsung, namun mereka memiliki kekuatan besar untuk mempengaruhi keberlangsungan program KIBBLA, mereka dapat berfungsi sebagai legislator (membentuk peraturan bersama kepala daerah) dan fungsi pengawasan. Mengingat pentingnya penurunan angka kematian bayi dan angka kematian ibu seperti yang diamanahkan pada deklarasi *Millennium Development Goals* (MDG's) poin 4 dan 5 yaitu harus turun menjadi 2/3 (75%) pada tahun 2015 dari tahun 1990.⁴ Maka DPRD bersama eksekutif dapat membuat regulasi dalam bentuk Peraturan Daerah terhadap pelayanan KIA terutama

masyarakat miskin yang dapat mengikat semua pihak/*stakeholder* untuk mengupayakan pencapaian AKI dan AKB tersebut.^{13,14}

Dalam konteks *player* atau pemain kunci, DPRD dapat berfungsi dalam pembuatan atau keputusan sebuah anggaran (merencanakan, menyusun, menetapkan) yang terkait dengan KIBBLA. Seperti diketahui, mekanisme penganggaran antara lain: dari Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) dan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) menyusun Rencana Strategis atau Rencana Kerja (Renstra/Renja) selanjutnya menyusun kerangka anggaran dan kemudian menyusun Rencana Kerja Anggaran (RKA) yang akan disahkan menjadi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), dari RKA menjadi APBD harus mendapatkan persetujuan DPRD, disinilah peran kunci (*player*) DPRD dalam advokasi KIBBLA. Demikian halnya dengan Bappeda, Kepala daerah maupun *stakeholder* yang lain, pada situasi berbeda mereka akan menjadi kategori yang berbeda. Dengan demikian, peran DPRD dalam advokasi bisa sebagai *context setter* dan *player*. Mengingat advokasi merupakan proses untuk mempengaruhi atau meyakinkan pembuat kebijakan maupun pemutus kebijakan (sebagai sasaran utama) maupun kepada *stakeholder* lain yang belum peduli atau belum tergerak terhadap sebuah program atau kebijakan secara berencana, terorganisir, sistematis untuk tujuan ada perubahan kepentingan yang berpihak pada masyarakat. Dengan demikian, *stakeholder* tersebut harus dikelola dan perlu upaya besar untuk memuaskannya agar bersedia mensukseskan program (*manage closely*).^{9,12, 13,14}

Namun untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota (DKK), semua kabupaten/kota menyatakan bahwa *stakeholder* ini harus menjadi *player* dalam advokasi KIBBLA, mengingat *stakeholder* ini merupakan *leading sector* dan pemegang program (Seksi Kesehatan Keluarga), yang terkait dengan KIBBLA. Dalam perencanaan KIBBLA, ruhnya adalah data yang akurat, terlebih jika perencanaan dan penganggaran ini ditujukan untuk advokasi. Selain merencanakan, *stakeholder* ini beserta jajarannya dan *stakeholder* terkait melaksanakan dan mengevaluasi keberhasilan program KIBBLA. Bappeda merupakan institusi yang menduduki dua kategori yaitu *context setter* dan *player*, sebagai *context setter*, maka Bappeda dapat memiliki kekuasaan untuk mempengaruhi *stakeholder* lain yaitu Badan Keluarga Berencana (Badan KB), Dinas Sosial (Dinsos), Dinas Pendidikan (Diknas), Badan Pemberdayaan Masyarakat (Berpermas), Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan SKPD lain maupun

swasta) dalam program KIBBLA. Sebagai *player*, jelas Bappeda bersama dengan SKPD (dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan), untuk merencanakan dan menyusun anggaran yang akan disahkan menjadi APBD. *Stakeholder* ini harus terus dikelola agar bersedia mensukseskan program^{9,12,13}

Di tingkat daerah harus terjadi integrasi antara perencanaan dengan penganggaran. Integrasi dapat terjadi melalui dua hal yaitu: pertama, proses perencanaan dan penganggaran dibuat dalam satu peraturan daerah, dan kedua adanya integrasi antara satuan kerja yang mengkoordinir perencanaan dengan satuan kerja yang menggunakan anggaran. Bila kita bandingkan kerangka regulasi dengan konsep perencanaan dan penganggaran partisipatif, maka perencanaan dan penganggaran partisipatif sangat mungkin dilakukan di tingkat daerah. Untuk rencana pembangunan jangka panjang daerah (RPJPD) dan rencana pembangunan jangka menengah daerah (RPJMD), musrenbang merupakan wahana utama bagi warga untuk mengagregasi kepentingan, menegosiasikan kepentingan, dan memilih alternatif kebijakan dan kegiatan. Untuk perencanaan dan penganggaran tahunan, ada dua wahana yang tersedia bagi partisipasi masyarakat yaitu musrenbang (proses perencanaan) dan penyusunan RKA-SKPD (penganggaran) oleh Dinas Kesehatan.

Agar proses musrenbang dan penyusunan RKA-SKPD dapat mengoptimalkan peran serta masyarakat maka penyiapan dokumen pendukung musrenbang menjadi sangat penting (dalam hal ini KIBBLA). Untuk itu, karena sifatnya yang sudah sangat rinci, maka RKA-SKPD yang telah disusun SKPD dapat dijadikan rujukan utama penyusunan rancangan awal SKPD yang akan dijadikan bahan menyusun Rencana Kerja (Renja-SKPD).

Dengan demikian, rencana RKPD yang dibuat oleh Bappeda menjadi detail memuat kegiatan yang dapat dirujuk baik tempat (*spatial*) maupun SKPD yang mengajukan usulan berikut anggaran yang diperlukan. Menggunakan dokumen yang rinci tersebut, maka musrenbang di tingkat desa, kecamatan, dan kabupaten/kota jadinya hanya merupakan forum verifikasi dan penyesuaian kegiatan yang telah ada dalam rancangan RKPD dan forum untuk menetapkan delegasi masyarakat baik yang mewakili wilayah maupun sektor. Delegasi yang telah dipilih tersebut selanjutnya dapat terlibat dalam proses penyusunan Rencana Kerja Anggaran-

Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA-SKPD). Dengan demikian, maka penyusunan RKA-SKPD melibatkan SKPD atau eksekutif, DPRD atau legislatif, dan delegasi masyarakat. Agar delegasi ini dapat bekerja dengan baik, maka perlu dipikirkan untuk menghimpun delegasi ini dalam satu wadah kelembagaan misalnya komite/dewan partisipasi anggaran kota/kabupaten. Komite/dewan ini bersifat ad-hok yaitu bekerja dalam jangka waktu 1 tahun.¹⁵

Yang menarik adalah ada sebagian kecil *stakeholder* (DPRD dan Kepala daerah), masuk dalam kategori *crowd*, yang berarti baik pengaruh maupun dukungannya kecil terhadap advokasi KIBBLA. Kondisi ini dimungkinkan karena jika advokasi dilaksanakan tidak pada tataran pengambil kebijakan/pengambil keputusan atau dilaksanakan pada sasaran (*subyek*), maka peran (pengaruh dan dukungan) dari keduanya bisa jadi kecil. Sebagai contoh, jika advokasi dilaksanakan oleh DKK beserta jajarannya terhadap kelompok masyarakat (ibu hamil, LSM, media, tokoh masyarakat maupun tokoh agama), dengan tujuan untuk memberikan pemahaman dan pengertian pentingnya KIBBLA, sehingga mereka dapat mendukung suksesnya program ini. *Stakeholder* ini harus di pantau, namun jangan membuat mereka bosan karena terlalu banyak diinformasikan program.¹²

Pendidikan Kesejahteraan Keluarga (PKK), Badan Keluarga Berencana (Badan KB), LSM, Tokoh Masyarakat/Tokoh Agama (Toma/Toga) termasuk Organisasi Profesi (Orprof) dan Diknas merupakan *stakeholder* yang masuk kategori subjek atau sasaran program advokasi KIBBLA. PKK dan Badan KB penting menjadi tujuan advokasi karena melalui institusi ini program kesehatan ibu dan anak yang berasal dari pemerintah (DKK, Puskesmas) akan dapat sampai pada target sasaran yaitu ibu balita dan ibu hamil, demikian halnya LSM, TOGA/TOMA, dan organisasi profesi. Untuk dinas pendidikan, sebagai subjek memang penting, mengingat kesehatan Ibu, bayi baru lahir dan anak sangat terkait dengan kesehatan reproduksi, maka aspek strategis dinas pendidikan adalah memberikan pemahaman pentingnya kesehatan reproduksi melalui mata pelajaran Pendidikan Jasmani dan Kesehatan (Penjaskes) yang telah disusun. Jika dilihat dari kurikulum nasional, maka muatan ini ada pada kelas 4, 5, dan 6. *Stakeholder* ini harus tetap diberikan pemahaman dan informasi secara adekuat dan *stakeholder* ini sangat membantu dalam kegiatan rinci program anda (*keep informed*).^{12,16}

Metode advokasi yang dipilih

Tabel 1. Strategi yang dipilih dalam advokasi KIBBLA kabupaten/kota di Jawa Tengah

Strategi Advokasi	Jumlah
Lobi Dewan-Bupati/Walikota-SKPD terkait	10
Hearing/dialog dengan dewan	10
Diskusi/seminar/workshop	10
Sosialisasi	9
Audiensi bupati/walikota	5
Kunjungan ke sasaran advokasi	4
Lain (pemberdayaan, <i>coffee morning</i>)	3
Media/publikasi/ <i>journalist gathering</i>	2
Sidang komisi/panggar dewan	2
Musrenbang (desa, kecamatan, kabupaten)	1

Dari Tabel 1, dapat dilihat bahwa strategi advokasi KIBBLA kabupaten/kota di Jawa Tengah, yang paling banyak dipilih melalui lobi terhadap dewan maupun kepala daerah; melakukan *hearing* atau dengar pendapat atau dialog dengan dewan; melakukan diskusi/seminar/*workshop*; sosialisasi; audiensi dengan kepala daerah; dan kunjungan ke sasaran; juga melalui media. Dengar pendapat adalah satu aktivitas advokasi yang menuntut tingkat persiapan yang tinggi dan tim advokasi harus memahami peran masing-masing dan aturan-aturan yang berlaku.¹⁷

Metode lobi terhadap dewan maupun kepala daerah, melakukan *hearing* atau dialog dengan dewan, dipilih mungkin karena cara ini relatif lebih mudah dan tidak terlalu banyak mengeluarkan sumber daya, namun hasil dapat maksimal. Seperti metode lobi, dapat dilakukan secara informal yang tidak terikat oleh waktu, tempat dan sedikit biaya. Metode dialog, dipilih mungkin karena tim advokasi dapat memberikan penjelasan secara langsung dan detail yang menjadi permasalahan terkait dengan KIBBLA, sedangkan seminar maupun *workshop*, walaupun memerlukan tempat, waktu yang tepat namun metode ini dapat memberikan justifikasi secara ilmiah dan tekanan politis yang besar terhadap program KIBBLA. Metode tersebut biasanya dilakukan untuk menyentuh atau mempengaruhi para pengambil kebijakan atau pengambil keputusan. Seperti diketahui bahwa bentuk advokasi atau saluran advokasi dapat berupa lobi, *hearing*/audiensi, kampanye, diskusi, demonstrasi dan publikasi (mass media, radio, TV). Cara-cara pendekatan advokasi antara lain formal maupun informal.^{9,10}

Metode sosialisasi, kunjungan ke sasaran; media dengan publikasi maupun *journalist gathering*, biasanya memberikan advokasi kepada kelompok sasaran yang kurang atau tidak dalam kapasitasnya untuk mengambil keputusan. Seperti media posisinya strategis dalam memberikan pengaruh

terhadap sebuah program atau permasalahan KIBBLA. Biasanya permasalahan, apapun permasalahannya yang terkait dengan kualitas hidup atau Indeks Pembangunan Manusia (IPM) seperti kesehatan, jika telah beredar di media massa, akan membuat "gerah" para kepala daerah maupun dewan. Dengan demikian program tersebut akan mendapatkan perhatian yang lebih. Hal ini seperti yang dialami di Kabupaten Wonosobo pada tahun 2008/2009.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Posisi *stakeholders* KAB/KOTA di Jawa Tengah dalam advokasi KIBBLA berdasarkan matriks *power interest* dapat diketahui bahwa Posisi Kuadran I (*Context Setter*): DPRD; Bappeda, Bapermas. Posisi Kuadran II (*Player*): Bupati/Walikota; Bappeda; DKK; RS; DPRD; organisasi profesi; Badan KB dan PKK. Posisi Kuadran III (*Crowd*): Camat/Kades/Lurah; Bapermas; PKK; LSM; Badan KB; Toma/Toga. Posisi Kuadran IV (*Subject*): Bapermas; LSM; Badan KB; Toma/Toga; Organisasi Profesi; PKK; Diknas; RS. Adapun sasaran advokasi KIBBLA Kabupaten/Kota di Jawa Tengah yang terbanyak adalah DPRD, Bupati/Walikota, PKK serta Bapermas. Selanjutnya Tim Advokasi KIBBLA Kabupaten/Kota di Jawa Tengah yang terbanyak adalah Bappeda, DKK, RS, PKK, Badan KB, dan organisasi profesi. Strategi advokasi KIBBLA yang banyak dipilih antara lain: lobi, *hearing*, diskusi dan sosialisasi.

Saran

Diperlukan tindak lanjut dalam merencanakan dan mengimplementasikan advokasi KIBBLA Kabupaten/Kota di Jawa Tengah. Selain itu diperlukan pendampingan atau fasilitasi advokasi KIBBLA Kabupaten/Kota di Jawa Tengah

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada dr. Mardiatmo, SpR, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Jl. Piere Tendean 24, Semarang, dr. Gatot Irawan, UK Perinatologi IDAI Jawa Tengah, Subbagian Perinatologi FK UNDIP/RSUP Dr.Kariadi, Semarang, Dr. R. Soerjo Hadijono, SpOG-K, DTRM & B(Ch), Kasubbag Obginosos FK Universitas Diponegoro-RSU Dr. Kariadi Semarang, Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa (Bapermades) Provinsi Jawa Tengah, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Jl. Prof Soedarto SH, Tembalang, Semarang.

KEPUSTAKAAN

1. Menteri Kesehatan RI, Pencapaian pembangunan Kesehatan, Disampaikan pada acara Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas), Surabaya, 18 Maret 2009.
2. Departemen Kesehatan RI, Laporan Riskesdas Nasional, Jakarta, 2008.
3. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Disampaikan pada Pertemuan Tindak Lanjut Desiminasi DTPS KIBBLA dalam Upaya Percepatan Pencapaian Target MDG's, Semarang, 25 Februari 2010.
4. UNITED NATIONS, The Millennium Development Goals Report 2006, New York, 2006.
5. Unicef, Children and Millennium Development Goals, USA, 2007.
6. Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Laporan Perkembangan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia 2007, Indonesia, 2007.
7. Eden and Ackermann, Power Versus Interest Grid, 1998.
8. EC-FAO, Stakeholder Analysis, the Overseas Development Institute's Research and Policy in Development (RAPID) Programme, The EC - FAO Food Security Information for Action Programme is Funded by the European Union and Implemented by FAO, 2005. www.foodsec.org. Diakses tanggal 2 Maret 2010
9. Departemen Kesehatan RI, DTPS-KIBBLA Referensi Advokasi Anggaran dan Kebijakan, Jakarta, 2008^a.
10. Departemen Kesehatan RI, DTPS-KIBBLA Panduan Fasilitasi Advokasi Anggaran dan Kebijakan, Jakarta, 2008^b.
11. Katharine Partridge, Charles Jackson, David Wheeler, Asaf Zohar (Stakeholder Research Associates Canada Inc.), Cornis van der Lugt, Clare Cocault (United Nations Environment Programme), Thomas Krick, Maya Forstater, Philip Monaghan, Maria Sillanpää (Account Ability), The Stakeholder Engagement Manual: Vol 1: the Guide to Practitioners' Perspectives on Stakeholder Engagement, Stakeholder Research Associates Canada Inc., United Nations Environment Programme, AccountAbility, Canada, 2005 www.StakeholderResearch.com, www.uneptie.org, www.accountability.org.uk Diakses tanggal 21 Juli 2006.
12. Mind Tools Ltd, Stakeholders Analysis, 2010, http://www.mindtools.com/pages/article/newTED_00.htm Diakses tanggal 30 Maret 2010
13. Undang-Undang No 17 Tahun 2003 Tentang Keuangan Negara, Pasal 17-20, Jakarta, 2003.
14. Undang-Undang No 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional Pasal 21-27, Jakarta, 2004.
15. SEB Menteri Negara Perencanaan Nasional/ Ketua Bappenas dan Mendagri No. /M.PPN// 2005.050/ /SJ. Tentang Petunjuk Teknis Musrenbang.2005.
16. Permendiknas RI No 22 Tahun 2006 tentang Struktur Kurikulum SD/MI, Tanggal 23 Mei 2006 Tentang Standar Isi untuk Satuan Pendidikan Dasar dan Menengah, Jakarta, 2006.
17. Ronny F. Ronodirjo, Ahmad Sjahid Editor Edy Sasmito, Panduan Pelatihan Advokasi Berbasis Komunikasi Persuasif: Pendekatan Neuro Linguistic Programming (NLP), UNICEF. TAHUN???

