

Stakeholder Pemerintah Sebagai Prime Mover Keberhasilan Jejaring Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

Muthmainnah^{*)}, Sutopo Patria Jati^{)}, Antono Suryoputro^{***)}**

^{*)} Alumni Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro
Korespondensi : muthmainnah_ph@yahoo.co.id

^{**)} Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

^{***)} Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro

ABSTRAK

Jejaring PKPR merupakan salah satu upaya untuk keberhasilan pelaksanaan PKPR. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis stakeholder yang terlibat didalam program pengembangan PKPR, ditinjau dari persepsi tingkat pengaruh (power), sikap (attitude) dan keterlibatan (interest) kaitannya dengan langkah strategis PKPR. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan metode kualitatif, subjek penelitian adalah stakeholder yang berasal dari unsur pemerintah (BAPPEDA, Dinas Kesehatan, BAPERMAS, Dinas Pendidikan, Dinas Sosial Pemuda dan Olahraga, Kementerian Agama). Pengambilan data dengan menggunakan wawancara mendalam antara peneliti dan stakeholder terkait. Hasil penelitian menunjukkan bahwa stakeholder pemerintah mempunyai pengaruh yang kuat dalam pelaksanaan langkah strategis PKPR. Namun ada beberapa stakeholder yang mempunyai pengaruh yang lemah dan keterlibatannya masih pasif dikarenakan keterbatasan sumber daya dan belum mengetahui serta menyadari besaran kasus kesehatan remaja. Dengan demikian perlu adanya penguatan komitmen dari berbagai stakeholder untuk membentuk sikap yang mendukung melalui peraturan yang mengatur tentang batas kewenangan masing-masing stakeholder didalam implementasi program PKPR baik ditingkat pengambil keputusan sampai ke kelompok sasaran.

Kata Kunci : PKPR, Stakeholder, Pemerintah

ABSTRACT

Government Stakeholder As A Prime Mover In Successful For Networking Of Youth Health Care Service; PKPR networking is one of the efforts for successful implementation PKPR. This study aims to analyze the stakeholders involved in the development program PKP, in terms of perception of the level of power, attitude and interest related to strategic actions PKPR. This research was a descriptive study using qualitative methods, research subjects are stakeholders drawn from government (Health Department, Community Empowerment and Family Planning Department, Department of Education, Youth, Sports and Social Welfare Department, Religious Department). Collecting data used in-depth interviews between researchers and stakeholders. The results showed that the government stakeholders have a strong influence in the implementation of strategic measures PKPR. However there were some stakeholders who have a weak influence and involvement was passive due to limited resources and have not to know and realize the amount of cases of adolescent health. Thus the need for strengthening the commitment of the various stakeholders to shape the attitudes that support through regulations governing the competence of each stakeholder in the implementation of the program at both PKPR decision makers to target groups.

Keywords : PKPR, Stakeholders, Government

PENDAHULUAN

Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) sejak tahun 2000 telah menjadi Program Pembangunan Nasional 2000-2004 (Program Pembangunan Nasional / Propenas). Ini berarti bahwa program Kesehatan Reproduksi Remaja telah menjadi salah satu dari prioritas nasional (Situmorang September 2003). Sejak tahun 2000 di tingkat nasional telah dibentuk Komisi Kesehatan Reproduksi untuk mengkoordinasi program seperti kesehatan reproduksi remaja, melibatkan lima departemen/lembaga, yaitu Departemen Kesehatan, BKKBN, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, dan Departemen Sosial, serta LSM. Komisi ini seharusnya dibentuk hingga ke tingkat kabupaten untuk menghindari tumpah tindih program. Oleh karena itu strategi yang ditetapkan untuk melaksanakan kebijakan tersebut salah satunya yaitu pelaksanaan pembinaan kesehatan remaja dilaksanakan terpadu lintas program dan lintas sektor, pemerintah dan sektor swasta, serta LSM, sesuai dengan peran dan kompetensi masing-masing sektor secara efektif dan efisien sehingga mencapai hasil yang optimal.

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah suatu model pelayanan kesehatan bagi remaja di Puskesmas yang dikembangkan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga Departemen Kesehatan RI. Keberhasilan implementasi PKPR dipengaruhi oleh keterlibatan semua pihak, mulai dari pemerintah sebagai pengambil kebijakan, pelaksana program, masyarakat dan remaja. Keberhasilan PKPR dipengaruhi oleh pelaksanaan langkah strategis PKPR (Depkes RI 2005). Langkah strategis PKPR adalah sebagai berikut (Departemen Kesehatan 2009): (1) Identifikasi masalah melalui kajian sederhana; (2) Advokasi Kebijakan Publik; (3) Integrasi dan Kolaborasi; (4) Persiapan PKPR (Sosialisasi Internal, Penunjukan Petugas Peduli Remaja, Pembentukan Tim, Pelatihan Formal Petugas PKPR, Penentuan Jenis Kegiatan dan Pelayanan serta Sasaran, Pemenuhan Sarana dan

Prasarana, Penentuan Prosedur Pelayanan); (5) Sosialisasi eksternal; (6) Pelaksanaan PKPR (Pemberian Informasi dan edukasi, Pelayanan klinis medis, Konseling, Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat, Pelatihan Pendidik Sebaya dan Konselor Sebaya, Pelayanan Rujukan); (7) Monitoring dan Evaluasi; (8) Pencatatan dan Pelaporan

Keterlibatan *stakeholder* mulai dari pengambil kebijakan, pelaksana kebijakan hingga sasaran kebijakan, di dalam PKPR sangat penting untuk keberhasilan pelaksanaan PKPR. Jejaring dan *mapping stakeholder* merupakan salah satu standar pelaksanaan PKPR. PKPR adalah satu-satunya program layanan KRR yang memiliki standar jejaring dan pemetaan stakeholder dan tugas pokok membentuk TIM KRR mulai dari Pusat, Propinsi, Kab/Kota hingga Kecamatan. Panduan PKPR telah dijelaskan peran dari masing-masing sektor (sektor kesehatan, sektor sosial, sektor pendidikan, sektor agama dan sektor keluarga berencana), namun peran ini belum tergambar secara jelas dan rinci (Tengah 2012). *Stakeholder* pemerintah sebagai *prime mover* jejaring PKPR dimana pemerintah dapat menjadi penggerak/ inisiator/ fasilitator/ motor dari suatu forum sehingga forum dapat mencapai tujuannya (Kemenkes RI 2011).

Keberadaan kerjasama lintas sektoral di tingkat kota dalam bentuk Komisi Kesehatan Reproduksi Remaja sudah mendapat dukungan berupa Surat Keputusan Walikota Semarang No 440.05/277 tentang pembentukan Komisi Kesehatan Reproduksi Kota Semarang tanggal 13 November 2007. Komisi ini bertugas menyusun program kerja dan kegiatan operasional dan pedoman kegiatan dalam bidang kesehatan reproduksi, menelaah, mengevaluasi, merumuskan dan memecahkan permasalahan di bidang kesehatan reproduksi. Komisi ini beranggotakan bermacam-macam organisasi antara lain BKKBN, Departemen Agama, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan dan Kebudayaan,

Dinas Sosial, dan LSM yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi seperti PILAR PKBI. Berdasarkan penelitian tahun 2009 komisi ini belum optimal dibuktikan belum terlihat dampak keberadaan komisi ini terhadap implementasi KPR, Forum rapat di tingkat Kecamatan tidak dimanfaatkan untuk melakukan upaya advokasi pelayanan remaja, sehingga masih ada hambatan pelaksanaan kegiatan PKPR dari pihak sekolah, belum ada upaya melibatkan remaja, orang tua remaja dan masyarakat dalam pelayanan remaja secara aktif (Palupi 2008).

Dari paparan tersebut dapat disimpulkan bahwa keterlibatan *stakeholder* pemerintah sangat penting dalam mendukung keberhasilan implementasi suatu kebijakan (PKPR). *Stakeholder* pemerintah sebagai pengambil kebijakan terdiri dari Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Badan Pemberdayaan Masyarakat Perempuan dan KB, Dinas Pendidikan dan Kebudayaan, Departemen Agama). Oleh karena itu diperlukan penelitian yang mengkaji “Bagaimana analisis *stakeholder* pemerintah terhadap implementasi program Pelayanan

Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Kota Semarang?”. Dimana penelitian ini akan mengkaji persepsi *stakeholder* pemerintah terhadap tingkat pengaruh kekuasaan (*power*), tingkat keterlibatan (*Interest*), dan sikap (*Attitude*) yang dikaitkan dengan langkah strategis Program PKPR.

METODE

Jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Subyek penelitian berkedudukan sebagai pejabat struktural sebagai (Kepala Bidang/Kepala Bagian/Kepala Seksi yang berkaitan dengan layanan kesehatan remaja) atau pengambil keputusan di dalam instansi/organisasi, diperoleh *stakeholder* yang berfungsi sebagai *decision maker* : (1) Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA); (2) Dinas Kesehatan Kota (DKK); (3) Departemen Agama; (4) Dinas Pendidikan Kota (DISDIK); (5) Dinas Sosial, Pemuda dan Olah Raga (Dinsospora) : Bidang Kepemudaan, Karang Taruna dan Pelayanan Sosial; (6) Badan Pemberdayaan Masyarakat

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Institusi, Pendidikan Terakhir, dan Pangkat/Golongan

No	Umur (tahun)	Jenis Kelamin	Institusi	Pendidikan Terakhir	Pangkat /golongan	Jabatan
40		L	BAPPEDA	S2	Penata Tk.I /III.d	Ka Bid Sosial Budaya
46		L	DKK	S2	Penata Muda /III.a	Ka. Sie Kesehatan Anak dan Remaja
47		L	BAPERMAS KB	S1	Penata Tk.I /III.d	Ka Bid Pelayanan KB dan Perlindungan Hak Reproduksi
44		L	DINSOSPORA 1	S1	Penata Tk.I /III.d	Pembina Karang Taruna
52		L	DINSOSPORA 2	S2	Penata Tk.I /III.d	Ka. Sie Pelayanan Sosial
49		L	DINSOSPORA 3	S2	Pembina /IV.a	Ka Bid Kepemudaan
49		L	KEMENAG	S2	Pembina /IV.a	Ka. Bid Pendidikan Agama Islam
50		L	DISPENDIK	S2	Pembina /IV.a	Ka. Sie Analisa dan Pengembangan

Tabel 2 Hasil Analisis Pemetaan *Stakeholder* Pengambil Kebijakan (*Decision Maker*) berdasarkan Dimensi Sikap, Pengaruh dan Keterlibatan Kaitannya Dengan Langkah Strategis PKPR Di Kota Semarang

<i>Stakeholder</i>		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
BAPPEDA	Sikap	+	+	+		+		+	+
	Pengaruh	+	+	+		-		-	-
	Keterlibatan	+	+	+		-		-	-
	Tingkat Adopsi	Penyelamat Lebih cepat	Penyelamat Lebih cepat	Penyelamat Lebih cepat		Pemerhati Lebih lambat		Pemerhati Lebih lambat	Pemerhati Lebih cepat
DKK	Sikap	+	+	+	+	+		+	+
	Pengaruh	-	+	+	-	-		+	+
	Keterlibatan	-	+	+	-	-		+	+
	Tingkat Adopsi	Pemerhati	Penyelamat Lebih cepat	Penyelamat Lebih cepat	Pemerhati Lebih lambat	Pemerhati Lebih lambat		Penyelamat Lebih cepat	Penyelamat Lebih cepat
BAPERMAS	Sikap	+	+	+	+	+		+	-
	Pengaruh	+	+	+	-	+		-	-
	Keterlibatan	+	+	+	-	+		-	-
	Tingkat Adopsi	Penyelamat Lebih cepat	Penyelamat Lebih cepat	Penyelamat Lebih cepat	Pemerhati Lebih lambat	Penyelamat Lebih cepat		Pemerhati Lebih lambat	Jebakan Lebih lambat
DISDIK	Sikap	+	+	+	+	+		+	+
	Pengaruh	-	+	+	-	+		+	-
	Keterlibatan	-	+	+	-	+		+	-
	Tingkat Adopsi	Pemerhati Lebih lambat	Penyelamat Lebih cepat	Penyelamat Lebih cepat	Pemerhati Lebih lambat	Penyelamat Lebih cepat		Penyelamat Lebih cepat	Pemerhati Lebih lambat
DINSOS-PORA 1	Sikap	+	+	+	-	+		+	+
	Pengaruh	-	-	-	-	-		-	-
	Keterlibatan	-	-	+	-	-		-	-
	Tingkat Adopsi	Pemerhati Lebih lambat	Pemerhati Lebih lambat	Kawan Lebih lambat	Jebakan Lebih lambat	Pemerhati Lebih lambat		Pemerhati Lebih lambat	Pemerhati Lebih lambat
DINSOS-PORA 2	Sikap	+	+	+	+	+		+	+
	Pengaruh	+	+	-	-	-		-	-
	Keterlibatan	+	+	+	-	-		-	-
	Tingkat Adopsi	Penyelamat	Penyelamat	Kawan	Pemerhati	Pemerhati		Pemerhati	Pemerhati
DINSOS-PORA 3	Sikap	+	+	+	+	+		+	+
	Pengaruh	+	+	+	-	-		-	-
	Keterlibatan	+	+	+	-	-		-	-
	Tingkat Adopsi	Penyelamat	Penyelamat	Penyelamat	Pemerhati	Pemerhati		Pemerhati	Pemerhati
KEMENAG	Sikap	+	+	+	-	+		+	+
	Pengaruh	-	-	-	-	-		-	-
	Keterlibatan	-	-	+	-	-		-	-
	Tingkat Adopsi	Pemerhati	Pemerhati	Kawan	Jebakan	Pemerhati		Pemerhati	Pemerhati

Stakeholder Pemerintah Sebagai ... (Muthmainnah, Sutopo PJ, Antono S)

Keterangan Tabel :

Sikap : (+) Cenderung Mendukung dan (-) Cenderung Menolak
Pengaruh : (+) Cenderung Memiliki Pengaruh Kuat
(-) Cenderung Memiliki Pengaruh Lemah
Keterlibatan : (+) Cenderung Ingin Terlibat Aktif
(-) Cenderung Ingin Terlibat Pasif

S1 : Identifikasi masalah melalui kajian sederhana
S2 : Advokasi Kebijakan Publik
S3 : Integrasi, kolaborasi dan koordinasi
S4 : Persiapan pelaksanaan PKPR
S5 : Sosialisasi eksternal
S6 : Pelaksanaan PKPR
S7 : Monitoring dan evaluasi (MONEV) PKPR
S8 : Pencatatan dan pelaporan

dan KB (BAPERMAS KB). Pengumpulan data diperoleh langsung dari lokasi penelitian melalui wawancara mendalam berdasarkan pedoman wawancara antara peneliti dan *stakeholder* terkait. Sedangkan pengolahan data dalam penelitian ini yaitu menggunakan pendekatan kualitatif yang pada prinsipnya berproses secara analisa deskripsi (*content analysis*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Stakeholder

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan sebagian besar subjek penelitian (*decision maker*) berpendidikan sarjana strata 2, semua subjek penelitian (*decision maker*) berjenis kelamin laki-laki dengan rentang umur antara 40-52 tahun, mempunyai jabatan sebagai Kepala Bidang atau Kepala Seksi yang berkaitan dengan pelaksanaan Program PKPR di Kota Semarang.

Tabel 2 menunjukkan bahwa kelompok *stakeholder* pengambil keputusan memberikan dukungan yang kuat terhadap implementasi langkah program PKPR di Kota Semarang. Namun hanya beberapa *stakeholder* pengambil kebijakan yang mempunyai pengaruh dan terlibat aktif. Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar *stakeholder* pengambil kebijakan sebagai 'penyelamat' dan 'pemerhati' dalam implementasi langkah strategis PKPR di Kota Semarang. Posisi *stakeholder* ini berdasarkan hasil analisis pemetaan masing-masing informan. Kelompok *decision maker* menyerahkan sepenuhnya kepada kelompok *provider* atau tidak mempunyai peran dalam langkah strategis 'pelaksanaan PKPR (S6)'. Oleh karena itu pada langkah 'pelaksanaan PKPR (S6)' pada tabel 4.6 tabel diberikan bayangan hitam (*black shadow*).

BAPPEDA mempunyai posisi sebagai 'penyelamat'. Hal ini dikarenakan BAPPEDA mempunyai sikap yang mendukung, pengaruh yang kuat dan terlibat aktif dalam melaksanakan langkah strategis PKPR, meliputi identifikasi masalah melalui kajian sederhana, advokasi kebijakan publik, integrasi kolaborasi dan koordinasi. Hal ini dapat diketahui dari pernyataan BAPPEDA sebagai berikut :

“...Harus dilakukan penilaian dari masing-masing SKPD apakah sudah sesuai dengan visi misi Kota dan RPJM...”

“...BAPPEDA yang ngurusin perencanaan Makro teknisnya tetap masing-masing SKPD, kita emang tugasnya mengevaluasi apakah program dari masing-masing SKPD ada di Renstra MDGs Kota. Jadi Renstra SKPD mengacu pada RPJM apalagi sekarang ada Perwali MDGs 2013...”

(*Indept Interview BAPPEDA*)

Upaya yang dilakukan oleh BAPPEDA adalah melakukan identifikasi program dari masing-masing SKPD melalui data sekunder, analisis sasaran Rencana Kerja Anggaran (RKA). Selain itu BAPPEDA juga mempunyai pengaruh dan terlibat aktif dalam melakukan advokasi kebijakan publik. Posisi BAPPEDA sebagai 'kawan' memfasilitasi untuk melakukan koordinasi kepada semua *stakeholder* dalam mewujudkan kesehatan remaja sehingga tidak terjadi tumpang tindih. BAPPEDA tidak terlibat dalam operasional program PKPR. Meskipun demikian BAPPEDA berharap pelaksanaan program PKPR mempunyai langkah yang efektif mulai dari tahap persiapan hingga monev.

BAPPEDA memahami bahwa monev selama ini hanya dilakukan secara kuantitatif, dikarenakan SKPD mempunyai kendala waktu dan SDM.

Dinas Kesehatan Kota (DKK) adalah *leading sector* dari program PKPR. Berdasarkan hasil analisis pemetaan menunjukkan bahwa posisi DKK sebagai 'penyelamat' dalam melaksanakan langkah strategis PKPR, yaitu advokasi kebijakan publik, integrasi kolaborasi dan koordinasi, monev, pencatatan dan pelaporan. Hal ini dapat diketahui dari pernyataan berikut :

"...Ya perlu mbak, untuk menggoalkan dana APBD, untuk matchkan juga program dari sektor lain..."

"...Saat pemaparan di tingkat pemerintah kota, pasti kita dapat wejangan kalau kesehatan ya... tanggungjawab DKK, jadi yang bertugas untuk sehatnya warga Semarang ya DKK termasuk untuk melakukan advokasi ke sektor lain..."

"...Setiap akhir tahun, Kepala DKK mengajukan RKA ke PEMKOT, lha pada saat itu juga kita mengajukan untuk disetujui kegiatan kerja lintas sektor..."

(Indept Interview DKK)

Advokasi kebijakan publik merupakan upaya DKK dalam mempengaruhi *stakeholder* terkait dalam mewujudkan kesehatan remaja. Oleh karena itu DKK juga mempunyai pengaruh dan terlibat aktif dalam melaksanakan kerjasama lintas sektor. Namun 'pelaksanaan PKPR', DKK menyerahkan sepenuhnya kepada pelaksana program PKPR (Puskesmas).

Stakeholder pengambil kebijakan selanjutnya adalah **BAPERMAS KB**. BAPERMAS mempunyai posisi sebagai 'penyelamat' dalam melaksanakan langkah identifikasi masalah, advokasi kebijakan, koordinasi, dan sosialisasi eksternal. Hal ini dapat

diketahui dari pernyataan berikut :

"...ya kita usahakan semuanya terlibat Mbak, terutama remaja. Kita ada forum PIK Kota Semarang yang tahu remaja butuhnya apa jadi kita tanya ke ketuanya..."

(Indept Interview BAPERMAS)

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa BAPERMAS mempunyai sikap yang mendukung, pengaruh yang kuat dan terlibat aktif dalam melakukan identifikasi masalah. Upaya ini dilaksanakan untuk menentukan kegiatan yang dibutuhkan remaja melalui forum PIK-KRR (Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja) Kota Semarang.

BAPERMAS mempunyai agenda rutin per tahun dalam menyelenggarakan ajang kreatif dan produktif. Kegiatan ini diselenggarakan atas dasar keinginan remaja dan peran aktif PIK KRR. Namun pelaksanaan pelatihan pendidik dan konselor sebaya bukan menjadi wewenang dari BAPERMAS melainkan menjadi wewenang dari BKKBN Propinsi. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa BAPERMAS juga menyerahkan sepenuhnya kepada remaja dalam melaksanakan monev.

Sistem pencatatan dan pelaporan BAPERMAS mempunyai posisi sebagai jebakan. Hal ini dapat ditunjukkan dari pernyataan sebagai berikut :

"...sepertinya belum bisa ke arah sana ya, SDMnya aja masih kurang, masalah waktu juga belum lagi anggaran..."

"...kalau Bapermas remaja kan bagian terkecil dari kita, jadi kita ga fokus pada remaja saja..."

(Indept Interview BAPERMAS)

BAPERMAS mempunyai sikap yang tidak mendukung, pengaruhnya lemah dan keterlibatannya pasif dalam melaksanakan

pencatatan dan pelaporan guna menciptakan SIMKES Remaja. Hal ini dikarenakan keterbatasan SDM, anggaran dan program remaja bukan merupakan bagian terkecil dari program yang dimiliki oleh BAPERMAS.

Dinas Pendidikan mempunyai posisi sebagai ‘penyelamat’ dalam melaksanakan advokasi, koordinasi, sosialisasi eksternal, dan monev. Dimana DISDIK mempunyai program lomba sekolah sehat dan menjadi tim UKS. Peran Dinas Pendidikan sangat penting dalam melaksanakan program kesehatan remaja di sekolah. Hal ini dapat ditunjukkan dari pernyataan sebagai berikut :

“...kita ga punya kekuatan yang detail dibidang kesehatan jadi kita perlu kerjasama dengan dinas kesehatan untuk mendampingi sekolah sehat. Dinkes kita minta untuk sosialisasi informasi kesehatan ke sekolah-sekolah...”

“...penting, ga bisa kerja sendiri-sendiri butuh SKPD lain sesuai dengan bidangnya masing-masing...”

“...UKS kan punya SK bersama, UKS tanggungjawabnya selain kita ya dinkes, kabag kesra, depag...”

“...kita ada agenda pertemuan koordinasi rutin sebulan sekali untuk membicarakan sekolah sehat...”

(Indept Interview DISDIK)

Pelaksanaan program kesehatan di sekolah Dinas Pendidikan menjalin kerjasama dengan SKPD lain, seperti Dinas Kesehatan dan Kementerian Agama. Dalam memotivasi pelaksanaan sekolah sehat, di sektor ini mempunyai program nasional yaitu lomba sekolah sehat yang diselenggarakan mulai dari tingkat Kecamatan, Kota, Propinsi hingga nasional. Lomba sekolah sehat ini juga menjadi indikator dalam monitoring pelaksanaan program kesehatan di sekolah dan dapat dijadikan sebagai

media sosialisasi. Dinas Pendidikan mendukung pelaksanaan pencatatan dan pelaporan guna mewujudkan SIMKES remaja, namun selama ini masing-masing SKPD masih belum bersinergi satu dengan yang lain. Pernyataan ini dapat diketahui dari hasil wawancara sebagai berikut :

“...belum dilakukan, masing-masing SKPD buat sendiri-sendiri jadi yang punya program saja atau leading sektornya saja. Kendalanya tidak ada keterbukaan masalah anggaran, semuanya punya kepentingan sendiri-sendiri. Kadang dinar satu dengan yang lain melakukan kegiatan yang sama jadi numpuk, 4 SKPD jalannya sendiri-sendiri kurang bersinergi, harusnya ada sistem yang baik dari semua SKPD untuk saling bersinergi tapi sampai sekarang masih sendiri-sendiri. Selama ini kalau ada program ke sekolah-sekolah tidak ada feedback ke kita, sekolah mana yang sudah dapat informasi kesehatan terus laporannya bagaimana...”

(Indept Interview DISDIK)

Stakeholder pengambil kebijakan selanjutnya yaitu Dinas Sosial Pemuda dan Olahraga, **Pembina Karang Taruna** mempunyai posisi sebagai ‘pemerhati’ dalam melaksanakan identifikasi masalah, advokasi, sosialisasi eksternal, monev dan sistem pencatatan dan pelaporan. Hal ini ditunjukkan dari pernyataan informan sebagai berikut :

“...untuk pencatatan dan pelaporan biasanya hanya sebatas kegiatannya apa dan kendalanya apa. Data tentang kesehatan remaja kita ga punya mbak. Emang perlu mbak ada data tentang itu tapi ya gitu mbak, kita ga pernah dilibatkan...”

(Indept Interview DINSOSPORA1)

Karang Taruna belum dilibatkan dalam program kesehatan remaja. Karang Taruna dilibatkan jika ada permintaan dari pusat untuk menjadikan Karang Taruna sebagai peserta pelatihan kewirausahaan dari Bidang Kepemudaan. Selain itu Karang Taruna juga belum mengetahui istilah Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

Bidang Pelayanan Sosial DINSOSPORA mempunyai posisi sebagai ‘pemerhati’ dalam pelaksanaan program PKPR. Hal ini dikarenakan Bidang ini mempunyai sikap yang mendukung, pengaruhnya lemah dan keterlibatannya pasif. Selama ini bidang ini berperan sebagai peningkatan keterampilan remaja jalanan melalui berbagai pelatihan. Tetapi terkait dengan sosialisasi HIV, NAPZA dan kesehatan reproduksi di remaja jalanan, bidang ini tidak mempunyai wewenang. Hal ini dapat diketahui dari pernyataan berikut :

“...Persiapan pelaksanaan kegiatan pemberdayaan anak jalanan, kita biasanya menghubungi lembaga-lembaga pelatihan. Kalau kesehatan remaja kan punyanya DKK kita hanya teknisnya di lapangan tentang remaja jalanan, itu pun kalau remajanya mau dibina...”

“...kita belum pernah melakukan sosialisasi program PKPR ini biasanya langsung oleh DKK untuk mengajak remaja jalanan...”

(Indept Interview DINSOSPORA2)

Bidang ini beranggapan bahwa program kesehatan remaja menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan dan BAPERMAS. Sedangkan pelaksanaan koordinasi bidang ini selalu terlibat aktif terutama dalam meningkatkan kualitas hidup remaja jalanan.

Bidang Kepemudaan Dinas Sosial Pemuda dan Olahraga. Posisi bidang ini sebagai ‘penyelamat’ dalam melaksanakan identifikasi masalah, advokasi, koordinasi. Hal ini dapat

diketahui dari pernyataan sebagai berikut:

“...kita sebenarnya diberi kewenangan untuk melakukan itu tapi kita ga bisa ngerjain sendiri, kita butuh kerjasama dengan lembaga survei...”

“...kalau kita biasanya undang suara merdeka kalau ada kegiatan kepemudaan apalagi ada pertukaran pemuda antar propinsi, negara, sarjana penggerak pembangunan pedesaan, pemuda pelopor...”

(Indept Interview DINSOSPORA3)

Sosialisasi program juga dilaksanakan oleh bidang ini dengan melibatkan media koran terkenal di Jawa Tengah. Bidang Kepemudaan DINSOSPORA belum pernah mendengar istilah PKPR. Belum ada program khusus kesehatan remaja di bidang ini, bidang ini beranggapan bahwa Dinas Kesehatan yang mempunyai tanggung jawab dalam pelaksanaan program kesehatan remaja.

Stakeholder pengambil kebijakan yang terakhir adalah **Kementerian Agama**. Posisi KEMENAG sebagai ‘pemerhati’ dalam melaksanakan identifikasi masalah, advokasi, sosialisasi eksternal, pelaksanaan, monev, pencatatan dan pelaporan. Hal ini dapat ditunjukkan dari pernyataan sebagai berikut :

“...Sebenarnya perlu mbak, tapi kita ga da dana biasanya kita manut sama program pusat kalau pun ada program dari litbang fokus pada kurikulum pendidikan agama islam...”

“...kegiatan seperti emang harus semuanya tahu tapi sayangnya kita ga punya program khusus kesehatan. Kalau ada undangan dari kesra kita selalu proaktif...”

“...sosialisasi perlu supaya semuanya tahu kalau ada program kesehatan

remaja. Kita biasanya diundang untuk diminta sosialisasi program ini tapi ya kembali lagi mbak keterbatasan dana, SDM jadi kita belum melaksanakan...”

(Indept Interview KEMENAG)

Kementerian Agama mempunyai sikap yang mendukung dalam pelaksanaan program kesehatan remaja tetapi wewenang KEMENAG lemah, dan keterlibatannya masih pasif. KEMENAG belum ada program khusus kesehatan remaja karena keterbatasan anggaran dan SDM. Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa program kesehatan remaja belum dilaksanakan di lingkungan Pondok Pesantren. Pelaksanaan monev dan pencatatan pelaporan KEMENAG mempunyai sikap yang mendukung namun dalam pelaksanaannya masih belum terlibat aktif. Hal ini dikarenakan KEMENAG beranggapan bahwa langkah ini bukan menjadi tanggung jawabnya melainkan SKPD yang mempunyai program kesehatan dan badan Statistik.

DKK, BAPERMAS, DISDIK merupakan *stakeholder* yang potensial dalam melaksanakan implementasi PKPR. *Stakeholder* ini mempunyai program kesehatan remaja dan berusaha untuk selalu terlibat aktif dalam kegiatan koordinasi. Namun berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa pelaksanaan kerjasama antar sektor belum terlaksana dengan optimal. Hal ini dikarenakan belum adanya keterbukaan alokasi anggaran dari masing-masing sektor. Bidang Pelayanan Sosial DINSOSPORA dan KEMENAG mempunyai posisi yang paling lemah dalam pelaksanaan PKPR. Hal ini dikarenakan *stakeholder* ini belum mempunyai alokasi anggaran untuk program kesehatan remaja. Selain itu keterlibatan *stakeholder* ini sebatas karena permintaan dari *stakeholder* yang mempunyai program kesehatan remaja.

Menurut Gray *et al* (1994) dalam Ghazali dan Chairi (2007) menyatakan bahwa kelangsungan hidup organisasi bergantung pada

dukungan *stakeholder* yang kuat dan dukungan tersebut harus dicari sehingga aktivitas organisasi adalah untuk mencari dukungan tersebut. Makin *powerful stakeholder*, makin besar usaha organisasi untuk beradaptasi (Sybille 2000). *Leading sector* dalam hal ini DKK merupakan *stakeholder* yang memiliki kekuasaan yang dapat mempengaruhi bagaimana terjadinya proses pengambilan keputusan, alternatif apa yang dipertimbangkan dan kapan suatu keputusan diambil. Karena kekuasaan merupakan kemampuan untuk mempengaruhi individu, kelompok, keputusan atau kejadian tertentu.

Didalam kelompok pengambil keputusan, suatu kebijakan akan mempengaruhi pencapaian target dari tujuan yang telah ditetapkan, tetapi harus memperhitungkan sejauh mana kontribusi dari masing-masing *stakeholder*, dengan demikian upaya untuk mempengaruhi *stakeholder* lain sangat dibutuhkan. French dan Raven mendefinisikan bahwa pengaruh adalah pengendalian yang dilakukan oleh seseorang dalam organisasi (masyarakat) terhadap orang lain. Mereka mengatakan bahwa kekuatan suatu kekuasaan yang dimiliki seseorang dalam sistem tertentu adalah kemampuan potensial maksimumnya untuk mengendalikan.

Pengaruh *stakeholder* biasanya untuk mendukung strategi organisasi karena *stakeholder* utama merupakan bagian yang diperlukan dalam tim organisasi. Kunci dari kewenangan dan tanggung jawab *stakeholder* ini meliputi: 1) Memberikan kepemimpinan kepada organisasi, 2) Mengalokasikan kemampuan untuk digunakan dalam *design* dan hasil, 3) Membuat dan menjaga hubungan dengan semua *stakeholder*, 4) Mengatur keputusan yang berhubungan dengan *design* dan pelaksanaan strategi untuk menjalankan program, 5) Mengatur kebudayaan yang berbeda dari sebuah program serta membawa orang-orang yang memiliki kemampuan yang berkualitas untuk keuntungan organisasi, 6) Melakukan penilaian secara berkala terhadap keefektifan dan keefisienan

organisasi dalam melaksanakan pekerjaan yang mempunyai kewenangan dan tanggung jawab.

Seperti telah dikemukakan pada materi sebelumnya (panduan PKPR), masalah kesehatan remaja adalah masalah yang multidimensi sehingga memerlukan kerja sama dari multi sektor untuk menanganinya. Setiap sektor memiliki perannya masing-masing sesuai dengan kompetensinya di bawah koordinasi pemerintah daerah. Dari pengalaman SM-PFA, dapat diketahui peran masing-masing sektor dalam Kesehatan Reproduksi Remaja, pada sisi *demand*, BKKBN antara lain menggarap peningkatan kesehatan reproduksi remaja melalui Bina Keluarga Remaja, fasilitator, dan pengembangan pendidik sebaya (*peer educator*) serta konselor sebaya (*peer counselor*). Sedangkan Depdiknas menggarap peningkatan kesehatan reproduksi remaja melalui jalur sekolah. Depag menggarapnya melalui sekolah-sekolah agama serta pondok pesantren, juga memfasilitasi remaja masjid. Sementara Depsos lebih menekankan pada remaja-remaja di luar sekolah, seperti misalnya kelompok anak jalanan (Depkes RI 2003).

Pemetaan *stakeholder* adalah suatu pendekatan yang dikembangkan untuk mengatasi permasalahan mendasar terkait dengan pelaporan tentang dampak suatu pembangunan. Tujuan dari pemetaan *stakeholder* ini antara lain (1) Sebagai metode untuk memetakan *stakeholder* yang terkait dengan suatu kebijakan atau program, (2) Untuk memberikan gambaran atas faktor-faktor yang terkait dengan suatu program atau kebijakan, (3) Membantu untuk dapat memfokuskan kegiatan advokasi sesuai dengan *stakeholder* yang dituju, dan (4) Menunjukkan kelebihan dan kekurangan masing-masing *stakeholder* terkait dengan kebijakan atau program tertentu (Achterkamp 2006). Hubungan antara *power* dan *interest stakeholder* dalam suatu organisasi atau penentuan kebijakan dibedakan dalam empat kategori, jika *stakeholdernya* mempunyai (1)

Power dan *interest* rendah maka tidak bisa dilibatkan, (2) *Power* tinggi tapi *interest* nya rendah maka hanya dijadikan konsultan/penasehat, (3) *Power* rendah tapi *interest* tinggi maka ditempatkan sebagai narasumber, (4) *Power* dan *interest* tinggi maka *stakeholder* tersebut merupakan penentu keputusan (Sudarmo 2009).

SIMPULAN

Stakeholder pemerintah sebagai *prime mover* jejaring PKPR dikarenakan *stakeholder* ini memiliki wewenang karena bagian dari birokrasi, memiliki kemungkinan sumber dana karena berhak mengajukan dana dan menggunakan uang pajak masyarakat, memiliki sifat kedinasan dan formal, birokrasi formal yang lebih tinggi sering lebih dipatuhi oleh birokrasi di bawahnya. Oleh karena itu perlu dilakukan penguatan kembali Komisi Kesehatan Reproduksi sebagai upaya untuk membentuk jejaring PKPR lintas sektor. Kemudian melalui komisi ini juga dapat dirumuskan pembagian tugas pokok, fungsi dan kewenangan sesuai dengan kapasitas dari masing-masing sektor. Selain itu komisi ini dapat memperjelas pola hubungan kerja dan komunikasi sehingga terbentuk sistem koordinasi yang lebih efektif dan menjamin keterlibatan berbagai *stakeholder* yang terkait.

Acknowledgement

Diucapkan terima kasih kepada Menteri Pendidikan Nasional yang telah memberikan dukungan pembiayaan melalui program Beasiswa Unggulan hingga penyelesaian tesis berdasarkan DIPA Sekretariat Jenderal KEMDIKNAS Tahun anggaran 2011 sampai 2013.

KEPUSTAKAAN

- Achterkamp, Janita F.J. Vos and Marjolein C. 2006. "Stakeholder Identification in Innovation Projects Going Beyond Classification " European Journal of Innovation Management Faculty of Management and Organization, University of Groningen, Groningen, The Netherlands Vol. 9 No. 2, 2006 pp. :161-178.
- Departemen Kesehatan, Republik Indonesia. 2009. Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Jakarta.
- Palupi, Dewi Kusuma. 2008. "Analisis Implementasi Program PKPR di Puskesmas Wilayah Kota Semarang." In Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Semarang: Diponegoro.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. Materi Pelatihan Pelayanan Kesehatan Peduli remaja. Jakarta.
- Direktorat Kesehatan Keluarga Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI. 2005. Pedoman Pelayan Kesehatan Peduli Remaja. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Modul Pelatihan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta.
- Situmorang, Augustina. September 2003. "Adolescent Reproductive Health in Indonesia." Jakarta, Indonesia: A Report Prepared for STARH Program, Johns Hopkins University/ Center for Communication Program.
- Sudarmo. 2009. "Elemen-elemen Collaborative Leadership dan Hambatan-hambatan bagi Pencapaian Efektivitas Collaborative Governance." Spirit Publik Jurnal Ilmu Administrasi. Vol. 5, No.2 (Oktober 2009).
- Sybille, Sach. 2000. Stakeholder Management: Universitas Zurich.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. 2012. "Kebijakan dan Strategi Pembentukan dan Pengembangan Puskesmas Peduli Remaja (PKPR)."