
KAJIAN LITERATUR SISTEMATIS: ANALISIS AKTOR DAN KEPENTINGAN DALAM KEBIJAKAN KESEHATAN TENTANG PEMETAAN STAKEHOLDER DAN DINAMIKA KEKUASAAN

Sri Soleha¹, Nisa Septiani², Zeny Dermawan³, Budi Hartono⁴

srisoleha060788@gmail.com¹, nisa.septiani0909@gmail.com², zenydermawan09@gmail.com³,

Universitas Respati Indonesia^{1,2,3}, Universitas Hang Tuah Pekanbaru⁴

ABSTRAK

Latar belakang : Kebijakan kesehatan di Indonesia kerap menghadapi tantangan implementasi yang berdampak pada belum optimalnya pencapaian tujuan. Data sekunder menunjukkan bahwa meskipun cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mencapai lebih dari 95% populasi, ketimpangan distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan masih terjadi. Pada kebijakan penanggulangan HIV/AIDS, cakupan testing dan retensi terapi antiretroviral belum merata, sementara pada penanganan COVID-19 efektivitas kebijakan pembatasan sosial bervariasi antar daerah. Kondisi ini mengindikasikan bahwa persoalan kebijakan tidak hanya terletak pada aspek regulasi, tetapi juga pada dinamika aktor, kepentingan, dan distribusi kekuasaan yang belum terkelola secara optimal dalam proses implementasi. Tujuan: untuk menganalisis peran aktor, kepentingan, serta dinamika kekuasaan dalam kebijakan kesehatan melalui pendekatan kajian literatur sistematis dengan fokus pada pemetaan stakeholder (stakeholder mapping) dan kerangka analisis kekuasaan. Hasil kajian : menunjukkan bahwa ketidakefektifan kebijakan kesehatan sering muncul pada tahap implementasi akibat lemahnya koordinasi lintas sektor, dominasi aktor dengan kekuasaan tinggi, terbatasnya pelibatan kelompok dengan kepentingan tinggi namun pengaruh rendah, serta belum terinstitusionalisasinya mekanisme kolaboratif. Pemetaan stakeholder menggunakan matriks power-interest dan analisis visible, hidden, serta invisible power terbukti membantu mengidentifikasi potensi konflik, peluang koalisi, dan strategi advokasi yang lebih efektif. Simpulan : kajian ini menegaskan bahwa analisis stakeholder dan pemetaan dinamika kekuasaan perlu diintegrasikan dalam seluruh siklus kebijakan kesehatan untuk meningkatkan legitimasi, efektivitas, dan keberlanjutan kebijakan. Pendekatan collaborative governance, penguatan koordinasi lintas sektor, serta pemberdayaan aktor berkepentingan tinggi menjadi strategi kunci dalam memperbaiki implementasi kebijakan kesehatan di Indonesia.

Kata Kunci: Kebijakan Kesehatan, Stakeholder Analysis, Aktor, Kepentingan, Kekuasaan, Implementasi Kebijakan.

PENDAHULUAN

Kebijakan kesehatan merupakan hasil interaksi kompleks antara aktor pemerintah, penyedia layanan, sektor swasta, organisasi masyarakat sipil, dan kelompok masyarakat terdampak. Meskipun berbagai regulasi telah diterbitkan untuk memperkuat sistem kesehatan nasional, data sekunder menunjukkan bahwa efektivitas implementasi kebijakan masih menghadapi tantangan signifikan. Pada implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan BPJS Kesehatan, hingga tahun 2023 cakupan kepesertaan telah mencapai lebih dari 260 juta jiwa ($\pm 95\%$ populasi). Namun, ketimpangan distribusi fasilitas kesehatan masih terjadi. Pada implementasi JKN, cakupan kepesertaan telah mencapai lebih dari 95% populasi. Namun ketimpangan distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan masih terjadi, terutama di wilayah Indonesia Timur dengan rasio dokter $< 0,5$ per 1.000 penduduk—di bawah rekomendasi WHO sebesar 1 per 1.000 penduduk. Selain itu, defisit pembiayaan JKN pada periode sebelumnya menunjukkan tantangan tata kelola pembiayaan dan koordinasi antar aktor pelaksana.

Dalam kebijakan penanggulangan HIV/AIDS, meskipun telah diatur melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, capaian treatment coverage nasional masih belum optimal. Data menunjukkan bahwa dari estimasi ODHA nasional, hanya sekitar 60–70% yang mengetahui statusnya, dan retensi terapi ARV masih mengalami loss to follow-up di berbagai daerah. Hal ini mengindikasikan lemahnya integrasi layanan primer dan belum optimalnya pelibatan LSM serta komunitas kunci.

Dalam konteks pandemi COVID-19, kebijakan pembatasan sosial diatur melalui Permenkes No. 9 Tahun 2020 tentang PSBB. Namun efektivitasnya sangat bervariasi antar daerah. Beberapa provinsi menunjukkan positivity rate di atas 20% pada puncak gelombang pandemi, jauh di atas standar WHO ($< 5\%$), yang mencerminkan lemahnya koordinasi lintas sektor, perbedaan kapasitas kepemimpinan daerah, dan resistensi sosial.

Data tersebut menunjukkan bahwa meskipun regulasi telah tersedia, sejumlah kebijakan belum sepenuhnya efektif. Permasalahan tidak hanya terletak pada desain kebijakan, tetapi pada dinamika aktor, distribusi kekuasaan, kepentingan yang tidak selaras, serta belum optimalnya peran stakeholder dalam implementasi. Oleh karena itu, analisis aktor dan pemetaan stakeholder menjadi penting untuk menjelaskan akar ketidakefektifan kebijakan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Pendekatan kajian ini adalah literatur sistematis yang mengumpulkan dan mensintesis publikasi ilmiah, artikel jurnal, laporan penelitian dan sumber terpercaya lainnya yang membahas analisis aktor dan stakeholder dalam kebijakan kesehatan. Kajian dilakukan melalui pencarian database seperti PubMed, ScienceDirect, BMC Health Services Research, serta modul kebijakan publik dan jurnal kebijakan kesehatan Indonesia. Artikel yang dipilih memenuhi kriteria: membahas analisis stakeholder, pemetaan aktor, dinamika kepentingan atau kekuasaan dalam konteks kebijakan kesehatan. Proses seleksi literatur dilakukan berdasarkan relevansi topik, kredibilitas sumber, dan kontribusi terhadap pemahaman dinamika stakeholder dalam kebijakan kesehatan.

Kajian ini menggunakan pendekatan literatur sistematis dengan mengidentifikasi artikel ilmiah dalam 15 tahun terakhir yang membahas analisis stakeholder, pemetaan aktor, dan dinamika kekuasaan dalam kebijakan kesehatan. Pencarian dilakukan melalui database PubMed, ScienceDirect, BMC Health Services Research, serta jurnal kebijakan kesehatan Indonesia. Seleksi artikel dilakukan berdasarkan relevansi topik, kualitas metodologi, dan kontribusi terhadap analisis kebijakan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Konsep Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Kesehatan

Stakeholder dalam kebijakan kesehatan mencakup individu, kelompok, ataupun organisasi yang memiliki kepentingan terhadap isu kesehatan tertentu atau yang dipengaruhi oleh keputusan kebijakan tersebut. Analisis stakeholder berfokus pada identifikasi aktor yang relevan, memahami kepentingan mereka, dan mengevaluasi pengaruh atau kekuatan yang mereka miliki terhadap proses pengambilan keputusan kebijakan. Pendekatan ini memungkinkan pembuat kebijakan untuk memahami kompleksitas interaksi sosial-politik dalam formulasi dan implementasi kebijakan kesehatan.

Brugha dan Varvasovszky (2000) mendefinisikan aktor atau stakeholder sebagai individu, kelompok, atau organisasi yang memiliki kepentingan dan potensi untuk mempengaruhi atau dipengaruhi oleh suatu kebijakan. Analisis aktor dipahami sebagai proses sistematis untuk mengidentifikasi aktor yang relevan, memahami kepentingan, posisi, sumber daya, serta pengaruh mereka dalam proses kebijakan.

Guisse et al. (2024) menekankan bahwa aktor dalam sistem kesehatan berperan penting dalam menjaga resiliensi sistem melalui adaptasi, variasi kinerja, dan pemecahan masalah di berbagai tingkat sistem (mikro, meso, dan makro). Kepentingan aktor ditentukan oleh kedekatan mereka terhadap layanan kesehatan, sedangkan pengaruh dipengaruhi oleh kapasitas untuk memicu atau memfasilitasi tindakan aktor lain.

Sementara itu, Iswarno et al. (2013) mengelompokkan aktor kebijakan kesehatan ke dalam empat kategori utama, yaitu kelompok target, pelaksana, pembuat kebijakan, dan penyandang dana. Kepentingan masing-masing aktor berbeda, mulai dari kepentingan pelayanan, profesional, politik, hingga kepentingan finansial.

2. Pemetaan Stakeholder: Actor Mapping dan Framework Kekuasaan

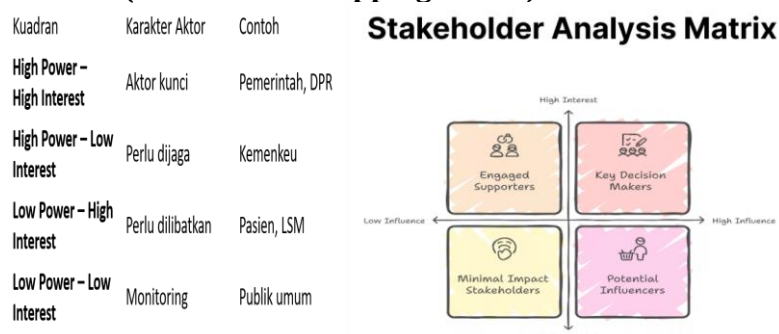
Pemetaan stakeholder (stakeholder mapping) merupakan teknik analisis yang digunakan untuk memvisualisasikan posisi seorang aktor dalam hubungannya dengan kekuatan (power) dan kepentingan (interest) terhadap suatu isu kebijakan. Misalnya, menggunakan matriks power-interest atau Mendelow's Matrix untuk mengelompokkan stakeholder berdasarkan tingkat pengaruh dan kepedulian mereka terhadap kebijakan tertentu dapat membantu strategi komunikasi dan keterlibatan yang efektif.

Pemetaan stakeholder melalui actor mapping dan framework kekuasaan merupakan pendekatan penting dalam analisis kebijakan kesehatan karena mampu mengungkap hubungan antar aktor, tingkat pengaruh, serta dinamika kekuasaan yang memengaruhi proses perumusan hingga implementasi kebijakan.

Tujuan utama pemetaan stakeholder antara lain:

- Mengidentifikasi aktor yang terlibat langsung maupun tidak langsung.
- Memahami kepentingan dan posisi masing-masing aktor.
- Menentukan strategi advokasi dan kolaborasi kebijakan.
- Mengantisipasi konflik kepentingan.
- Meningkatkan efektivitas implementasi kebijakan kesehatan.

Model Pemetaan Aktor (Stakeholder Mapping Model)



Salah satu alat paling umum dalam actor mapping adalah **Matriks Power–Interest** yang membagi aktor menjadi empat kuadran:

1. **High Power – High Interest:** Aktor kunci yang harus dilibatkan intensif.
2. **High Power – Low Interest:** Aktor yang perlu dijaga kepuasannya.
3. **Low Power – High Interest:** Aktor pendukung yang perlu diberdayakan.
4. **Low Power – Low Interest:** Aktor yang cukup dipantau.

Kerangka kekuasaan juga dapat dijelaskan melalui tiga dimensi:

1. Visible power (kekuasaan formal melalui regulasi)
2. Hidden power (lobi dan agenda setting)
3. Invisible power (pengaruh norma dan persepsi publik)

3. Dinamika dan Mengapa Kebijakan Menjadi Tidak Efektif?

Dinamika kekuasaan menjadi elemen penting dalam analisis kebijakan kesehatan karena aktor dengan akses terhadap sumber daya, legitimasi politik atau otoritas institusional cenderung memiliki pengaruh signifikan terhadap keputusan dan implementasi kebijakan. Literatur menunjukkan bahwa kekuasaan tidak hanya secara formal terlihat dalam ranah politik tetapi juga melalui relasi informal dan naratif yang mempengaruhi agenda-setting. Pendekatan teoretis seperti tiga wajah kekuasaan (visible, hidden, invisible power) membantu menjelaskan cara aktor mempengaruhi kebijakan. Kepentingan (*interest*) merupakan motivasi atau tujuan yang ingin dicapai oleh para pemangku kepentingan (*stakeholders*) dalam proses kebijakan. Dalam kebijakan kesehatan, aktor yang terlibat tidak hanya pemerintah, tetapi juga:

- Organisasi profesi kesehatan
- Industri farmasi dan asuransi
- Lembaga swadaya masyarakat
- Akademisi dan media
- Kelompok masyarakat yang terdampak

Masing-masing aktor memiliki **motivasi yang berbeda**, seperti meningkatkan akses layanan, memaksimalkan keuntungan, meningkatkan legitimasi politik, atau memperjuangkan etika publik. Ketika kepentingan ini tidak selaras, akan terjadi dinamika tarik-menarik yang memengaruhi prioritas kebijakan dan alokasi sumber daya kesehatan. Kekuasaan (*power*) mencerminkan kemampuan suatu aktor untuk memengaruhi keputusan, proses, atau hasil kebijakan. Kekuasaan dalam kebijakan kesehatan bersifat multidimensional—tidak hanya berasal dari jabatan formal, tetapi juga dari kontrol atas sumber daya, pengetahuan, jaringan, serta legitimasi. Teori kekuasaan telah dikembangkan dalam beberapa model konseptual, di antaranya:

A. Kebijakan JKN

Regulasi utama: UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang JKN. Pada implementasi JKN, ketidakefektifan tampak dalam Ketimpangan distribusi fasilitas kesehatan, Overcrowding di fasilitas rujukan, Keterlambatan klaim pembayaran. Masalah ini terjadi pada tahap implementasi akibat koordinasi yang belum optimal antara pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, dan BPJS. **Solusi yang dapat dilakukan diantaranya** Penguatan koordinasi lintas level pemerintahan, Transparansi sistem pembiayaan, Peningkatan kapasitas manajemen fasilitas kesehatan.

B. Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS

Regulasi pada Permenkes No. 21 Tahun 2013. Di beberapa daerah, kebijakan belum efektif karena Stigma sosial, Lemahnya integrasi layanan, Minimnya pelibatan LSM lokal. Ketidakefektifan muncul dalam bentuk rendahnya cakupan testing dan retensi terapi ARV. Adapaun solusi dapat berupa Pelibatan komunitas dan organisasi masyarakat sipil, Integrasi layanan primer dengan program HIV, Edukasi publik untuk mengurangi stigma.

C. Penanganan COVID-19

Variasi efektivitas antar daerah menunjukkan bahwa keberhasilan kebijakan sangat dipengaruhi kapasitas kepemimpinan daerah, koordinasi lintas sektor, serta komunikasi risiko, **Regulasi pada** Permenkes No. 9 Tahun 2020 (PSBB). Adapaun Bentuk ketidakefektifan diantaranya Perbedaan interpretasi regulasi antar kepala daerah, Resistensi masyarakat terhadap pembatasan, Ketidaksinkronan data epidemiologi. Solusi yang dilakukan dapat berupa Model *collaborative governance*, Satu data kesehatan nasional, Komunikasi risiko berbasis komunitas, Penguatan kapasitas kepemimpinan daerah.

Bagian ini membahas secara mendalam dinamika aktor dan distribusi kekuasaan dalam kebijakan kesehatan. Ketidakefektifan kebijakan sering kali terjadi bukan karena kelemahan regulasi, melainkan karena ketidaksinkronan peran antar aktor, dominasi kelompok tertentu dalam agenda-setting, serta kurangnya mekanisme kolaboratif yang terinstitusionalisasi. Pemetaan stakeholder menggunakan matriks power-interest membantu mengidentifikasi aktor kunci, potensi konflik, dan strategi advokasi yang tepat.

4. Aplikasi Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Kesehatan Global dan Lokal

Analisis stakeholder telah diaplikasikan dalam berbagai penelitian kebijakan kesehatan: dari prioritas alokasi sumber daya di rumah sakit sampai pada reformasi sistem kesehatan nasional atau penanganan isu kesehatan masyarakat seperti stunting. Misalnya, aplikasi dalam universal health coverage menunjukkan pentingnya memahami persepsi aktor terhadap reformasi sistem kesehatan.

Dalam literatur kebijakan kesehatan, *stakeholder analysis* didefinisikan sebagai proses sistematis untuk:

- Mengidentifikasi siapa saja yang terlibat dalam suatu isu atau kebijakan.
- Menganalisis kepentingan, peran, kekuasaan, dan hubungan antar aktor.
- Menentukan pengaruh mereka terhadap proses kebijakan.

Menurut Varvasovszky dan Brugha, analisis ini dapat digunakan untuk memahami dinamika di balik dukungan maupun resistensi terhadap kebijakan, memetakan relasi antar aktor, serta mengidentifikasi peluang mobilisasi dukungan atau mitigasi konflik

Dalam konteks global, analisis stakeholder digunakan untuk memahami hubungan antara organisasi internasional (seperti WHO, World Bank, UN agencies), negara anggota, donor internasional, serta LSM global dalam proses pembuatan kebijakan kesehatan. Contoh konkret dari aplikasi ini adalah dalam proses negosiasi dan implementasi kebijakan global seperti *Global Health Security*, *Universal Health Coverage (UHC)*, dan *Inisiatif Pemberantasan Penyakit Menular*. Analisis stakeholder membantu memasukkan perspektif berbagai aktor dari negara berpenghasilan rendah sampai negara maju, serta memetakan isu yang menjadi prioritas mereka dalam perundingan global. Hal ini penting untuk menjembatani kesenjangan antara kebijakan global dan konteks lokal di berbagai negara.

Selain itu, beberapa studi telah mengidentifikasi tantangan dalam melibatkan stakeholder dari negara berpenghasilan rendah dalam proses kebijakan, termasuk hambatan partisipasi yang bersifat struktural atau persepsi bahwa keterlibatan hanya bersifat simbolik (*tokenistic*) daripada substansial. Di tingkat lokal, analisis stakeholder banyak digunakan dalam penelitian kebijakan kesehatan daerah di Indonesia. Beberapa contoh aplikasi yang baik meliputi:

1) Kebijakan KIA (Ibu dan Anak)

Studi di Kabupaten Kepahiang menunjukkan bahwa partisipasi stakeholder kunci seperti pemerintah daerah, dinas kesehatan, dan masyarakat lokal berperan penting dalam implementasi program kesehatan ibu dan anak. Namun, keterlibatan stakeholder dalam perencanaan dan penganggaran masih lemah, sehingga komitmen politik terhadap kebijakan tidak optimal.

2) Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS

Penelitian di Kabupaten Grobogan menunjukkan bahwa meskipun mayoritas stakeholder setuju dengan upaya penanggulangan HIV/AIDS, koordinasi dan kolaborasi antar pemangku kepentingan masih terbatas. Analisis stakeholder memberikan wawasan penting tentang mekanisme komunikasi dan rencana strategis yang dibutuhkan untuk integrasi program kesehatan ini.

3) Kebijakan JKN / Jaminan Kesehatan Nasional

Analisis di Kabupaten Jember terhadap pemenuhan fasilitas kesehatan juga menunjukkan bahwa lembaga seperti BPJS dan fasilitas kesehatan primer memiliki peran kunci dalam implementasi kebijakan pembiayaan kesehatan. Analisis stakeholder membantu mengidentifikasi titik temu antara kepentingan pemerintah dengan lembaga layanan kesehatan untuk mengatasi keterbatasan fasilitas dan sumber daya masyarakat.

4) Penanganan COVID-19

Stakeholder mapping dalam penanganan COVID-19 di Kota Bengkulu menunjukkan keterlibatan berbagai aktor seperti tenaga kesehatan, aparat keamanan, pemerintah, media, LSM, dan masyarakat. Ini membantu memperjelas posisi dan peran masing-masing stakeholder dalam respon kesehatan darurat. Untuk meningkatkan efektivitas kebijakan kesehatan diperlukan:

1. Identifikasi aktor sejak tahap perencanaan
2. Pelibatan inklusif dalam proses formulasi kebijakan
3. Penguatan kapasitas kelompok berpengaruh rendah
4. Monitoring dan evaluasi partisipatif
5. Pendekatan Health in All Policies (HiAP)

5. Strategi Pengelolaan Stakeholder dalam Proses Kebijakan

Dalam proses perumusan, implementasi, hingga evaluasi kebijakan kesehatan, **pengelolaan stakeholder** (*stakeholder management*) merupakan komponen krusial yang memengaruhi keberhasilan kebijakan tersebut. Stakeholder diartikan sebagai individu atau kelompok yang **memiliki kepentingan (interest)** atau **dapat memengaruhi proses dan hasil kebijakan**, termasuk pemerintah, penyedia layanan, industri, masyarakat, dan mitra pembangunan lainnya. Analisis dan strategi pengelolaan stakeholder yang efektif diperlukan untuk menjamin keterlibatan yang bermakna dan hasil kebijakan yang responsif serta berkelanjutan.

Pengelolaan stakeholder dalam kebijakan kesehatan merupakan rangkaian langkah sistematis untuk:

- Mengidentifikasi aktor yang relevan dan berpengaruh dalam kebijakan.
- Menganalisis kepentingan (*interests*), kekuasaan (*power*), dan posisi mereka.
- Menyusun strategi untuk melibatkan mereka secara efektif sepanjang *policy cycle* (agenda-setting, perumusan, implementasi, evaluasi).

Tujuan utamanya mencakup:

- Meningkatkan *legitimasi kebijakan* melalui keterlibatan yang inklusif.
- Memperkuat dukungan politik dan sosial untuk kebijakan tersebut.
- Meminimalisir resistensi atau konflik dari kelompok yang dirugikan.
- Meningkatkan kualitas dan kapasitas implementasi melalui kolaborasi multisektor.

Strategi Pengelolaan Stakeholder

a. Perencanaan dan Pemetaan Stakeholder

Tahap awal strategi pengelolaan meliputi:

1. Identifikasi Stakeholder

Menentukan siapa saja aktor yang memiliki peran, dipengaruhi, atau dapat memengaruhi kebijakan. Ini mencakup sektor publik, swasta, akademisi, CSO/LSM, media, serta komunitas lokal.

2. Analisis Kepentingan dan Kekuatan

Menggunakan kerangka *power–interest matrix* atau *stakeholder salience* untuk mengkategorikan aktor menurut kepentingan dan pengaruhnya.

3. Penetapan Prioritas Keterlibatan

Fokus pada stakeholder dengan pengaruh tinggi dan kepentingan tinggi, sementara strategi komunikasi disesuaikan untuk kelompok lainnya.

b. Pendekatan Komunikasi yang Terencana

Komunikasi yang jernih dan berkelanjutan krusial untuk membangun saling pengertian dan kepercayaan:

- Komunikasi dua arah yang memungkinkan dialog, bukan hanya penyampaian informasi.
- Transparansi tujuan dan proses dari awal hingga akhir.
- Penyampaian informasi melalui berbagai saluran (pertemuan, media sosial, consultative workshops).

c. Partisipasi Multilevel dan Inklusif

Strategi keterlibatan harus inklusif dan berlapis:

- Memberikan ruang bagi stakeholder dari semua level (*grassroots hingga lembaga pusat*).
- Menyediakan forum deliberatif seperti *consultative workshops*, *stakeholder forums*, atau *multi-sectoral planning committees*.
- Menyusun mekanisme umpan balik (*feedback mechanisms*) yang memungkinkan kontribusi stakeholder memengaruhi kebijakan yang sedang dirancang atau diimplementasikan.

d. Penguatan Kapasitas Stakeholder

Tidak semua stakeholder memiliki kapasitas yang sama untuk berpartisipasi:

- Pelatihan atau *policy literacy* untuk kelompok masyarakat atau organisasi lokal agar dapat memahami proses kebijakan.
- Fasilitasi dukungan teknis kepada kelompok marginal agar suara mereka tidak tertinggal dalam proses konsultatif.

e. Kolaborasi dan Koalisi Strategis

Kolaborasi antara sektor publik, swasta, akademisi, dan masyarakat penting untuk menghasilkan kebijakan yang komprehensif:

- Pembentukan koalisi atau jaringan kolaboratif untuk menyatukan suara dan sumber daya.
- Koordinasi lintas sektor (*intersectoral collaboration*, mis. *Health in All Policies*) yang memperluas dukungan dan akses sumber daya.

f. Monitoring, Evaluasi, dan Feedback

Strategi stakeholder harus bersifat dinamis:

- Melakukan *stakeholder performance monitoring* untuk menilai sejauh mana keterlibatan tersebut efektif.
- Evaluasi keberhasilan strategi keterlibatan dan penyesuaian secara berkelanjutan berdasarkan umpan balik stakeholder

KESIMPULAN

Kajian ini menunjukkan bahwa ketidakefektifan kebijakan kesehatan di Indonesia—seperti pada implementasi JKN, penanggulangan HIV/AIDS, dan penanganan COVID-19—tidak semata-mata disebabkan oleh kelemahan substansi regulasi, melainkan oleh dinamika aktor dan distribusi kekuasaan yang belum optimal dalam tahap implementasi. Data sekunder menunjukkan bahwa meskipun cakupan kepesertaan JKN tinggi, ketimpangan akses masih terjadi; meskipun regulasi HIV/AIDS tersedia, cakupan testing dan retensi terapi belum

optimal; dan meskipun regulasi pembatasan sosial diterbitkan, efektivitas implementasi berbeda antar daerah. Hal ini mengindikasikan adanya ketidaksinkronan antara desain kebijakan dan kapasitas aktor pelaksana.

Ketidakefektifan kebijakan muncul dalam bentuk lemahnya koordinasi lintas sektor, dominasi aktor tertentu dalam pengambilan keputusan, minimnya pelibatan kelompok berkepentingan tinggi namun berpengaruh rendah, serta kurangnya mekanisme kolaboratif yang terinstitusionalisasi. Oleh karena itu, analisis stakeholder dan pemetaan kekuasaan harus menjadi bagian integral dalam setiap tahap siklus kebijakan kesehatan. Strategi penguatan koordinasi, transparansi tata kelola, pemberdayaan aktor dengan kepentingan tinggi, serta penerapan pendekatan collaborative governance dan Health in All Policies menjadi rekomendasi utama untuk meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan kebijakan kesehatan di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: A review. *Health Policy and Planning*, 15(3), 239–246. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.239>
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making health policy* (2nd ed.). Open University Press.
- Guisse, V., et al. (2024). Identifying, categorising, and mapping actors involved in resilience in healthcare: A qualitative stakeholder analysis. *BMC Health Services Research*, 24, 230. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-xxxx-x>
- Iswarno, I., Hasanbasri, M., & Lazuardi, L. (2013). Analisis stakeholder dalam kebijakan program kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Kepahiang. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2(2), 77–85.
- Jatmiko, Y., & Hakim, K. (2021). Stakeholder mapping analysis in handling COVID-19 in Bengkulu City. *International Journal of Policy and Public Administration*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Makan, A., Fekadu, A., et al. (2015). Stakeholder analysis of the Programme for Improving Mental health care (PRIME). *International Journal of Mental Health Systems*, 9, 15. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0005-7>
- Presiden Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Purbani, R. K., Mahendradhata, Y., & Subronto, Y. W. (Tahun tidak tersedia). Analisis stakeholder dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Grobogan. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*.
- Puspita, N. L., & Harsono, D. (Tahun tidak tersedia). Stakeholder analysis dalam penanganan stunting di Kabupaten Bantul. *Journal of Public Policy and Administration Research*.
- Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta.
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>
- Yuliansyah, A., Nuryadi, N., & Herawati, Y. T. (Tahun tidak tersedia). Analisis stakeholder dalam kebijakan pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program JKN di Kabupaten Jember. *JPK Jurnal Pustaka Kesehatan*.