



**ANALISIS STAKEHOLDER DALAM KEBIJAKAN BADAN LAYANAN
UMUM DAERAH (BLUD) PUSKESMAS DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh :

Hasritatun Riskiyah

NIM 142110101052

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ANALISIS STAKEHOLDER DALAM KEBIJAKAN BADAN LAYANAN
UMUM DAERAH (BLUD) PUSKESMAS DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Oleh :

Hasritatun Riskiyah

NIM 142110101052

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, segala puji dan syukur atas karunia dan nikmat yang telah diberikan Allah SWT. Terima kasih atas segala kemudahan dan kelancaran yang telah Engkau berikan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Kedua orang tuaku, Bapak Syamsul Bahri dan Ibu Hasanah, S.Pd.I. Terimakasih atas cinta, kasih sayang, pengorbanan, doa yang selalu mengalir di setiap sujud serta dorongan dan semangat yang tak pernah berhenti
2. Kakakku tercinta, Decky Maulana, S.E dan Adikku tercinta, Nurhidayati Meilanda dan Elok Kusnila yang selalu memberikan doa, dukungan serta motivasi yang tiada henti.
3. Guru-guruku sejak TK hingga Perguruan Tinggi, terimakasih atas semua ilmu, nasehat, dan bimbingan yang telah kalian berikan
4. Almamaterku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

MOTTO

“Doa itu memang selemah-lemahnya usaha, tapi menurut aku doa itu sekuat-kuatnya senjata. Karena Allah SWT yang langsung turun tangan dan berkuasa mengubah hati manusia” (Inara Rusli)

<http://www.Muslimahdaily.com>

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hasritatun Riskiyah

NIM : 142110101052

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember,

Yang menyatakan,

Hasritatun Riskiyah

142110101052

SKRIPSI

**ANALISIS STAKEHOLDER DALAM KEBIJAKAN BADAN LAYANAN
UMUM DAERAH (BLUD) PUSKESMAS DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh :

Hasritatun Riskiyah

142110101052

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari	: Jum'at	
Tanggal	: 07 September 2018	
Tempat	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember	
Pembimbing		Tanda Tangan
DPU	: Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. NIP. 19820416 201012 2 003	(.....)
DPA	: Eri Witcahyo ,S.KM., M.Kes. NIP. 19820723 201012 1 003	(.....)
Penguji		
Ketua	: Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH NIP. 19770108 200501 2 004	(.....)
Sekretaris	: Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. NIP. 19781016 200912 2 001	(.....)
Anggota	: Agus Sulistinah, S.KM NIP. 19710809 199103 2 001	(.....)

Mengesahkan

Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.

NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember ; Hasritatun Riskiyah; 142110101052; 2018; 141 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Puskesmas saat ini masih banyak menggunakan pola pengelolaan keuangan yang mengharuskan unit kerja operasional menyetor pendapatan ke kas daerah. Hal ini tentu tidak memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan secara mandiri, maka dari itu untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan dan publik ini dilakukan melalui Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU). Kebijakan terkait pelaksanaan BLUD di Kabupaten Jember belum bisa dilaksanakan karena belum adanya regulasi yang mendukung, oleh karena itu sebelum kebijakan BLUD dilaksanakan maka penting untuk diadakannya pemetaan stakeholder terlebih dahulu. Pemetaan *stakeholder* penting dilakukan karena para pembuat kebijakan dapat mengidentifikasi aktor penting dalam proses pembuatan kebijakan dan mengkaji pengetahuan, kepentingan, posisi, sikap mereka terhadap kebijakan sehingga dapat mengusulkan surat keputusan Bupati terkait kebijakan BLUD yang belum ada sampai saat ini. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis *stakeholder*, mengkaji kepentingan dan pengaruh stakeholder serta mengkaji resiko dan antisipasi stakeholder dalam Kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember.

Jenis penelitian ini tergolong dalam penelitian fenomenologi dengan pendekatan kualitatif yang bertujuan untuk mengkaji seluruh hal yang berkaitan dengan *stakeholder* yang berperan serta berkaitan dengan kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam ke Ketua DPRD Komisi D, Kepala Bagian Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Jember, Kepala Keuangan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Kepala Puskesmas yang sudah terakreditasi Kabupaten Jember, Kepala Dinas Pendapatan Pengelolaan Kekayaan Aset Daerah (DPPKAD), Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Kabupaten (Bappekab), Akademisi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, Sekretaris II

Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Cabang Jember. Instrumen yang digunakan dalam pengambilan data yaitu lembar panduan wawancara mendalam. Analisis data dilakukan dengan metode *thematic content analysis* (analisis berdasarkan tema).

Hasil penelitian diketahui terdapat 12 *Stakeholder* yang berperan dalam Kebijakan Pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember. Pengklasifikasian kepentingan (*interest*) dan pengaruh (*influence*) masing-masing *stakeholder* digolongkan ke dalam matriks kepentingan-pengaruh (*interest-influence matrix*). *Stakeholder* yang termasuk dalam *key players* adalah Bupati Jember, Sekretaris Daerah dan DPRD Jember. *Stakeholder* yang termasuk dalam *context setter* adalah Bappekab Jember, dan DPKAD Jember. *Stakeholder* yang termasuk dalam *subjects* adalah Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan, Kepala Keuangan Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas Kabupaten Jember. *Stakeholder* yang termasuk dalam *crowd* adalah Pimpinan Perguruan Tinggi dan Ketua IDI Organisasi Profesi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Jember. Risiko yang akan muncul apabila kebijakan BLUD Puskesmas tidak dilaksanakan dengan baik secara terprogram adalah akan terjadi penyimpangan penggunaan keuangan dari puskesmas tersebut. Antisipasi risiko yang dapat dilakukan oleh *Stakeholder* terkait kebijakan BLUD yaitu melakukan pemantauan.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, peneliti menyarankan untuk Menyusun tim BLUD, melakukan diskusi musyawarah mufakat terkait pelaksanaan BLUD, Bagi Dinas Kesehatan, memberikan usulan kepada Bupati untuk mengeluarkan SK terkait Peraturan BLUD Puskesmas, memberikan bimbingan teknis secara berkala dan berkesinambungan kepada Puskesmas dengan melibatkan antar stakeholder yang berkaitan dengan pelatihan dan workshop terkait pengelolaan keuangan BLUD Puskesmas

SUMMARY

The Analysis of Stakeholder's Role in Regional Public Service Agency Policy of Community Health Center in Jember; Hasritatun Riskiyah; 142110101052 2018; 141 pages; Health Policy and Administration Department, Faculty of Public Health, Jember University.

A lot of community health center, known as the primary health center in Indonesia, still used financial management patterns that require operational work units to deposit revenue to the local treasury. It did not provide flexibility for independent financial management, so Pattern Financial Management of Public Service Agency was used to improve the quality of health and public services. The policies that related to the implementation of the Regional Public Service Agency, known as BLUD, in Jember cannot be implemented because there was not supporting regulations. Therefore, before the BLUD policy was implemented, it was important to do stakeholder mapping. Stakeholder mapping was important because policymakers could identify key actors in the policy-making process and review their knowledge, interests, positions, attitudes toward the policy, so they could propose the Regent decree related to BLUD policy. This study aimed to analyze stakeholders, stakeholder interests, stakeholder influence and stakeholder risk and anticipation in BLUD Policy of primary health center in Jember.

This research was the fenomenologis with a qualitative an approach that aimed to analyze all matters that related to stakeholders who has the role in Regional Public Service Agency policies of the primary health center in Jember. The data were collected by in-depth interviews with the Chairperson DPRD of Commission D, Chairperson of the Health Services Section in Jember Health Office, Chairperson of Finance in Jember Health Office, Chairperson of primary health center that was accredited in Jember, Chairperson of Regional Assets Wealth Management Service or known as DPPKAD, Chairperson of District Development Planning Agency or known as Bappekab, Public Health Faculty Academics in the University of Jember, The second secretary Indonesian Doctors the Association is known as IDI for Jember. The instruments used in data

collection were in-depth interview guidance sheets. The data were analyzed descriptively without any statistical data test.

The research findings revealed that there were 12 stakeholders who had a role in BLUD Policy implementation of the primary health center in Jember District. It was classified based on the interests and influence of each stakeholder in an interest-influence matrix. Stakeholders who included as key players were the regent of Jember, regional secretary and DPRD of Jember. Stakeholders who included as context setter were Bappekab Jember and DPKAD Jember. Stakeholders who included as the subject were the chairperson of the Public Health Office, the chairperson of the Health Service Division in Public Health Office, the chairperson of Finance in Public Health Office, the chairperson of Community Health Center or primary health center in Jember. Stakeholders who included as the crowd were higher education leaders and the chairperson of IDI Chairpersons as Professional Health Workers Organizations in Jember. The risk that would happen if the BLUD policy in primary health center was not implemented properly in well programmed, there would be irrelevance finance used in that primary health center. The anticipation for the risks that can be done by Stakeholders related to BLUD policy was to conduct continuous monitoring,

Based on the research results, the researcher gave suggestion to compose a BLUD team, conduct a discussion related to the implementation of BLUD. Besides, the researcher also suggested Public Health Office give recommendations to the regent to release a decree related to the BLUD Regulation of the primary health center, provide regular and continuous technical guidance for primary health center by involving stakeholders who had experience in training and workshops related to financial management of BLUD primary health center.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember.*” Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu tahap untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. selaku dosen Pembimbing Utama, dan Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing Anggota, yang telah banyak memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi, motivasi, pemikiran, saran, perhatian, do’a, serta meluangkan waktunya sehingga skripsi ini dapat disusun dan terselesaikan dengan baik.

Penyusunan Skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Ni’mal Baroya, S.KM., M.PH selaku ketua penguji, Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes selaku sekertaris penguji dan Agus Sulistinah, S.KM selaku penguji anggota;
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, DPRD Jember, DPKAD Jember, Bappeda Jember, Puskesmas Sumpersari, Puskesmas Kaliwates, terima kasih atas diberikannya ijin penelitian;
4. Sahabat-sahabatku terdekat dan tersayang Iin Listianah, Shofia Latifah, Eva Diana, Sandra Noermala, Lailatul Qadriyah, Noviantika Purnama Sari, Anis Yulianti, Hasianda, Rizaldi Yudhistira, Nopelia Herela, Mahfudzo, Nia Putri Nilamsari, Risma Novia, Rosyid Wahyu Wijamarso, Muthmainah Farida Hanif, Siti Ning Fatimatus Zahro, Rizky Afriliana, Nia Puspitasari,

Lusdiyanti Ardian, Yulis Ekaningrum, Nurul Fadilah, dan Alifaida Aulia yang selalu menemani, memberikan dukungan dan membantu sampai terselesaikannya skripsi ini;

5. Teman-teman AKK 2017, teman-teman angkatan 2014 serta teman-teman organisasi Arkesma;
6. Almamaterku tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
7. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu

Penulis menyadari jika skripsi ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi khasanah ilmu pengetahuan, terutama di bidang Kesehatan Masyarakat. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih

Jember, 7 September 2018

Penyusun

Hasritatun Riskiyah

142110101052

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN SKRIPSI	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4. Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	8
2.1.1 Definisi Puskesmas.....	8
2.1.2 Visi dan Misi Puskesmas.....	8

2.1.3	Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas	9
2.1.4	Upaya Kesehatan di Puskesmas	11
2.1.5	Pendanaan Puskesmas	12
2.2	Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)	13
2.2.1	Definisi BLUD	13
2.2.2	Tujuan BLUD	14
2.2.3	Persyaratan BLUD.....	14
2.2.4	Tata Kelola BLUD	15
2.2.5	Pejabat Pengelola BLUD.....	16
2.2.6	Penetapan PPK-BLUD	18
2.2.7	Pencabutan Status BLUD	20
2.3	Kebijakan.....	20
2.3.1	Definisi Kebijakan.....	20
2.3.2	Sistem dan Komponen Kebijakan	21
2.3.3	Analisis Kebijakan.....	30
2.3.4	Analisis dan Proses Kebijakan	31
2.3.5	Bentuk- Bentuk Analisis Kebijakan	33
2.4	Analisis Pemangku Kepentingan (<i>Stakeholder</i>).....	37
2.4.1	Definisi <i>Stakeholder</i>	37
2.4.2	Klasifikasi <i>Stakeholder</i>	38
2.4.3	Peran <i>Stakeholder</i>	39
2.4.4	Pemetaan <i>Stakeholder</i>	40
2.4.5	Analisis <i>Stakeholder</i>	41
2.4.6	Metode Analisis <i>Stakeholder</i>	44
2.4.7	Keuntungan Analisis <i>Stakeholder</i>	45
2.5	Kerangka Teori.....	47
2.6	Kerangka Konsep	48
BAB 3. METODE PENELITIAN.....		50
3.1	Jenis Penelitian	50
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	50
3.2.1	Tempat Penelitian	50

3.2.2	Waktu Penelitian	51
3.3	Penentuan Informan Penelitian	51
3.3.1	Informan Penelitian	51
3.4	Fokus Penelitian	52
3.5	Data dan Sumber Data	54
3.6	Teknik dan Instrumen Penelitian	55
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data	55
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data	57
3.7	Teknik Penyajian dan Analisis Data	57
3.7.1	Teknik Penyajian Data	57
3.7.2	Teknik Analisis Data	58
3.8	Validitas.....	59
3.9	Alur Penelitian.....	60
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN	61
4.1	Gambaran dan Karakteristik Informan	61
4.2	Identifikasi Stakeholder	64
4.3	Kajian Kepentingan dan Pengaruh Stakeholder	74
4.3.1	<i>Key Players</i>	76
4.3.2	<i>Context Setter</i>	79
4.3.3	<i>Subjects</i>	84
4.3.4	<i>Crowd</i>	87
4.4	Kajian Potensi Konflik (Risiko) dan Antisipasi <i>Stakeholder</i>.....	90
4.5	Keterbatasan Penelitian.....	93
BAB 5.	PENUTUP.....	94
5.1	Kesimpulan	94
5.2	Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA	97

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 2 Fokus Penelitian dan Pengertian	53
Tabel 3. 3 Alur Penelitian	60
Tabel 4. 1 Informan Penelitian.....	61
Tabel 4. 2 <i>Stakeholder</i> yang terlibat dalam Kebijakan (BLUD).....	67
Tabel 4. 3 Pengkategorian <i>Stakeholder</i> Berdasarkan Kepentingan Utama.....	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	Alur Proses Penetapan Penerapan PPK-BLUD	18
Gambar 2. 2	Hubungan Komponen dalam Sistem Kebijakan	21
Gambar 2. 3	Aktor dari Jenis Institusi	25
Gambar 2. 4	Segitiga Kebijakan (<i>Triangle of Health Policy</i>).....	30
Gambar 2. 5	Matriks Kepentingan-Pengaruh (<i>interest-influence matrix</i>)	45
Gambar 2. 6	Kerangka Teori Segitiga Kebijakan modifikasi dari Walt dan Gilson (1994) dalam Buse et al (2005) dan Reed (2009).....	47
Gambar 2.7	Kerangka Konsep Segitiga Kebijakan modifikasi dari Walt dan Gilson (1994) dalam Buse et al (2005) dan Reed (2009).....	48
Gambar 4. 1	Pengaruh Kepentingan	88

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Persetujuan	101
Lampiran B. Panduan Wawancara Informan Kunci	102
Lampiran C. Panduan Wawancara Informan Utama	106
Lampiran D. Panduan Wawancara Informan Tambahan	110
Lampiran E. Dokumentasi	114
Lampiran F. Hasil Data Kualitatif.....	118

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan :

APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
Bappeda	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DPKAD	: Dinas Pendapatan Pengelolaan Kekayaan Aset Daerah
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
IDI	: Ikatan Dokter Indonesia
PEMKAB	: Pemerintah Kabupaten
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Resntra	: Rencana Strategi
RPJMD	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
SDMK	: Sumber Daya Manusia Kesehatan
Sekda	: Sekretaris Daerah

Daftar Notasi :

%	: Persen
=	: Sama dengan
/	: Atau
(: Kurung buka
)	: Kurung tutup

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Setiap manusia di dunia memiliki hak asasi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak bagi masyarakat sesuai dengan amanah pasal 34 ayat 3 Undang-Undang Dasar 1945 bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat salah satunya adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang bertujuan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI 75, 2014: 3).

Pelayanan lain yang harus diberikan Pemerintah kepada Masyarakat adalah pelayanan publik. Pemerintah menerbitkan Undang-undang nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik yang mengatur tentang penyediaan fasilitas pelayanan publik yang berkualitas, cepat, mudah, dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Pelayanan publik merupakan seluruh jasa pelayanan baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab oleh instansi Pemerintah di pusat, di daerah dan lingkungan Badan Usaha Milik Negara dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat dan dilaksanakan oleh instansi pemerintah pusat termasuk juga pada pelayanan kesehatan. Pemerintah juga berkewajiban untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik khususnya kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan publik yang berkualitas merupakan hasil dari proses pelayanan dan pengelolaan keuangan yang baik. Puskesmas saat ini masih banyak menggunakan pola pengelolaan keuangan yang mengharuskan unit kerja operasional menyeter pendapatan ke kas daerah (Bimtek Keuangan Daerah, 2017)

Hal ini tentu tidak memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan secara mandiri, maka dari itu untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan dan publik ini dilakukan melalui Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU). Badan Layanan Umum merupakan instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Selanjutnya untuk pemerintah daerah, BLU kemudian disebut sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Peraturan khusus puskesmas mematuhi dan meningkatkan status BLUD yaitu Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan BLUD.

Puskesmas merupakan salah satu UPTD di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten. Puskesmas yang berstatus BLUD diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kepada masyarakat yaitu dengan mengelola langsung pendapatan fungsional Puskesmas untuk membiayai pengeluaran BLUD baik sebagai biaya operasional ataupun biaya non operasional. Sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, tujuan BLUD adalah meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas-tugas pemerintah dalam memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, Oleh karena itu, penerapan BLUD Puskesmas merupakan hal yang seharusnya dilakukan oleh Pemerintah Daerah agar dalam operasional Puskesmas tidak bergantung pada anggaran Pemerintah Daerah. Fleksibilitas yang diberikan kepada puskesmas BLUD diantaranya ialah pengecualian BLUD dari pengelolaan keuangan daerah pada umumnya, seperti menggunakan secara langsung hasil pendapatannya untuk operasional kegiatan. Kemudahan lainnya yang diberikan ialah kesempatan untuk mempekerjakan tenaga profesional non PNS serta kesempatan pemberian imbalan jasa kepada pegawai sesuai dengan kontribusinya (Jamsos Indonesia,2016)

Keseluruhan Puskesmas di Indonesia berjumlah 9759 Puskesmas, tahun 2014 Puskesmas yang sudah menerapkan PPK-BLUD adalah sebanyak 206

Puskesmas dari total keseluruhan yang terdiri dari 91 Puskesmas dengan status PPK-BLUD Penuh, dan 115 Puskesmas dengan status PPK-BLUD bertahap (Ditjen Keuda, 2014). Masih sedikitnya puskesmas yang mengubah statusnya menjadi BLUD menjadi perhatian khusus bagi pemerintah, dengan terbitnya Surat Menteri Dalam Negeri Nomor 440/8130/SJ tanggal 13 November 2013 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan bahwa seluruh Rumah Sakit Daerah dan Puskesmas diharapkan segera dapat melakukan percepatan perubahan status menjadi BLUD (Haksomo,2016)

Program Jaminan Kesehatan Nasional yang direncanakan oleh Pemerintah mulai 1 Januari 2014 dan dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan. Perubahan status ini menjadi sangat penting karena pengelolaan keuangan BLUD yang bersumber dari kapitasi BPJS harus segera dapat dipergunakan oleh puskesmas untuk memberikan pelayanan terhadap pasien BPJS. Kapitasi BPJS merupakan besaran pembayaran per bulan yang dibayar diawal pendaftaran kepada puskesmas berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Namun hal yang semula tidak disadari adalah puskesmas merupakan UPTD yang terikat dengan pola pengelolaan keuangan Pemda. Sesuai dengan UU Keuangan Negara no 13/2003 dan UU No 1 / 2004 tentang perbendaharaan negara, semua pendapatan negara bukan pajak, harus disetorkan terlebih dahulu sebelum bisa digunakan langsung. Penggunaan dana tersebut harus mengacu pada pola penggunaan dana APBD. Satu-satunya institusi yang dapat menggunakan dana secara langsung, dan dikecualikan dari ketentuan diatas adalah SKPD atau UPTD yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD (Syncore, 2017)

Kepemilikan Puskesmas per Kabupaten di Daerah Karesidenan Besuki adalah sebagai berikut: Kabupaten Jember 50 Puskesmas, Kabupaten Banyuwangi 45 Puskesmas, Kabupaten Bondowoso 25 Puskesmas dan Kabupaten Situbondo 17 Puskesmas. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo dari 137 Puskesmas di empat kabupaten tersebut, terdapat 17 Puskesmas yang

sudah menerapkan PPK-BLUD yang semuanya di Kabupaten Situbondo sejak berlakunya Peraturan Bupati nomor 55 Tahun 2015 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Unit Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo. Untuk kesiapan BLUD di Kabupaten Bondowoso telah dilaksanakan di tahun 2016-2017 dan mulai melaksanakan BLUD dengan status bertahap, untuk Kabupaten Banyuwangi belum BLUD dan memerlukan waktu 3 tahun untuk kesiapan BLUD. Pada renstra Kabupaten Jember tahun 2016-2021 terdapat capaian target untuk program puskesmas BLUD di tahun 2018 dimana target Jumlah Puskesmas dengan Status Badan layanan Umum Daerah (BLUD) yaitu 27 Puskesmas (Renstra Jember, 2016-2021)

Berdasarkan hasil Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) tahun 2016, Hasil dari PKP tersebut terutama pada kegiatan manajemen puskesmas di Kabupaten Jember nilai pada seluruh puskesmas di Kabupaten Jember memenuhi untuk BLUD dimana berdasarkan pedoman persyaratan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang terdapat pada Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 61 Tahun 2007 jenjang nilai 60-79 (Tidak BLUD), 80-89 (BLUD Bertahap), dan 90 (BLUD Penuh) namun sampai saat ini belum ada Puskesmas yang berstatus BLUD. Hal ini terbukti dari hasil studi pendahuluan bahwa belum adanya kesiapan seperti belum terbentuknya tim pengelola BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember sedangkan Kabupaten Situbondo membutuhkan waktu satu tahun persiapan sebelum akhirnya menerapkan BLUD Puskesmas, karena terdapat persyaratan-persyaratan yang harus dipenuhi salah satunya yaitu persyaratan administratif. Persyaratan administratif terdiri dari enam point, salah satunya yaitu adanya rencana anggaran bisnis, maka dari itu perlu adanya pelatihan dan pendampingan terhadap puskesmas (Perbup Situbondo No.55, 2015)

Menurut Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Jember Tahun 2016-2021 ini menjadi landasan penetapan Rencana Strategis Perangkat Daerah (Renstra PD) Kabupaten Jember dan penyusunan Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) sebagai dokumen perencanaan daerah untuk periode 1 (satu) tahun atau disebut dengan rencana pembangunan tahunan daerah. Untuk mencapai indikator target kinerja visi dan misi pada

sasaran pembangunan jangka menengah daerah maka strategi menjadi sarana untuk mendapatkan gambaran tentang program prioritas salah satunya yaitu Pelaksanaan Kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember. Adapun pelaksanaan program pembangunan jangka menengah serta keterkaitannya dengan kebijakan umum dan program pembangunan daerah salah satunya yaitu Persentase SKPD yang konsisten dalam menetapkan program /kegiatan dari proses RPJMD/Renstra sampai RKA/DPA SKPD/APBD (RPJMD Jember, 2016-2021)

Segitiga kebijakan kesehatan (*triangle of health policy*) sebagai pendekatan yang sudah sangat disederhanakan untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks dalam mengkaji suatu kebijakan memberikan penjelasan bahwa adanya faktor seperti konten, konteks, proses, dan aktor yang berada dalam kerangka segitiga kebijakan, dapat dipertimbangkan secara terpisah, akan tetapi saling mempengaruhi satu sama lain. Berdasarkan kerangka segitiga kebijakan tersebut, salah satu faktor yang dapat mendukung upaya Kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember adalah aktor atau pemangku kepentingan kebijakan (*stakeholder*). *Stakeholder* memegang peranan penting dan utama dalam proses menyusun, mengembangkan, atau melaksanakan suatu kebijakan. Sehingga dalam hal penguatan manajemen BLUD Puskesmas penting dilaksanakan kerjasama dan sinergi yang baik dan saling menguatkan dari seluruh *stakeholder* yang terlibat (Dunn dalam Ayuningtyas, 2014:15)

Analisis *stakeholder* menjadi agenda yang penting untuk dilakukan dalam suatu tahap pengembangan kebijakan. Analisis *stakeholder* dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui arah kebijakan sebagai bentuk kontribusi dalam upaya penguatan kebijakan kesehatan (Ayuningtyas, 2014:90). Selain itu, analisis *stakeholder* juga memiliki peran dalam upaya peningkatan kualitas suatu kebijakan. Sehingga, peningkatan komunikasi antar-*stakeholder*, masyarakat, dan *stakeholder* lainnya menjadi hal yang mutlak untuk dilakukan. Menurut (Naniek, 2017) Pentingnya menganalisis *stakeholder* hal ini dikarenakan *stakeholder* sebagai bentuk dukungan terhadap pelaksanaan kebijakan BLUD Puskesmas dan

komitmen melaksanakan sesuai dengan yang telah direncanakan di Renstra 2016-2021.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan suatu masalah sebagai berikut: Bagaimanakah identifikasi *stakeholder*, Kepentingan masing-masing *stakeholder*, Pengaruh masing-masing *stakeholder* dan risiko dan antisipasi *stakeholder* dalam Kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis *stakeholder* dalam Kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini, diantaranya:

- a. Mengidentifikasi *stakeholder* yang berperan dalam kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember.
- b. Mengkaji kepentingan masing-masing *stakeholder* berkaitan dengan kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember.
- c. Mengkaji pengaruh masing-masing *stakeholder* berkaitan dengan kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember.
- d. Mengkaji risiko dan antisipasi *stakeholder* berkaitan dengan kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat khususnya keilmuan administrasi dan kebijakan kesehatan terkait kesiapan Puskesmas dalam penerapan kebijakan BLUD dan dapat digunakan sebagai referensi penelitian terkait di masa depan.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan atau rekomendasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten terkait penerapan kebijakan BLUD pada Puskesmas di Kabupaten Jember.

b. Bagi Puskesmas di Kabupaten Jember

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu langkah untuk persiapan puskesmas terkait penerapan kebijakan BLUD pada Puskesmas di Kabupaten Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

2.1.1 Definisi Puskesmas

Menurut Permenkes No 75 Tahun 2014, Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

2.1.2 Visi dan Misi Puskesmas

Menurut Permenkes No 75 Tahun 2014, Visi Puskesmas adalah tercapainya kecamatan sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Gambaran masyarakat Indonesia dimasa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan pusat kesehatan masyarakat adalah masyarakat hidup dalam lingkungan dan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, dan memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia. Indikator kecamatan sehat yang ingin dicapai mencakup empat indikator utama yakni lingkungan sehat, perilaku sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu serta derajat kesehatan penduduk kecamatan.

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas yaitu mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah :

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya;
- b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya;

- c. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan;
- d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, dan masyarakat beserta lingkungannya.

2.1.3 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Berdasarkan Permenkes No 75 Tahun 2014, Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

a. Paradigma sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;

b. Pertanggungjawaban wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya;

c. Kemandirian masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat;

d. Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan;

e. Teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan;

f. Keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)

lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas, Puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama, Puskesmas berwenang untuk :

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait.
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan.
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Fungsi penyelenggaraan UKP tingkat, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu.

- b. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
- c. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- d. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung.
- e. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi.
- f. Melaksanakan rekam medis.
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan.
- h. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan.
- i. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

2.1.4 Upaya Kesehatan di Puskesmas

Menurut Permenkes No 75 Tahun 2014, Puskesmas menyelenggarakan UKM tingkat pertama dan UKP tingkat pertama yang dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan. UKM tingkat pertama meliputi UKM esensial dan UKM pengembangan. UKM esensial meliputi:

- a. Pelayanan promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan lingkungan.
- c. Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana.
- d. Pelayanan gizi.
- e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

UKM esensial harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian SPM kabupaten/kota bidang kesehatan. UKM merupakan pengembangan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya

yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas. Untuk melaksanakan upaya kesehatan, Puskesmas harus menyelenggarakan:

- a. Manajemen Puskesmas.
- b. Pelayanan kefarmasian.
- c. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat.
- d. Pelayanan laboratorium.

2.1.5 Pendanaan Puskesmas

Berdasarkan Kepmenkes No 128 Tahun 2004, untuk terselenggaranya berbagai UKP dan UKM yang menjadi tanggung jawab Puskesmas, perlu ditunjang dengan tersedianya pembiayaan yang cukup. Saat ini terdapat beberapa sumber pembiayaan Puskesmas, yakni:

- a. Pemerintah sesuai dengan azas desentralisasi, sumber pembiayaan yang berasal dari Pemerintah terutama Pemerintah Kabupaten/Kota. Selain itu Puskesmas juga menerima dana yang berasal dari Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat. Dana yang disediakan oleh Pemerintah dibedakan atas dua macam, yakni:
 - 1) Dana anggaran pembangunan yang mencakup dana pembangunan gedung, pengadaan peralatan serta pengadaan obat.
 - 2) Dana anggaran rutin yang mencakup gaji karyawan, pemeliharaan gedung dan peralatan, pembelian barang habis pakai serta biaya operasional.
- b. Pendapatan Puskesmas sesuai dengan kebijakan pemerintah, masyarakat dikenakan kewajiban membiayai UKP yang dimanfaatkannya, yang besarnya ditentukan oleh Pemerintah Daerah masing-masing (retribusi). Saat ini ada beberapa kebijakan yang terkait dengan pemanfaatan dana yang diperoleh dari penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan ini, yakni:

- 1) Seluruhnya disetor ke kas daerah, secara berkala Puskesmas menyetor langsung seluruh dana retribusi yang diterima ke kas daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 - 2) Sebagian dimanfaatkan secara langsung oleh Puskesmas, beberapa daerah tertentu membenarkan Puskesmas menggunakan sebagian dari dana yang diperoleh dari penyelenggaraan UKM, yang lazimnya berkisar antara 25–50% dari total dana retribusi yang diterima. Penggunaan dana hanya dibenarkan untuk membiayai kegiatan operasional Puskesmas. Penggunaan dana tersebut secara berkala dipertanggungjawabkan oleh Puskesmas ke Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 - 3) Seluruhnya dimanfaatkan secara langsung oleh Puskesmas, beberapa daerah tertentu lainnya membenarkan Puskesmas menggunakan seluruh dana yang diperolehnya dari penyelenggaraan UKP untuk membiayai kegiatan operasional Puskesmas.
- c. Sumber lain, saat ini Puskesmas juga menerima dana dari beberapa sumber lain seperti dana kapitasi dari BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, dan dari sumber lainnya.

2.2 Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)

2.2.1 Definisi BLUD

Badan Layanan Umum (BLU) adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan untuk melakukan kegiatannya didasarkan prinsip efisiensi dan produktivitas. Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja SKPD di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD (PPK-BLUD) adalah pola pengelolaan

keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya (Permendagri No 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah).

2.2.2 Tujuan BLUD

Berdasarkan Permendagri No 61 Tahun 2007, PPK-BLUD bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas pemerintah dan/atau pemerintah daerah dalam memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

2.2.3 Persyaratan BLUD

Berdasarkan Permendagri No 61 Tahun 2007, Penerapan PPK-BLUD pada SKPD atau unit kerja, harus memenuhi persyaratan substantif, teknis, dan administratif. Adapun persyaratan tersebut antara lain:

- a. Persyaratan substantif terpenuhi apabila tugas dan fungsi SKPD atau Unit Kerja bersifat operasional dalam menyelenggarakan pelayanan umum yang menghasilkan semi barang/jasa publik (*quasi public goods*). Pelayanan umum yang dimaksud berhubungan dengan:
 - 1) Penyediaan barang dan/atau jasa layanan umum untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan masyarakat;
 - 2) Pengelolaan wilayah/kawasan tertentu untuk tujuan meningkatkan perekonomian masyarakat atau layanan umum;
 - 3) Pengelolaan dana khusus dalam rangka meningkatkan ekonomi dan/atau pelayanan kepada masyarakat.
- b. Persyaratan teknis terpenuhi apabila kinerja pelayanan di bidang tugas dan fungsinya layak dikelola dan ditingkatkan pencapaiannya melalui BLUD atas

rekomendasi sekretaris daerah untuk SKPD atau kepala SKPD untuk Unit Kerja serta kinerja keuangan SKPD atau Unit Kerja yang sehat, ditunjukkan oleh tingkat kemampuan pendapatan dari layanan yang cenderung meningkat dan efisien dalam membiayai pengeluaran.

- c. Persyaratan administratif terpenuhi, apabila SKPD atau Unit Kerja membuat dan menyampaikan dokumen yang meliputi:
 - 1) Surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat;
 - 2) Pola tata kelola;
 - 3) Rencana strategis bisnis;
 - 4) Standar pelayanan minimal;
 - 5) Laporan keuangan pokok atau prognosa/proyeksi laporan keuangan;
 - 6) Laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit secara independen.

2.2.4 Tata Kelola BLUD

BLUD beroperasi berdasarkan pola tata kelola atau peraturan internal, yang memuat antara lain:

- a. Struktur organisasi, memuat gambaran posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, dan wewenang dalam organisasi.
- b. Prosedur kerja, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- c. Pengelompokan fungsi yang logis, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian internal dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- d. Pengelolaan sumber daya manusia, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

Pola tata kelola secara lebih baik pada BLUD, perlu diperhatikan prinsip-prinsip tata kelola BLUD sebagai berikut:

- a. Transparansi merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- b. Akuntabilitas merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada BLUD agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
- c. Responsibilitas merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap prinsip bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- d. Independensi merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

2.2.5 Pejabat Pengelola BLUD

Pejabat pengelola BLUD yang diangkat dan diberhentikan oleh Kepala Daerah terdiri atas:

a. Pemimpin

Pemimpin BLUD bertanggung jawab kepada Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah. Tugas dan kewajiban sebagai berikut:

- 1) Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD;
- 2) Menyusun renstra bisnis BLUD;
- 3) Menyiapkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA);
- 4) Mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada kepala daerah sesuai ketentuan;
- 5) Menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan blud selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
- 6) Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada kepala daerah.

Pemimpin BLUD dalam melaksanakan tugas dan kewajiban mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan BLUD.

b. Pejabat keuangan

Pejabat keuangan BLUD mempunyai tugas dan kewajiban:

- 1) Mengkoordinasikan penyusunan RBA.
- 2) Menyiapkan DPA-BLUD.
- 3) Melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya.
- 4) Menyelenggarakan pengelolaan kas.
- 5) Melakukan pengelolaan utang-piutang.
- 6) Menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi.
- 7) Menyelenggarakan sistim informasi manajemen keuangan.
- 8) Menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.

Pejabat keuangan BLUD dalam melaksanakan tugas dan kewajiban mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan BLUD.

c. Pejabat teknis.

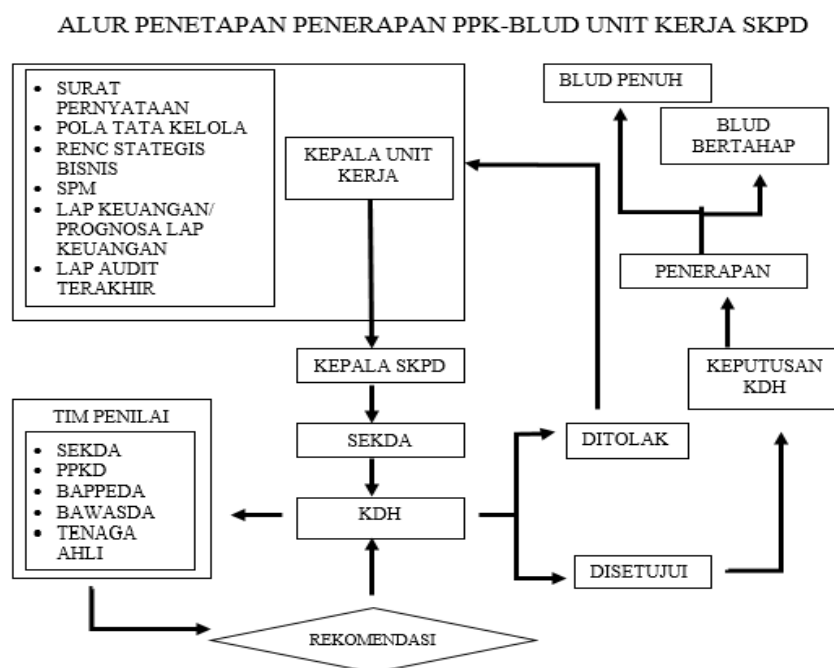
Pejabat teknis BLUD mempunyai tugas dan kewajiban:

- 1) Menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidangnya.
- 2) Melaksanakan kegiatan teknis sesuai RBA.
- 3) Mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidangnya.

Pejabat teknis BLUD dalam melaksanakan tugas dan kewajiban mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab teknis di bidang masing-masing. Tanggung jawab pejabat teknis berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya. Adapun sebutan pemimpin, pejabat keuangan, dan pejabat teknis dapat disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada SKPD atau Unit Kerja yang menerapkan PPK-BLUD. Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola BLUD ditetapkan berdasarkan kompetensi (merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh pejabat pengelola BLUD berupa pengetahuan, keterampilan,) dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat (merupakan kepentingan BLUD untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaidah manajemen yang baik).

2.2.6 Penetapan PPK-BLUD

Proses penetapan suatu unit kerja untuk dapat menerapkan PPK-BLUD membutuhkan proses yang cukup kompleks. Suatu unit kerja dapat menerapkan PPK-BLUD guna meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Peningkatan pelayanan kesehatan ini dapat terjadi dengan adanya fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan di unit kerja. Adapun proses dalam penerapan PPK-BLUD pada unit kerja SKPD adalah sebagai berikut:



**Gambar 2. 1 Alur Proses Penetapan Penerapan PPK-BLUD di Unit Kerja
(Sumber : Surat Edar Menteri Dalam Negeri Nomor 900/2759/SJ)**

- a. Pemenuhan persyaratan unit kerja untuk penerapan BLUD oleh Kepala UPT. Persyaratan ini meliputi syarat substantif, syarat teknis, dan syarat administratif.
- b. Pengajuan penerapan PPK-BLUD dari Kepala UPT ke Kepala OPD.
- c. Kepala OPD meneruskan pengajuan UPT ke Sekretaris Daerah.
- d. Sekretaris Daerah meneruskan permohonan usulan penerapan BLUD kepada Kepala Daerah.

- e. Kepala Daerah membentuk tim penilai guna melakukan penilaian terhadap usulan unit kerja SKPD yang akan menerapkan PPK-BLUD.
- f. Tim penilai memberikan rekomendasi kepada Kepala Daerah.
- g. Kepala Daerah memutuskan menolak atau menyetujui usulan unit kerja pada SKPD yang akan menerapkan PPK-BLUD di instansinya.
- h. Jika usulan diterima, maka Kepala Daerah akan menerbitkan peraturan terkait penerapan PPK-BLUD di unit kerja pada SKPD. Jika usulan ditolak, berkas dan dokumen dikembalikan sebagai bahan koreksi pihak UPT dan berkas ini dapat diajukan lagi apabila persyaratan yang diinginkan sudah dipenuhi.

Penetapan BLU/BLUD dapat berupa pemberian status BLU/BLUD secara Penuh atau status BLU/BLUD secara Bertahap (Restianto dan Bawono, 2015:16-17). Adapun status BLUD Penuh dan BLUD Bertahap adalah sebagai berikut:

a. Status BLUD Penuh

Status BLUD secara Penuh diberikan apabila memenuhi persyaratan substantif, teknis, dan administratif secara memuaskan. Satuan kerja yang berstatus BLUD secara penuh diberikan fleksibilitas pengelolaan keuangan, yaitu:

- 1) Pengelolaan pendapatan
- 2) Pengelolaan belanja
- 3) Pengelolaan barang dan/atau jasa
- 4) Pengelolaan barang
- 5) Pengelolaan utang
- 6) Pengelolaan piutang
- 7) Pengelolaan investasi
- 8) Perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.

b. Status BLUD Bertahap

Status BLUD secara Bertahap diberikan apabila memenuhi persyaratan substantif, teknis, namun persyaratan administratif belum terpenuhi secara memuaskan. Status BLUD Bertahap berlaku paling lama tiga tahun dan dapat diusulkan untuk menjadi BLUD Penuh. BLUD bertahap diberikan fleksibilitas pada batas-batas tertentu berkaitan dengan jumlah dana yang dikelola langsung,

pengelolaan barang, pengelolaan piutang, perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan. Fleksibilitas tidak diberikan dalam:

- 1) Pengelolaan investasi
- 2) Pengelolaan utang
- 3) Pengelolaan barang dan/atau jasa

Batas-batas yang diberikan dan tidak diberikan tersebut selanjutnya ditetapkan oleh Kepala Daerah untuk BLUD.

2.2.7 Pencabutan Status BLUD

PP Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 6 menyebutkan bahwa penerapan BLU/BLUD berakhir apabila:

- a. Dicabut oleh Menteri Keuangan/Kepala Daerah apabila BLU/BLUD yang bersangkutan sudah tidak memenuhi persyaratan substantif, teknis, dan/atau administratif.
- b. Dicabut oleh Menteri Keuangan/Kepala Daerah berdasarkan usul dari Menteri/Pimpinan Lembaga/Ketua Dewan Kawasan/Sekretaris Daerah/Kepala SKPD apabila BLU/BLUD yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan substantif, teknis, dan/atau administratif.
- c. Berubah statusnya menjadi badan hukum dengan kekayaan negara/daerah yang dipisahkan. Pencabutan ini dilakukan berdasarkan penetapan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.3 Kebijakan

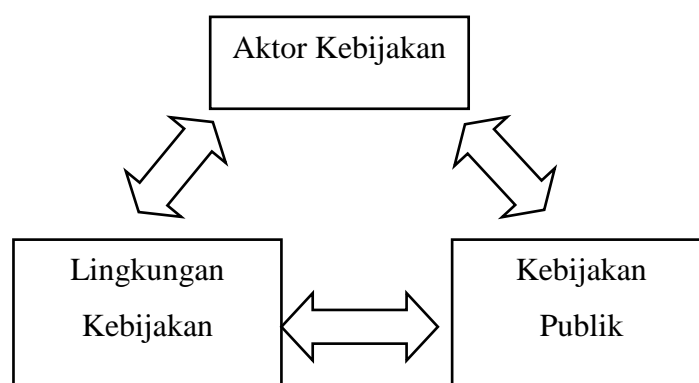
2.3.1 Definisi Kebijakan

Menurut Charels O. Jones (dalam Winarno, 2011:19), istilah kebijakan digunakan dalam praktek sehari-hari namun digunakan untuk menggantikan kegiatan atau keputusan yang sangat berbeda. Istilah ini sering dipertukarkan dengan tujuan (*goals*), program, keputusan (*decisions*), *standard*, proposal, dan *grand design*. Secara umum istilah kebijakan digunakan untuk menunjuk perilaku

seorang aktor (misalnya seorang pejabat, suatu kelompok, maupun suatu lembaga pemerintah) atau sejumlah aktor dalam suatu bidang tertentu. Kebijakan sering diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu, misalnya bidang kesehatan, lingkungan, pendidikan, atau perdagangan (Buse *et al*, 2005:6). Kebijakan adalah adanya kemampuan atau kualitas yang dimiliki seseorang dalam keadaannya yang *learned* (terpelajar), *prodent* (baik), dan *experienced* (berpengalaman) (Soenarko, 2005:35). Kebijakan dilihat dari segi istilahnya menunjukkan pengertian yang sifatnya tetap, serta melekat pada seseorang yang tidak berubah kecuali adanya sebab untuk perkembangan.

2.3.2 Sistem dan Komponen Kebijakan

Sistem adalah serangkaian bagian yang saling berhubungan dan bergantung dan diatur dalam aturan tertentu untuk menghasilkan satu kesatuan. Menurut Dunn (1994) dalam Ayuningtyas (2014:15), sistem kebijakan mencakup hubungan timbal balik dari tiga unsur, yaitu kebijakan publik, pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan. Hubungan timbal balik antara ketiga komponen sistem kebijakan tersebut digambarkan dalam gambar berikut.



Gambar 2. 2 Hubungan Komponen dalam Sistem Kebijakan

(Sumber: William Dunn, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1994:65)

Gambar di atas menjelaskan bahwa sebagai sebuah sistem, kebijakan merupakan suatu rangkaian dari beberapa komponen yang saling terkait, dan bukan komponen yang berdiri sendiri. Segitiga sistem kebijakan menjelaskan adanya faktor kebijakan yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan publik. Ketiga komponen tersebut selanjutnya dikenal sebagai sistem kebijakan, yaitu suatu tatanan kelembagaan yang berperan dalam penyelenggaraan kebijakan publik yang mengakomodasi aspek teknis, sosiopolitik, maupun interaksi antara unsur kebijakan.

Penjelasan lebih lanjut tentang sistem dan komponen kebijakan publik dikemukakan oleh William Dunn (1994:65) sebagai berikut.

a. Isi Kebijakan (*Policy Content*)

Terdiri dari sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik (termasuk keputusan untuk tidak melakukan tindakan apapun) yang dibuat oleh lembaga dan pejabat pemerintah. Isi sebuah kebijakan merespon berbagai masalah publik (*public issue*) yang mencakup berbagai bidang kehidupan. Secara umum isi kebijakan dituangkan dalam bentuk dokumen tertulis yang memiliki standar isi tertulis sebagai berikut.

- 1) Pernyataan tujuan: mengapa kebijakan tersebut dibuat dan apa dampak yang diharapkan.
- 2) Ruang lingkup: menjelaskan siapa saja yang tercakup dalam kebijakan dan tindakan-tindakan apa yang dipengaruhi oleh kebijakan.
- 3) Durasi waktu yang efektif: mengindikasikan kapan kebijakan mulai diberlakukan.
- 4) Bagian pertanggungjawaban: mengindikasikan siapa saja individu atau organisasi yang bertanggungjawab dalam melaksanakan kebijakan.
- 5) Pernyataan kebijakan: mengindikasikan aturan-aturan khusus atau modifikasi aturan terhadap perilaku organisasi yang membuat kebijakan tersebut.
- 6) Latar belakang: mengindikasikan alasan dan sejarah pembuatan kebijakan tersebut (faktor motivasional).
- 7) Definisi: menyediakan secara jelas dan tidak ambigu mengenai definisi bagi istilah dan konsep dalam dokumen kebijakan.

b. Aktor atau Pemangku Kepentingan Kebijakan (*Policy Stakeholder*)

Segitiga kebijakan terdapat aktor kebijakan yang merupakan individu, kelompok, atau organisasi yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan (Buse et.al, 2005:14). *Stakeholder* kebijakan atau aktor kebijakan adalah individu atau kelompok yang berkaitan langsung dengan sebuah kebijakan yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh keputusan atau kebijakan tersebut.

Stakeholder kebijakan tersebut bisa terdiri dari sekelompok warga, organisasi buruh, pedagang kaki lima, komunitas wartawan, partai politik, lembaga pemerintahan, dan sebagainya.

Perspektif politik, analisis terhadap kebijakan harus terfokus pada aktor-aktor. Jika politik diartikan sebagai “Siapa, melakukan apa, untuk memperoleh apa”, maka aktivitas yang terjadi dalam proses kebijakan adalah satu bentuk kegiatan yang dilakukan aktor-aktor di lingkungan kebijakan yang erat kaitannya dengan politik (Kusumanegara, 2010). Aktor dalam kebijakan publik dalam lingkup kebijakannya paling tidak dapat diidentifikasi dalam 3 jenis lingkungan kebijakan, yaitu:

- 1) Lokal, lingkup kebijakan bersifat lokal atau ada di tingkat daerah, yang sifatnya teknis dan erat kaitannya dengan isu-isu lokal, kebijakannya dapat merupakan turunan (teknis atau implementatif) dari kebijakan yang ada di atasnya (makro).
- 2) Nasional, lingkup kebijakannya secara nasional dan berupa penggarisan masalah-masalah makro strategis guna mencapai tujuan nasional, dalam situasi dan kondisi tertentu.
- 3) Internasional, lingkungan kebijakan yang luas, yang memiliki dampak terhadap lingkungan internasional (antar-negara). Isu yang diangkat berupa isu-isu global.

Proses kebijakan publik dipahami sebagai kegiatan sosio-politik yang dinamis dan berlangsung dalam sistem kelembagaan formal dan informal yang kompleks. Dengan demikian, proses kebijakan publik harus senantiasa terjaga konsistensinya (LAN, 2005). Berkaitan dengan hal ini, hubungan yang terjadi antar aktor dalam kebijakan publik memang bukan hal yang sederhana, dinamika

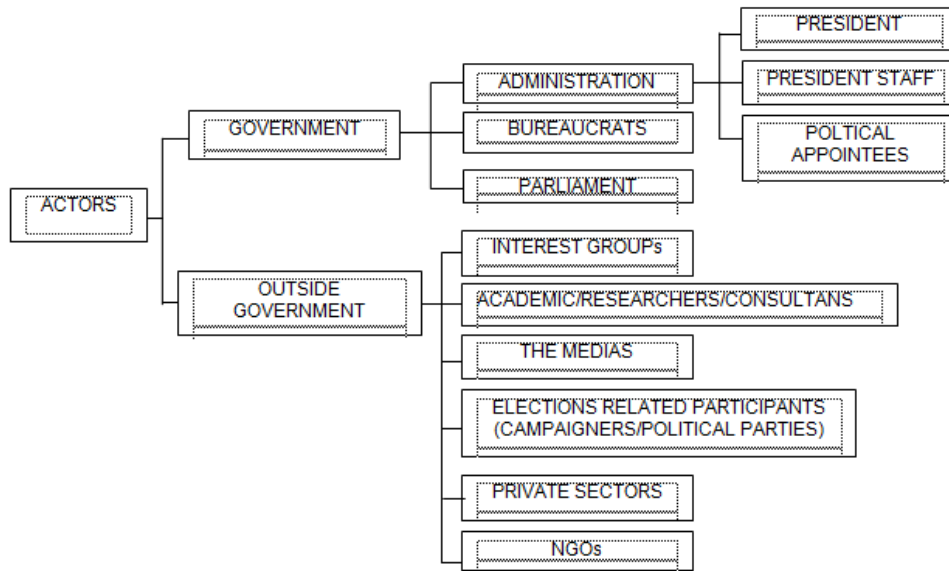
yang terjadi terkadang bersifat kompleks. Para ahli memiliki pandangannya masing-masing dalam mengidentifikasi aktor-aktor dalam kebijakan publik. Menurut Winarno (2012: 126) aktor kebijakan publik dapat dibagi menjadi dua kelompok, yakni para pemeran resmi dan para pemeran tidak resmi. Yang termasuk ke dalam pemeran resmi adalah agen-agen pemerintah (birokrasi), presiden (eksekutif), legislatif, dan yudikatif. Sedangkan yang termasuk ke dalam kelompok pemeran tidak resmi meliputi kelompok-kelompok kepentingan, partai politik, dan warga negara individu.

Aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan dapat dibagi menjadi kelompok formal dan kelompok non formal. Kelompok formal biasanya terdiri dari aktor resmi yang mempunyai kekuasaan untuk membuat kebijakan seperti eksekutif, legislatif dan yudikatif. Sedangkan pada aktor non formal terdiri dari masyarakat baik individu, kelompok kepentingan maupun aktor partai politik. Menurut Howlett dan Ramesh (1995:50-59) beberapa aktor atau organisasi yang berpengaruh dalam proses pembuatan kebijakan, antara lain:

- 1) Eksekutif dan legislatif yang dihasilkan melalui pemilihan umum (*elected officials*);
- 2) Pejabat atau birokrat yang diangkat (*appointed officials*);
- 3) Kelompok kepentingan (*interest group*);
- 4) Organisasi peneliti; dan
- 5) Media massa.

Moore (1995: 112) secara umum aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan publik yaitu, aktor publik, aktor privat, dan aktor masyarakat (*civil society*). Ketiga aktor ini sangat berperan dalam sebuah proses penyusunan kebijakan publik. Selanjutnya Lindblom dalam Agustino (2008:41) menyebutkan aktor pembuat kebijakan, dalam sistem pemerintahan demokratis, merupakan interaksi antara dua aktor besar, yaitu *Inside Government Actors* (IGA) dan *Outside Government Actors* (OGA). Para aktor pembuat kebijakan ini terlibat sejak kebijakan publik itu masih berupa isu dalam *agenda setting* hingga proses pengambilan keputusan berlangsung. Aktor yang termasuk dalam kategori IGA adalah presiden, lembaga eksekutif (staf khusus pemerintahan), para menteri dan

aparatur birokrasi serta parlemen (lembaga legislatif). Sedangkan yang termasuk dalam kategori OGA diantaranya, kelompok kepentingan dan kelompok penekan, kelompok akademis, militer, partai politik, sektor swasta, media massa, serta NGO.



Gambar 2. 3 Aktor dari Jenis Institusi (Sumber: Lindblom dalam Agustino, 2008:41)

Gambar 2.3 di atas secara umum menggambarkan aktor kebijakan publik dari jenis institusi. Adapun penjelasan mengenai aktor-aktor sebagaimana diilustrasikan pada Gambar tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) *Government* (pemerintah) sebagai aktor, merupakan pemeran strategis dalam proses kebijakan publik. Aktor dalam kelompok ini terdiri atas:
 - a) Administrasi, secara umum aktor ini dapat diidentifikasi sebagai Lembaga kepresidenan (eksekutif), yang terdiri atas Presiden, Wakil Presiden, Kabinet, dan pejabat teras dalam pemerintahan. Aktor ini berada pada tingkat makro dalam suatu proses kebijakan publik atau bisa disebut juga sebagai policy maker tertinggi (pada tingkat nasional). Selain itu, peran Lembaga kepresidenan sangat penting dalam proses kebijakan karena mempunyai

struktur yang kuat dalam melakukan rekrutmen para policy maker yang berasal dari lingkaran eksekutif (Kusumanegara, 2010).

- b) Birokrat, pihak dalam organisasi formal dan hierarkis (birokrasi). Terdapat berbagai definisi terkait birokrasi dari para ahli dengan berbagai perspektifnya, namun secara umum birokrasi dipahami sebagai organisasi yang memiliki struktur dan aturan-aturan yang jelas dan formal untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Adapun aparatur dalam birokrasi disebut sebagai birokrat. Birokrat merupakan pihak penting dalam proses kebijakan disebabkan keahlian yang mereka miliki, pengetahuan tentang institusi (sesuai dengan masa kerja), serta peran pentingnya dalam implementasi kebijakan (Kusumanegara, 2010). Birokrasi menjadi kekuatan utama dalam proses implementasi suatu kebijakan. Urgensi peran dan kemampuan birokrat dalam proses kebijakan publik menunjukkan strategisnya kewenangan birokrat khususnya dalam hal implementasi kebijakan publik, peran itu biasanya terlegalisasi dalam pola pembagian tugas, wewenang, dan tanggung jawab.
 - c) Parlemen, parlemen merupakan lembaga yang tidak bisa diabaikan dalam proses kebijakan disebabkan konteks politiknya dalam institusi terutama dalam menentukan rancangan kebijakan. Parlemen memiliki modal representativitas politik yang bisa digunakan untuk membentuk opini publik (Kusumanegara, 2010). Parlemen secara ideal menjadi manifestasi kedaulatan rakyat, tentu memiliki peran yang penting dalam proses kebijakan publik, terutama urgensinya dalam menjaga nilai-nilai demokrasi dalam konteks “penyambung lidah rakyat”.
- 2) *Outside Government Actors* merupakan aktor di luar pemerintah yang memiliki peran penting dalam proses kebijakan publik. Kelompok ini terdiri atas:
 - a) *Interest Group*, yang didefinisikan sebagai asosiasi individu atau organisasi yang memiliki kesamaan perhatian/konsen, berusaha untuk mempengaruhi kebijakan dan biasanya dilakukan dengan melakukan lobi terhadap aktor pemerintah (Martini, 2012). Jenis *interest group* sangatlah beragam, ada

sifatnya sementara dan ada pula yang permanen. Banyak interest group yang fokus dalam mempengaruhi kebijakan yang spesifik meskipun banyak pula yang lebih fokus pada kebijakan yang bersifat luas. Mekanisme kerja interest group dilakukan melalui eksekutif atau administratif, yudisial atau legislatif serta, opini publik. *Interest Group* muncul dengan bermacam-macam motivasi seperti ekonomi (perusahaan perorangan atau kelompok), profesional (*professional group* seperti serikat buruh dan petani), *public interest* (pemerhati hak asasi manusia, pemerhati lingkungan dan lain-lain). Interest group dengan berbagai macam motivasi tersebut perlu dipastikan bahwa pengaruh yang dimiliki dapat dikontrol, transparan serta akuntabel sehingga tidak menimbulkan dampak negatif bagi masyarakat. Lobi-lobi yang biasanya dilakukan oleh interest group jangan sampai menimbulkan *conflict of interest* (Martini, 2012).

- b) *Academics, Researcher, Consultant*, seorang analis kebijakan atau pengambil kebijakan tidak mungkin bisa mengakses semua data yang dibutuhkan dalam memproduksi sebuah kebijakan publik yang efisien serta efektif. Oleh karena itu, peran dari seorang *academics, researcher, consultant* menjadi sangat penting untuk memberikan banyak preferensi dalam pengambilan kebijakan. Mereka biasanya memiliki akses yang besar terhadap data-data yang mampu memperkuat dasar pengambilan kebijakan.
- c) Media, dalam proses pengambilan kebijakan, media memiliki peran penting untuk dapat menghegemoni semua pihak untuk dapat konsen terhadap seluruh produk kebijakan.
- d) *Election Related Participants* (Partai Politik), dalam sistem demokrasi, partai politik memegang peranan penting untuk menjaga eksistensi nilai-nilai demokrasi. Walaupun erat kaitannya dengan upaya meraih kekuasaan, tapi partai politik tetap memiliki peran penting dalam proses kebijakan publik. Menurut Winarno (2012: 133) dalam masyarakat modern, partai-partai politik sering melakukan “agregasi kepentingan”, partai politik berusaha untuk mengubah tuntutan-tuntutan tertentu dari kelompok-kelompok kepentingan menjadi alternatif-alternatif kebijakan. Aktor ini berperan penting dalam

menggalang opini publik yang bermanfaat dalam melontarkan isu-isu yang nantinya dikembangkan dalam tahap agenda setting. Partai politik juga menjalankan fungsi-fungsi politik yang penting dalam proses kebijakan (Kusumanegara, 2010).

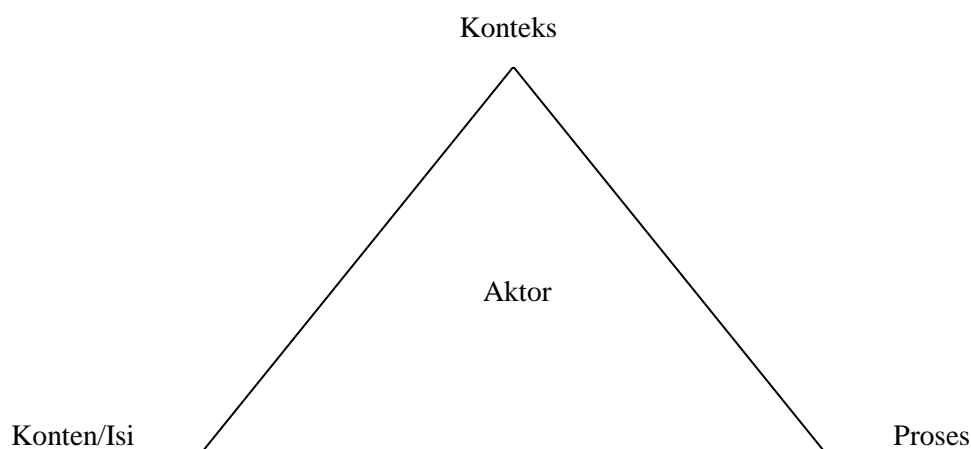
- e) *Non Government Organization* (NGO), NGO dalam kebijakan publik memiliki peranan yang penting. Secara sederhana, advokasi adalah mekanisme kontrol terhadap kekuasaan. Advokasi juga dapat dipahami sebagai proses *check and balances*. Advokasi kebijakan publik adalah proses di mana individu atau kelompok dan organisasi berusaha mempengaruhi kebijakan publik: “At its best, advocacy expresses the power of an individual, constituency, or organization to shape public agendas and change public policies” (USAID-Office of Democracy and Governance, 2001). Secara umum, proses advokasi yang dilakukan NGO berada di keseluruhan proses kebijakan, yaitu: *agenda setting*, perumusan kebijakan, implementasi kebijakan, dan monitoring dan evaluasi kebijakan. Dengan proses advokasi dari NGO, diharapkan kebijakan lebih aspiratif dan benar-benar berorientasi kepada publik. Advokasi kebijakan yang dilakukan NGO dapat menciptakan ruang atau sebagai media keterlibatan publik dalam seluruh proses kebijakan. Karena seperti yang diketahui, saat ini terdapat kecenderungan dari pemerintah yang hanya melibatkan publik pada saat implementasi kebijakan. Padahal selain implementasi kebijakan, proses yang lain juga sangat penting. Misalnya dalam proses *agenda setting*, Court, Mendizabal, Osborne (ODI, 2007: 32) menjelaskan bahwa NGO diharapkan mampu meyakinkan policy maker bahwa suatu isu sangat memerlukan perhatian sehingga diperlukan solusi. Dalam formulasi atau perumusan kebijakan, NGO dapat memberikan input berupa informasi tentang pilihan-pilihan alternatif kebijakan. Pilihan ini dapat didasarkan dari kajian yang dilakukan NGO sebelumnya. Dalam fase implementasi kebijakan, NGO dapat melakukan advokasi dengan melengkapi peran pemerintah dan memberikan input dalam konteks yang sifatnya lebih operasional. Lalu dalam monitoring dan evaluasi, NGO dapat melakukan review atas pelaksanaan kebijakan. NGO juga dapat menjadi media antara

pemerintah dan masyarakat terdampak kebijakan untuk berkomunikasi tentang apakah dampak kebijakan publik sudah sesuai dengan harapan masyarakat. Melihat peran penting NGO dalam seluruh proses kebijakan publik, diharapkan pemerintah akan selalu melibatkan NGO agar kebijakan publik benar-benar berpihak pada publik.

- f) *Private Sector*, konsep Good Governance mengenalkan perlunya keterlibatan aktor non pemerintah dalam proses kebijakan publik. Private Sector dapat dilibatkan dalam proses implementasi kebijakan. Keterlibatan private sector dalam proses kebijakan publik yang dilakukan pemerintah dikenal juga sebagai *Public-Private Partnership*. Tuntutan dilibatkannya private sector dalam siklus kebijakan publik didasarkan pada kenyataan bahwa pemerintah memiliki keterbatasan. Keterbatasan yang dimaksud adalah dalam hal sumberdaya, baik sumberdaya manusia maupun sumberdaya finansial. Menurut Dwiyanto (2010) dengan melibatkan private sector memungkinkan adanya pelibatan sumberdaya non pemerintah untuk memenuhi kebutuhan publik sehingga cakupan manfaat kebijakan publik menjadi semakin besar.

c. Lingkungan Kebijakan (*Policy Environment*)

Lingkungan kebijakan (*Policy Environment*) merupakan latar khusus di mana sebuah kebijakan terjadi, yang berpengaruh dan dipengaruhi oleh *stakeholder* kebijakan serta kebijakan publik itu sendiri. Istilah lingkungan dalam teori segitiga kebijakan disebut sebagai konteks. Konteks ini memiliki peran yaitu merupakan faktor yang memberi pengaruh dan dipengaruhi oleh unsur lain dalam sistem kebijakan.



Gambar 2. 4 Segitiga Kebijakan (*Triangle of Health Policy*) Walt dan Gilson (1994) dalam Ayuningtyas, 2014:17)

Segitiga kebijakan merupakan sebuah representasi dari kesatuan kompleksitas hubungan antar unsur-unsur kebijakan (konten, proses, konteks, dan aktor) yang dalam interaksinya saling berpengaruh. Segitiga kebijakan dapat digunakan untuk mengkaji atau memahami kebijakan tertentu dan menerapkannya untuk merencanakan suatu kebijakan (Buse *et al*, 2005:24). Salah satu unsur dari segitiga kebijakan adalah aktor-aktor kebijakan (*stakeholder*), misalnya dipengaruhi oleh konteks dimana mereka bekerja atau menjalankan perannya. Konteks merupakan hasil interaksi dinamis dari banyak faktor seperti ideologi atau kebijakan yang berubah. Proses pengembangan kebijakan yaitu bagaimana sebuah isu strategis diangkat menjadi penetapan agenda dalam formulasi kebijakan, bagaimana peran, posisi, dan pengaruh aktor-aktor tersebut menjelaskan tentang konteks dalam segitiga kebijakan bermanfaat untuk dapat secara sistematis menganalisis dan mengetahui tentang berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kebijakan (Buse *et al* (2005) dalam Ayuningtyas, 2014:18).

2.3.3 Analisis Kebijakan

Analisis kebijakan adalah disiplin ilmu sosial terapan yang menerapkan berbagai metode analisis, dalam konteks argumentasi dan debat publik untuk menciptakan secara kritis kegiatan penaksiran, serta pengkomunikasian

pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tersebut (Dunn (1994) dalam Ayuningtyas, 2014:35).

Pada dasarnya pengertian analisis kebijakan kesehatan tidak berbeda jauh dengan pengertian analisis kebijakan publik, hanya saja pada kebijakan kesehatan dibutuhkan pendekatan dari berbagai aspek untuk memahami masalah dan isu secara utuh sehingga alternatif kebijakan yang lebih komprehensif. Sebagaimana yang dijelaskan Walt (2004) dan Buse Mays & Walt (2012) dalam Ayuningtyas (2014:51), bahwa yang dimaksud dengan analisis kebijakan adalah suatu pendekatan multidisiplin dalam kebijakan publik yang bertujuan untuk menjelaskan interaksi antara institusi, kepentingan, dan ide penting baik secara retrospektif maupun prospektif untuk memahami kegagalan atau keberhasilan kebijakan yang pernah terjadi sebelumnya serta rencana implementasi kebijakan di masa yang akan datang (Buse, 2012:274).

Analisis kebijakan pada bidang kesehatan juga merupakan suatu bentuk riset terapan yang dilaksanakan untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai masalah kesehatan masyarakat secara utuh sehingga dengan pemahaman tersebut dapat mengarahkan pada alternatif solusi untuk masalah tersebut. sebagai aktifitas intelektual, analisis kebijakan dilakukan dengan menciptakan, menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan dalam satu atau lebih tahapan proses pembuatan kebijakan. Tahap-tahap tersebut mencerminkan aktifitas yang terus berlangsung sepanjang waktu, dan terdapat sejumlah cara di mana penerapan analisis kebijakan dapat memperbaiki proses pembuatan kebijakan. (Buse, 2012:276).

2.3.4 Analisis dan Proses Kebijakan

Analisis mengandung tujuan dan relasi yang berbeda dengan proses kebijakan. Etzioni, yang telah kita diskusikan di atas, misalnya berusaha (dan berhasil) memengaruhi proses pembuatan kebijakan melalui riset dan argument yang bukan hanya mendukung analisis “problem”, tetapi juga analisis tentang apa opsi kebijakan atau “solusi” yang harus diambil. Kita bisa menganggap jenis analisis kebijakan ini sebagai terdiri dari rangkaian aktivitas pada spectrum

pengetahuan *dama* (in) proses kebijakan pengetahuan untuk (for) proses kebijakan; dan pengetahuan tentang (about) proses kebijakan. Gordon et al. (1997) secara definitive menetapkan variasi ini di sepanjang sebuah kontinum

a. Analisis Kebijakan

Analisis ini mencakup :

1. Determinasi kebijakan : ini adalah analisis yang berkaitan dengan cara pembuatan kebijakan, mengapa, kapan, dan untuk siapa kebijakan dibuat;
2. Isi kebijakan : analisis ini mencakup deskripsi tentang kebijakan tertentu dan bagaimana ia berkembang dalam hubungannya dengan kebijakan sebelumnya, atau analisis bisa juga didasari oleh informasi yang disediakan oleh kerangka nilai/teoretis yang mencoba memberikan kritik terhadap kebijakan
3. Monitoring dan evaluasi kebijakan : fokus analisis ini adalah mengkaji bagaimana kinerja kebijakan dengan mempertimbangkan tujuan kebijakan, dan apa dampak kebijakan terhadap suatu persoalan tertentu.

	Analisis kebijakan			Analisis kebijakan	
	1	2	3	4	5
	Analisis determinasi kebijakan	Analisis isi kebijakan	Monitoring dan evaluasi kebijakan	Informasi untuk kebijakan	Advokasi kebijakan

Variasi Analisis Kebijakan

Sumber : diadaptasi dari Gordon, et al. (1997)

b. Analisis untuk kebijakan

Analisis ini mencakup :

1. Advokasi kebijakan : berupa riset dan argument yang dimaksudkan untuk memengaruhi agenda kebijakan di dalam dan atau di luar pemerintahan
2. Informasi untuk kebijakan : sebetuk analisis yang dimaksudkan untuk member informasi bagi aktivitas pembuatan kebijakan. Ini bisa berbentuk anjuran atau riset eksternal/internal yang terperinci tentang aspek kualitatif dan judgemental dari suatu kebijakan

2.3.5 Bentuk- Bentuk Analisis Kebijakan

a. Analisis Kebijakan Prospektif

Hubungan antara komponen-komponen informasi- kebijakan dan metode-metode analisis kebijakan member landasan untuk membedakan dua bentuk utama analisis kebijakan : analisis prospektif, dan retrospektif. Analisis kebijakan prospektif yang berupa produksi dan transformasi sebelum aksi kebijakan dimulai dan diimplementasikan cenderung mencari cara beroperasinya para ekonom, analisis sistem, dan peneliti operasi. Analisis kebijakan prospektif mungkin paling baik dicontohkan dari deskripsi analisis kebijakan yang diberikan oleh Walter Williams, mantan kepala Devisi Penelitian dan Perencanaan pada Kantor Kesempatan Ekonomi (*the Office of Economic Opportunity*). Analisis kebijakan, menurut Williams, “merupakan suatu alat untuk mensintesis informasi untuk dipakai dalam merumuskan alternatif dan preferensi kebijakan yang dinyatakan secara komparatif, diramalkan dalam bahasa kuantitatif dan kualitatif sebagai landasan atau penuntun dalam pengambilan keputusan kebijakan; secara konseptual tidak termasuk *mengumpulkan* informasi”. Sebaliknya penelitian kebijakan berkenaan dengan “semua studi yang menggunakan metodologi ilmiah untuk menerangkan fenomena dan/atau menentukan hubungan diantara mereka.

Analisis prospektif seringkali menimbulkan jurang pemisah yang besar antara pemecahan masalah yang diunggulkan dan upaya-upaya pemerintah untuk memecahkannya. Misalnya pakar ilmu politik Graham Allison memperkirakan bahwa mungkin tidak lebih dari 10 persen dari kerja yang diperlukan untuk mencapai seperangkat hasil kebijakan yang dikehendaki diperoleh sebelum aksi kebijakan dimulai.

b. Analisis Kebijakan Retrospektif

Analisis kebijakan retrospektif dalam banyak hal sesuai dengan deskripsi penelitian kebijakan yang dikemukakan sebelumnya. Analisis retrospektif, yang dijelaskan sebagai penciptaan dan transformasi informasi sesudah aksi kebijakan

dilakukan, mencakup berbagai tipe kegiatan yang dikembangkan oleh tiga kelompok analisis :

1. Analisis yang berorientasi pada disiplin (*Discipline-oriented analysis*). Kelompok ini sebagian besar terdiri dari para ilmuwan politik dan sosiologi, terutama berusaha untuk mengembangkan dan menguji teori yang didasarkan pada teori dan menerangkan sebab-sebab dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan. Kelompok ini jarang berusaha untuk mengidentifikasi tujuan-tujuan dan sasaran spesifik dari para pembuat kebijakan dan tidak melakukan usaha apapun untuk membedakan “variabel-variabel kebijakan yang merupakan hal yang dapat diubah melalui manipulasi kebijakan, dan variabel situasional yang tidak dapat dimanipulasi. Sebagai contoh, analisis mengenai pengaruh kompetisi partai terhadap tingkat pengeluaran pemerintah tidak menghasilkan informasi tentang tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang yang spesifik dari para pembuat kebijakan; kompetisi partai juga bukan merupakan variabel yang dapat dimanipulasi yang dapat digunakan oleh para pembuat kebijakan untuk menghasilkan perubahan dalam pengeluaran pemerintah.
2. Analisis yang berorientasi pada masalah (*Problem-oriented analysis*). Kelompok ini sebagian besar juga terdiri dari para ilmuwan ilmu politik dan sosiologi, dan juga berusaha untuk menerangkan sebab-sebab dan konsekuensi dari kebijakan. Meskipun begitu, para analisis yang berorientasi pada masalah ini, kurang “menaruh” perhatian pada pengembangan dan pengujian teori-teori yang dianggap penting di dalam disiplin ilmu sosial, tetapi lebih menaruh perhatian pada identifikasi variabel-variabel yang dapat dimanipulasi oleh para pembuat kebijakan untuk mengatasi masalah. Walaupun begitu, analisis yang berorientasi pada masalah jarang menyajikan informasi mengenai tujuan dan sasaran kebijakan yang spesifik dari para pembuat kebijakan, terutama karena masalah-masalah praktis yang dianalisis biasanya bersifat umum. Sebagai contoh, analisis pengaruh investasi public dalam bidang pendidikan terhadap prestasi murid-murid di AS memberikan informasi tentang variabel yang dapat dimanipulasi (investasi public) tetapi

tidak memberikan informasi tentang sasaran yang khusus dari para pembuat kebijakan dan pelaku kebijakan lainnya yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan pendidikan

3. Analisis yang berorientasi pada aplikasi (*Applications-oriented analysis*). Kelompok analisis yang ketiga ini mencakup ilmuwan politik dan sosiologi, tetapi juga orang-orang yang datang dari bidang studi professional pekerjaan sosial (*social work*) dan administrasi public dan bidang studi yang sejenis seperti penelitian evaluasi. Kelompok ini juga berusaha untuk menerangkan sebab dan konsekuensi kebijakan-kebijakan dan program public, tetapi tidak menaruh perhatian terhadap pengembangan dan pengujian teori-teori dasar. Lebih jauh, kelompok ini tidak hanya menaruh perhatian pada variabel-variabel kebijakan, tetapi juga melakukan identifikasi tujuan dan sasaran kebijakan, tetapi juga melakukan identifikasi tujuan dan sasaran kebijakan dari para pembuat kebijakan dan pelaku kebijakan. Informasi mengenai tujuan-tujuan dan sasaran kebijakan member landasan bagi pemantauan dan evaluasi hasil kebijakan yang spesifik, yang dapat digunakan oleh para praktisi untuk merumuskan masalah-masalah kebijakan, mengembangkan alternatif-alternatif kebijakan baru, dan merekomendasikan arah tindakan untuk memecahkan masalah. Sebagai contoh, para analisis yang berorientasi pada aplikasi ini dapat membuat perhitungan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan program pendidikan anak-anak prasekolah, walaupun analisis mereka berakhir dengan perumusan masalah-masalah dan pengembangan suatu sintesis pemecahan masalah-masalah kebijakan.

Gaya pengoperasian ketiga kelompok analisis kebijakan retrospektif tersebut memiliki kelebihan dan kelemahannya sendiri-sendiri. Analisis kebijakan yang berorientasi pada disiplin jarang menghasilkan informasi yang secara langsung bermanfaat untuk merumuskan pemecahan atas masalah-masalah kebijakan, terutama karena variabel-variabel yang paling relevan bagi pengujian teori-teori ilmiah umum juga jarang dapat digunakan oleh pembuat kebijakan untuk melakukan manipulasi kebijakan. Bahkan ketika para analisis yang

berorientasi pada masalah menemukan masalah-masalah penting seperti kesempatan pendidikan, energy, atau kriminalitas, informasi yang diperoleh mungkin bersifat makronegatif. Informasi makronegatif menerangkan sebab-sebab dan konsekuensi luas dari kebijakan dan menggunakan data-data agregat untuk menunjukkan mengapa kebijakan-kebijakan dan program-program tertentu tidak berhasil, sebagaimana dibedakan dari informasi mikropositif yang menunjukkan kebijakan dan program-program apa yang berhasil dan dibawah kondisi spesifik apa. Ada baiknya pembuat kebijakan tahu bahwa frekuensi kejahatan lebih besar di daerah perkotaan dibanding di daerah pedesaan; tetapi akan lebih berguna lagi untuk tahu bahwa bentuk undang-undang pengendalian penggunaan senjata mengurangi tindak kejahatan yang serius, atau patrol polisi secara intensif merupakan suatu pencegahan terhadap kejahatan bahkan ketika analisis kebijakan yang berorientasi pada aplikasi menghasilkan informasi mikropositif, masih akan terdapat jurang komunikasi yang lebar antara para praktisi analisis kebijakan yang ditugasi mengidentifikasi, membandingkan, dan merekomendasikan alternatif pemecahan masalah mungkin memiliki keterbatasan akses informasi yang dihasilkan oleh praktisi analisis retrospektif. Demikian juga praktisi analisis prospektif dapat gagal untuk mengkhususkan diri secara cukup rinci jenis informasi yang paling berguna untuk memantau dan mengevaluasi hasil-hasil dari rekomendasi mereka. Akhirnya hasil yang diharapkan dari kebijakan “sering dinyatakan secara samar-samar sehingga hampir setiap evaluasinya dapat dianggap tidak relevan karena evaluasi itu tidak menangkap ‘masalah’ ke arah mana suatu kebijakan tertuju. Masalah-masalah kebijakan sering diformulasikan dengan istilah-istilah yang kabur untuk meraih penerimaan dan menghindari penentangan dari berbagai pelaku kebijakan dan public pada umumnya.

Pertentangan diantara gaya operasi dari para analisis kebijakan menunjukkan bahwa analisis yang berorientasi pada disiplin dan masalah kurang berguna dibandingkan dengan analisis yang berorientasi pada aplikasi dan secara keseluruhan analisis retrospektif kurang relevan untuk membuat pemecahan masalah-masalah kebijakan ketimbang analisis prospektif. Walaupun kesimpulan

ini bermanfaat dari sudut pandang para pembuat kebijakan yang harus membuat keputusan-keputusan dan melakukan aksi, kesimpulan tersebut melebih-lebihkan apapun kelemahannya, memberikan penekanan utamanya pada hasil-hasil aksi dan tidak berisi informasi mengenai tujuan-tujuan dan sasaran kebijakan, seperti yang terdapat pada analisis prospektif. Lebih dari itu, analisis yang berorientasi pada masalah dan disiplin dapat menawarkan kerangka bery untuk memahami proses pembuatan kebijakan, member tantangan terhadap perumusan masalah yang konvensional, membalikkan berbagai mitos sosial, dan membentuk opini publik (iklim pendapat) seluruh masyarakat. Analisis retrospektif “merupakan yang paling penting di dalam pengaruhnya terhadap prioritas dan pemahaman intelektual, dan tidak begitu efektif dalam menawarkan solusi terhadap masalah-masalah politik yang spesifik.

2.4 Analisis Pemangku Kepentingan (*Stakeholder*)

2.4.1 Definisi *Stakeholder*

Menurut Freeman (1984) dalam Reed (2009) pemangku kepentingan (*stakeholder*) merupakan pihak yang terpengaruh oleh kebijakan dan pihak yang dapat mempengaruhi kebijakan (“...*who is affected by the decisions and actions they take, and who has the power to influence their outcome, i.e. stakeholder*”). *World Health Organization* (WHO) memberikan definisi *stakeholder* sebagai pihak yang dapat secara langsung atau tidak secara langsung dipengaruhi oleh suatu proses atau dampak (“*who may be directly or indirectly affected by the process or the outcome*”). Sedangkan menurut ahli lain, *Stakeholder* merupakan orang-orang yang memiliki kepentingan dan dipengaruhi oleh isu strategis/masalah kebijakan yang berkembang, termasuk pula pihak yang mempunyai kekuatan untuk mempengaruhi isu/masalah tersebut, yakni mereka yang memiliki informasi, sumber daya dan keahlian yang diperlukan untuk merumuskan dan mengimplementasikan strategi dan pilihan kebijakan (Nash *et al.*, 2006 dalam Ayuningtyas, 2014:75).

Menurut Buse (2012:254), *stakeholder* adalah individu atau kelompok dengan kepentingan substantif dalam suatu persoalan, termasuk mereka yang

mempunyai peran dalam mengambil keputusan atau melakukannya. Definisi lainnya *stakeholder* adalah semua pihak yang berkepentingan dan terlibat dalam setiap tahap siklus pengembangan kebijakan, baik mereka yang menyusun, mengadvokasi, melaksanakan, hingga terkena dampak dari sebuah kebijakan baik secara langsung maupun tak langsung, dan negatif maupun positif. Selain itu, *stakeholder* juga berasal dari kelompok yang relevan memiliki atau memegang kendali beserta semua instrumen yang dibutuhkan dalam implementasi kebijakan.

Menurut Buse (2012:9) penyusun kebijakan juga termasuk *stakeholder*, yaitu mereka yang menyusun kebijakan dalam organisasi seperti pemerintah pusat atau daerah. Para pelaku (*stakeholder*) perumusan kebijakan pada dasarnya dapat dibagi dalam dua kelompok, yaitu pembuat kebijakan resmi dan tidak resmi. Pembuat kebijakan resmi atau dapat pula disebut aktor resmi adalah mereka yang mempunyai kewenangan legal untuk terlibat dalam perumusan kebijakan publik. Aktor resmi diantaranya meliputi agen-agen pemerintah (birokrasi), presiden (eksekutif), legislatif dan yudikatif. Sedangkan yang termasuk ke dalam kelompok pembuat kebijakan tidak resmi meliputi kelompok-kelompok kepentingan atas isu tertentu, partai politik, dan warga negara individu. Khusus untuk sektor kesehatan, individu atau kelompok yang termasuk para pemangku kepentingan adalah pengambil kebijakan, tenaga kesehatan, atau SDM secara umum, wakil atau pimpinan rumah sakit, LSM, yang keseluruhannya dapat berasal dari pihak pemerintah dan swasta.

2.4.2 Klasifikasi *Stakeholder*

Stakeholder adalah perorangan dan kelompok yang secara aktif terlibat dalam kegiatan, atau yang terkena dampak, baik positif maupun negatif, dari hasil pelaksanaan kegiatan. Secara garis besar, pemangku kepentingan dapat dibedakan atas tiga kelompok (Crosby, 1992), yaitu:

a. *Stakeholder* utama (*primary stakeholder*)

Adalah mereka yang menerima dampak positif atau negatif (di luar kerelaan) dari suatu kegiatan.

b. *Stakeholder* penunjang (*secondary stakeholder*)

Adalah mereka yang tidak memiliki keterkaitan langsung tetapi memiliki kepedulian dan keprihatinan sehingga mereka turut bersuara atau dengan kata lain merupakan mereka yang menjadi perantara dalam membantu proses penyampaian suatu kegiatan atau proses kebijakan. Mereka dapat digolongkan atas pihak penyandang dana, pelaksana, pengawas, dan organisasi advokasi seperti organisasi pemerintahan, LSM, dan pihak swasta. Dalam beberapa kegiatan, pemangku kepentingan penunjang dapat merupakan perorangan atau kelompok kunci yang memiliki kepentingan baik formal maupun informal.

c. *Stakeholder* kunci (*key stakeholder*)

Adalah mereka mempunyai atau berpengaruh kuat atau penting terkait dengan masalah, kebutuhan, dan perhatian terhadap kelancaran kegiatan atau dengan kata lain dapat dikatakan bahwa mereka memiliki kewenangan secara legal dalam pengambilan keputusan sesuai dengan level yang dimilikinya.

2.4.3 Peran Stakeholder

Para *stakeholder* adalah setiap orang yang mempunyai hak dan kewajiban dalam suatu sistem yang berjalan. Istilah *stakeholder* dimaksudkan sebagai semua hal yang mempengaruhi, dan atau dipengaruhi oleh kebijakan, keputusan, dan tindakan dari sistem tersebut. Hal tersebut dapat bersifat individual, masyarakat, kelompok sosial atau institusi dalam berbagai ukuran, kesatuan atau tingkat dalam masyarakat (Muhtaromi, 2013:37).

Analisis *stakeholder* berperan untuk menutupi kesenjangan dengan cara memberi suatu pendekatan yang mulai dengan kepentingan yang berbeda-beda. Terdapat tiga peranan yakni hak, tanggungjawab, dan manfaat dimana didapatkan bahwa setiap *stakeholder* memiliki hak, tanggungjawab, serta manfaat yang didapatkan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing *stakeholder* (Muhtaromi, 2013:14).

Dalam suatu kebijakan akan banyak merekrut *stakeholder* yang memiliki kepentingan untuk berpartisipasi dalam penelitian, perancangan, dan pelaksanaan

kebijakan, akan tetapi tidak semua *stakeholder* tersebut memiliki kepentingan yang sama untuk menjalankan kebijakan. Jadi dapat dikatakan bahwa semua *stakeholder* yang masuk dalam kebijakan akan berkepentingan sesuai dengan peranan yang dimiliki oleh masing-masing pihak tersebut (Muhtaromi, 2013:14).

2.4.4 Pemetaan *Stakeholder*

Menurut WHO (2007) pemetaan *stakeholder* adalah teknik yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan menilai kepentingan dari pihak-pihak kunci, kelompok, atau institusi yang dapat mempengaruhi kesuksesan dari sebuah kegiatan. Hasil dari pemetaan *stakeholder* setidaknya dapat memberikan informasi penting berikut ini:

- a. Siapa saja yang akan dipengaruhi;
- b. Siapa saja yang dapat mempengaruhi baik dalam proses maupun hasil dari sebuah kegiatan;
- c. Pihak mana saja yang harus dilibatkan, dan
- d. Kapasitas siapa yang perlu ditingkatkan untuk menjadikan mereka terlibat dalam sebuah kegiatan.

Pemetaan *stakeholder* dapat membantu dalam penilaian lingkungan kegiatan dan dapat menentukan cara terbaik untuk bernegosiasi dalam diskusi tentang kegiatan. Hasil dari pemetaan *stakeholder* adalah sebagai berikut:

- a. Gambaran tentang kepentingan para *stakeholder* dalam kaitannya dengan perumusan atau implementasi kebijakan.
- b. Identifikasi adanya potensi konflik antara *stakeholder* karena kepentingan yang berbeda yang dapat mengancam keberhasilan pelaksanaan suatu kebijakan.
- c. Membantu memetakan struktur hubungan antara *stakeholder* sehingga dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk menyusun kerjasama atau koalisi.
- d. Membantu dalam merumuskan jenis partisipasi yang diharapkan dari *stakeholder* yang berbeda.

Terkait dengan perumusan kebijakan publik, seperti yang sudah disebutkan sebelumnya bahwa pemetaan *stakeholder* merupakan proses penting dalam perumusan kebijakan. Schmeer (1999) menjelaskan bahwa pemetaan *stakeholder* penting dilakukan karena para pembuat kebijakan dapat mengidentifikasi aktor penting dalam proses pembuatan kebijakan dan mengkaji pengetahuan, kepentingan, posisi, sikap mereka terhadap kebijakan. Interaksi antara pembuat kebijakan dan *stakeholder* dapat meningkatkan dukungan terhadap program atau kebijakan. Bila pemetaan *stakeholder* dilakukan sebelum sebuah kebijakan dan program diimplementasikan, pembuat kebijakan dapat mengidentifikasi kesalahpahaman terhadap kebijakan dan program. Sementara itu, Golder (2005) berpendapat bahwa pemetaan *stakeholder* dapat mengidentifikasi ketertarikan para *stakeholder* terhadap kebijakan atau program; mengetahui potensi konflik atau risiko dari kebijakan; membangun relasi dengan *stakeholder* serta dapat mengurangi risiko kegagalan sebuah kebijakan.

2.4.5 Analisis Stakeholder

Pentingnya melibatkan seluruh *stakeholder* dalam pembuatan kebijakan atau penyelenggaraan pemerintahan mendesak pembuat kebijakan untuk melakukan analisis *stakeholder* untuk bisa mengakomodasi kepentingan dengan bijak. Menurut Schmeer (1999) dalam Ayuningtyas (2014:78) menyatakan bahwa analisis *stakeholder* adalah sebuah proses dari penggabungan dan analisis kualitatif secara sistematis untuk mengetahui kepentingan siapa saja yang harus dipertimbangkan ketika menyusun, mengembangkan, atau melaksanakan suatu kebijakan atau program. Analisis *stakeholder* merupakan sebuah teknik untuk mengurutkan dalam rangka melakukan pemetaan dan pemahaman kekuasaan, posisi, dan sudut pandang dari para *stakeholder* yang memiliki kepentingan dalam pembuatan kebijakan tersebut, dan atau mereka yang dipengaruhi oleh kebijakan tersebut dan menjadi bagian dari penyusunan kebijakan tersebut (Buse *et al.*, 2005:257). Gambaran umum tahapan atau pendekatan dalam melakukan analisis pemangku kepentingan adalah mengidentifikasi *stakeholder* dan kemudian

melakukan penilaian atau pengukuran terhadap posisi, peran yang diambil, kekuatan dan kekuasaan yang dimiliki, besarnya pengaruh, serta persepsi, nilai atau ideologi yang ada terkait sebuah kebijakan publik. Menurut Ayuningtyas (2014:79-85), Langkah dalam melakukan analisis *stakeholder* adalah sebagai berikut

a. Identifikasi Pemangku Kepentingan (*stakeholder*)

Stakeholder dapat dikategorikan dalam beberapa cara. Misalnya membaginya dalam *stakeholder* primer dan sekunder. *Stakeholder* primer adalah pihak-pihak yang memiliki kepentingan langsung terhadap kebijakan pelaksanaan BLUD Sedangkan *stakeholder* sekunder adalah pihak-pihak yang memiliki kepentingan secara tidak langsung, dalam hal ini adalah pihak-pihak yang mendukung dalam upaya pelaksanaan BLUD Puskesmas. Dalam melakukan pengelompokan *stakeholder*, penting untuk memastikan bahwa peneliti telah memiliki informasi memadai untuk mengetahui latar belakang para pemangku kepentingan. Ketersediaan informasi yang memadai menjadi syarat yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan suatu analisis *stakeholder*.

b. Identifikasi Kepentingan

Kepentingan adalah prioritas yang diberikan oleh proyek untuk memenuhi kebutuhan dari setiap *stakeholder*. Adanya kepentingan, posisi, dan komitmen pihak-pihak yang berwenang terhadap permasalahan tertentu akan menentukan bagaimana menerapkan sumber daya politik. Pada masing-masing kelompok kepentingan, diidentifikasi apa saja kepentingan mereka baik secara eksplisit maupun implisit dalam kebijakan, dan bagaimana itu dapat mempengaruhi atau memberikan dampak terhadap mereka berdasarkan skala prioritas masing-masing. Dari sini dapat dilakukan analisis pemetaan pada masing-masing *stakeholder*.

c. Analisis Pengaruh *Stakeholder* Kebijakan

Pengaruh merupakan kekuasaan yang dimiliki *stakeholder* untuk mengontrol keputusan apa yang dibuat, memfasilitasi pelaksanaannya, atau dapat pula melakukan pendesakan yang mempengaruhi proses kebijakan yang sedang berlangsung. Pengaruh dipahami sebagai sejauh mana orang-orang, kelompok

atau organisasi (*stakeholder*) dapat membujuk atau memaksa orang lain dalam pembuatan keputusan dan mengikuti rangkaian tindakan tertentu. Kekuasaan mungkin berasal dari sumber daya organisasi *stakeholder*, atau posisi mereka dalam hubungannya dengan *stakeholder* lainnya. Perlu juga mempertimbangkan *stakeholder* yang berkuasa.

Kepentingan menunjukkan prioritas kebutuhan dalam memuaskan atau memenuhi kebutuhan dan kepentingan para *stakeholder* yang diharapkan dapat terwujud melalui kebijakan. Ada *stakeholder* yang memiliki kepentingan yang besar, kekuasaan dan kapasitas kuat yang menjadi alasan untuk mereka berpartisipasi penuh, akan tetapi ada pula *stakeholder* yang hanya memiliki kapasitas lemah untuk berpartisipasi dalam suatu proses kebijakan dan kekuasaan yang terbatas untuk mempengaruhi keputusan. Analisis terhadap kepentingan, kekuasaan, dan kapasitas *stakeholder* menjadi dasar untuk memberi penilaian terhadap *stakeholder* mana yang penting bagi kesuksesan kebijakan.

d. Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

Keberhasilan penentuan kebijakan sebagian bergantung pada keabsahan asumsi yang dibuat oleh beberapa *stakeholder* dan risiko-risiko yang akan dihadapi dalam kebijakan tersebut. Beberapa risiko berasal dari konflik kepentingan. Risiko potensial yang signifikan terutama datang dari *stakeholder* yang memiliki *high influence* dan kepentingannya mungkin terganggu atau tidak terlalu menjadi prioritas dalam kebijakan. Antisipasi manajemen risiko ditujukan untuk meminimalisir dampak yang muncul akibat adanya kebijakan.

Para pakar kebijakan, akademisi, dan peneliti kebijakan melakukan analisis *stakeholder* dengan tujuan untuk mengetahui arah kebijakan sebagai bentuk kontribusi dalam penguatan kebijakan kesehatan. Asumsi yang digunakan selama proses analisis adalah dimilikinya gambaran yang jelas tentang kepentingan, kekuasaan, kapasitas, termasuk juga kekuasaan dan besarnya pengaruh masing-masing pemangku kepentingan, sebagai dasar melihat peluang terbaik untuk mencapai tujuan kebijakan.

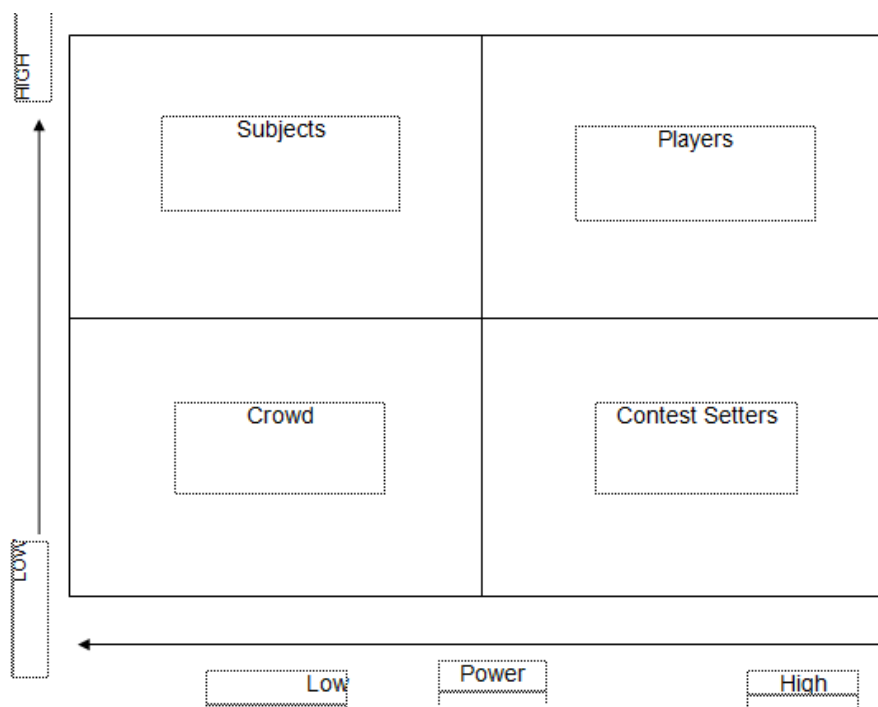
2.4.6 Metode Analisis *Stakeholder*

Analisis *stakeholder* merupakan suatu pendekatan dan prosedur untuk mencapai pemahaman suatu sistem dengan mengidentifikasi aktor-aktor kunci atau *stakeholder* kunci di dalam sistem dan menilai kepentingan masing-masing di dalam sistem tersebut (Suporahardjo, 2005). Analisis *stakeholder* bertujuan untuk mengidentifikasi dan memahami sifat kerjasama yang ada antara *stakeholder* yang berbeda-beda, serta menunjukkan dengan tepat peluang untuk mengembangkan kerjasama di masa mendatang (Suporahardjo, 2005). Penggunaan analisis *stakeholder* akan memungkinkan para pembuat kebijakan mendasarkan keputusan mereka pada pemahaman riil tentang bagaimana *stakeholder* yang berbeda-beda itu dapat memperoleh keuntungan atau kerugian dari kebijakan atau proyek, untuk menyoroti persoalan potensial yang dapat diperkirakan mengancam keberhasilan proyek dan/atau untuk memfokuskan pada cara-cara meminimalkan problem potensial dan konflik kepentingan (Suporahardjo 2005). Menurut Reed *et al.* (2009) analisis *stakeholder* dilakukan dengan cara, yakni melakukan identifikasi *stakeholder*, mengklasifikasikan *stakeholder* dan menyelidiki hubungan antar *stakeholder*.

Menurut Eden dan Ackermann (1998) diacu dalam Reed *et al.* (2009) metode analisis yang digunakan yaitu menggunakan matriks pengaruh dan kepentingan dengan mengklasifikasikan *stakeholder* ke dalam *key player*, *context setter*, *subject* dan *crowd*.

- a. *Key player* (*influence* dan *interest* tinggi) merupakan *stakeholder* yang paling aktif dalam pengelolaan karena mereka mempunyai pengaruh dan kepentingan yang tinggi terhadap pengembangan suatu proyek.
- b. *Subject* (memiliki *interest* tetapi dengan *influence* yang kecil) memiliki kepentingan yang tinggi tetapi pengaruhnya rendah. *Stakeholder* jenis ini bersifat *supportive*, mempunyai kapasitas yang kecil untuk mengubah situasi. Namun mereka dapat mempengaruhi yang lain jika membentuk aliansi dengan *stakeholder* lainnya dan juga sebaliknya mungkin dapat dipengaruhi oleh *stakeholder* lainnya.

- c. Context setter (memiliki *influence* akan tetapi hanya memiliki *direct interest* yang kecil) memiliki pengaruh yang tinggi tetapi sedikit kepentingan. Oleh karena itu, mereka dapat menjadi risiko yang signifikan untuk harus dipantau.
- d. Crowd (lemah dalam *influence* serta *interest*) merupakan *stakeholder* yang memiliki sedikit pengaruh dan kepentingan terhadap hasil yang diinginkan dan hal ini menjadi pertimbangan untuk mengikutsertakannya dalam pengambilan keputusan. Pengaruh dan kepentingan akan mengalami perubahan dari waktu ke waktu, sehingga perlu menjadi bahan pertimbangan.



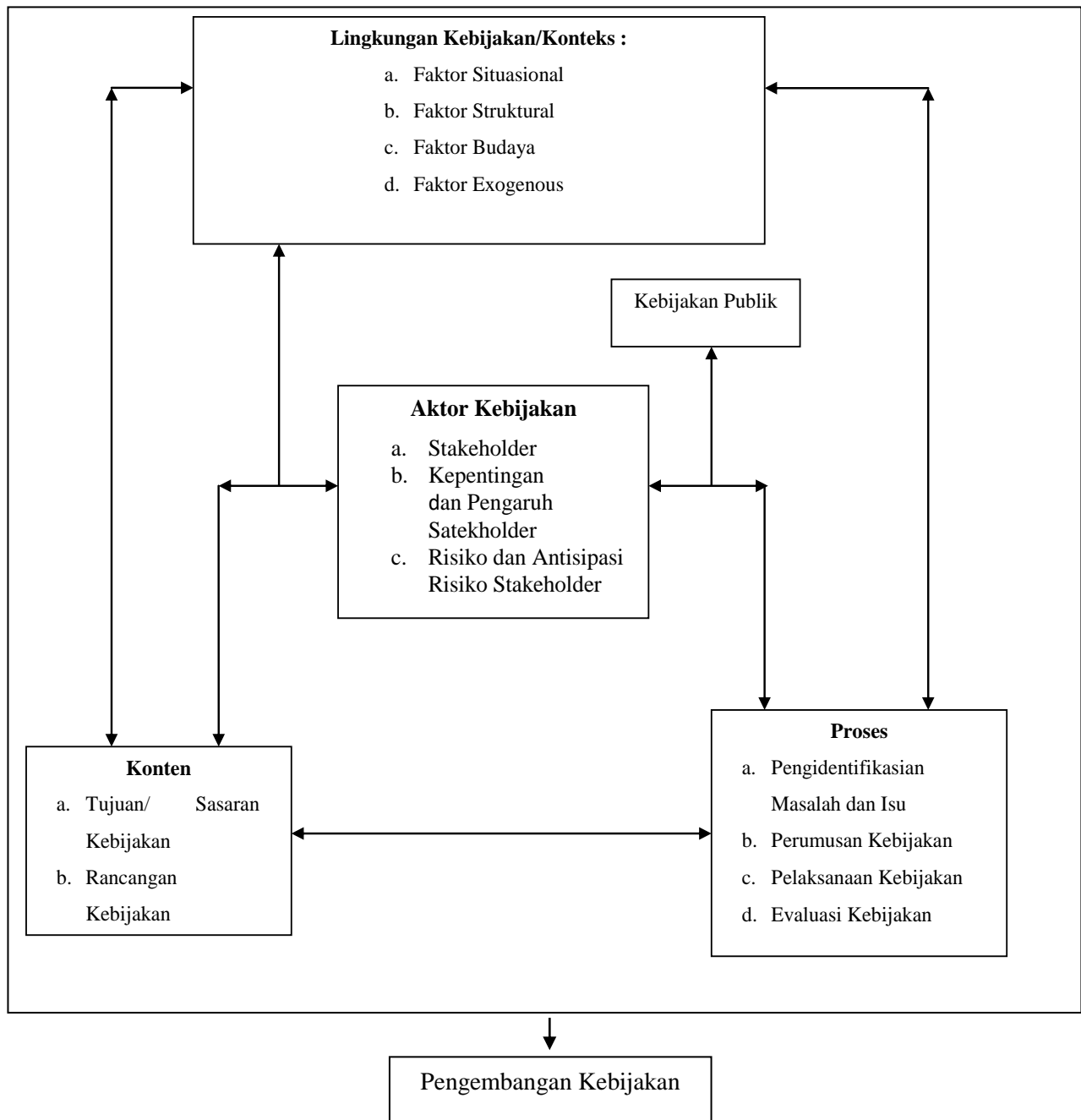
Gambar 2. 5 Matriks Kepentingan-Pengaruh (*interest-influence matrix*)
(Sumber: Eden *and* Ackermann (1998) dalam Reed (2009))

2.4.7 Keuntungan Analisis *Stakeholder*

Menurut Ayuningtyas (2014:77), keuntungan yang dapat diperoleh dengan menggunakan pendekatan berbagai *stakeholder* adalah sebagai berikut:

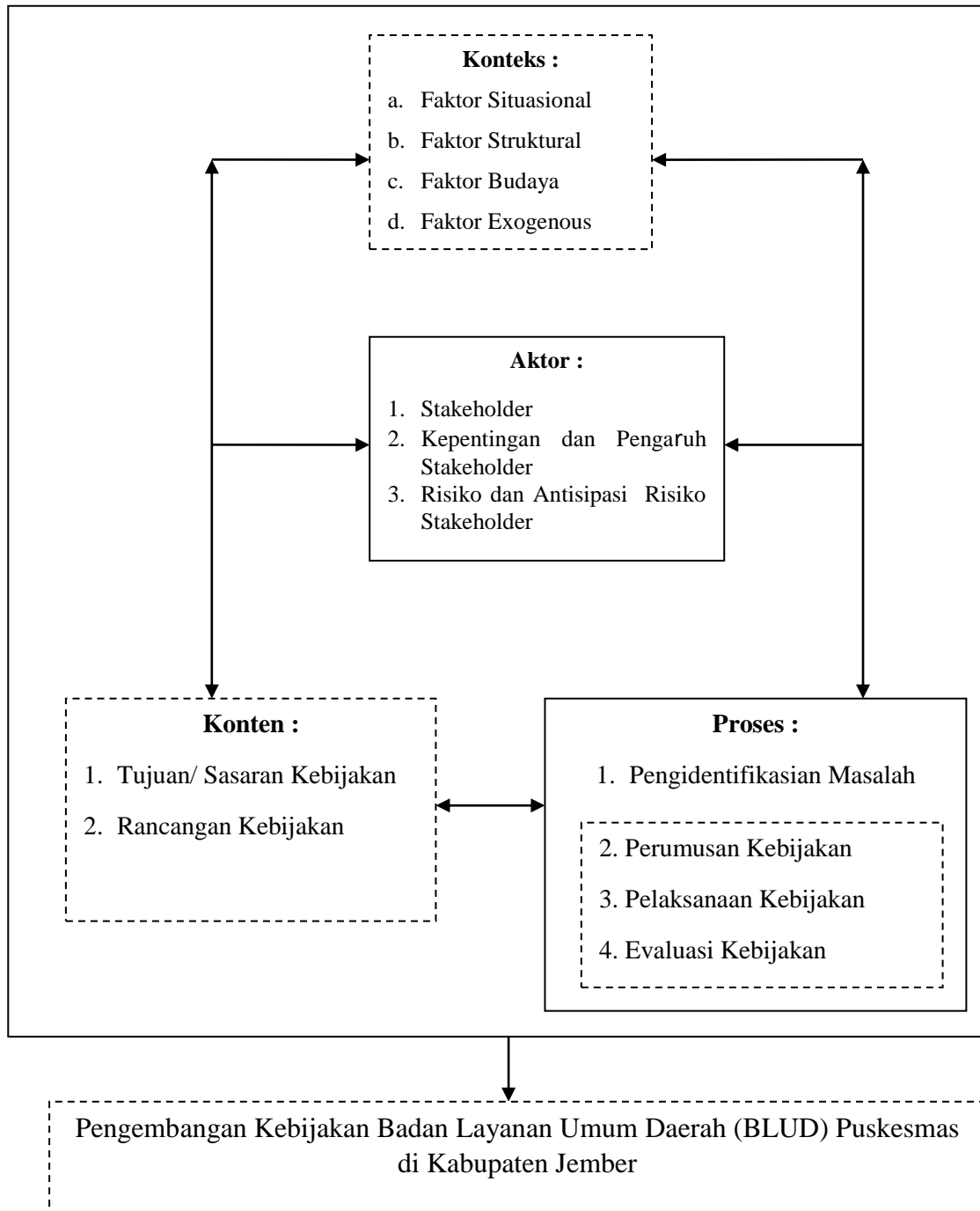
- a. Dapat menggunakan opini dari *stakeholder* yang paling berkuasa untuk membentuk suatu kebijakan pada tahap awal. Tidak hanya kemungkinan besar memberi dukungan, *input* mereka akan memperbaiki kualitas kebijakan.
- b. Mendapat dukungan dari *stakeholder* yang berkuasa untuk membantu dalam memenangkan lebih banyak sumber daya, membuat kemungkinan besar kebijakan akan berhasil.
- c. Komunikasi bersama *stakeholder* lebih awal dan lebih sering, dapat dipastikan bahwa mereka paham secara keseluruhan apa yang dilakukan dan mengerti keuntungan kebijakan yang akan diberlakukan. Ini berarti bahwa mereka memberi dukungan aktif ketika diperlukan.
- d. Dapat mengantisipasi reaksi apa yang mungkin terjadi pada masyarakat terhadap kebijakan dan menjadi dasar dalam perencanaan mengenai tindakan apa yang dapat memenangkan dukungan masyarakat.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. 6 Kerangka Teori Segitiga Kebijakan modifikasi dari
Walt dan Gilson (1994) dalam Buse *et al.* (2005:12-13) dan Reed (2009)

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2. 7 Kerangka Konsep Segitiga Kebijakan modifikasi dari Walt dan Gilson (1994) dalam Buse *et al.* (2005:12-13) dan Reed (2009)

= Diteliti
 = Tidak Diteliti

Kerangka konseptual tersebut menjelaskan mengenai kedua aspek yang saling berkaitan dalam upaya penyusunan, pengembangan, maupun pelaksanaan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember. Kedua aspek tersebut adalah aspek proses dan aktor dari suatu kebijakan. Penelitian ini, kedua aspek tersebut menunjukkan keterkaitan yang secara langsung saling berperan dan berkaitan satu sama lain dalam suatu kebijakan, dengan tidak mengesampingkan pada dua aspek terkait lainnya yang saling berubungan dan mempengaruhi satu sama lain menjadi suatu tatanan hubungan yang kompleks, yakni konteks dan konten. Para pelaku kebijakan dapat dipengaruhi dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja. Konteks dipengaruhi oleh banyak faktor seperti ketidakstabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya serta proses penyusunan kebijakan. Pada segitiga kebijakan tersebut dapat membantu dalam berpikir sistematis tentang pelaku-pelaku yang berbeda yang mempengaruhi kebijakan. Segitiga kebijakan dapat digunakan untuk mengkaji atau memahami kebijakan tertentu dan menerapkannya untuk merencanakan, mengembangkan dan melaksanakan suatu kebijakan.

Kerangka tersebut pada aspek proses, peneliti hanya meneliti sebatas pada pengidentifikasian isu yang sebenarnya terjadi dalam pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember. Permasalahan yang ada tersebut, akan dilakukan pengkajian secara mendalam kepada para pemangku kepentingan (*stakeholder*) dalam rangka mengetahui secara jelas siapa saja *stakeholder* yang turut berkontribusi, dan juga mengetahui posisi, peran, kekuatan atau kekuasaan yang dimiliki, besarnya pengaruh, serta persepsi, nilai, atau ideologi yang ada pada *stakeholder* tersebut melalui metode analisis *stakeholder*. Tahapan dalam melakukan analisis *stakeholder* tersebut diantaranya adalah mengidentifikasi *stakeholder* yang berperan serta dalam kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember, mengkaji kepentingan dan pengaruh yang dimilikinya, dan mengkaji risiko dan antisipasi yang dilakukan oleh *stakeholder*.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah fenomenologi dengan pendekatan kualitatif. Permasalahan dan aspek yang dikaji, peneliti menggali suatu fenomena tertentu (kasus) dalam suatu waktu dan kegiatan (program, even, proses, institusi atau kelompok sosial) serta mengumpulkan informasi secara terinci dan mendalam tentang respon dari suatu peristiwa dengan menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data selama periode tertentu (Strake, 1995 dalam Creswell, 1998:37-38 dalam Kusmarni). Menurut Sugiyono (2013:47), metode penelitian kualitatif merupakan metode penelitian yang digunakan untuk meneliti kondisi objek yang alamiah, dimana peneliti berperan sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil kualitatif memberikan penekanan lebih kepada makna daripada generalisasi, sehingga pendekatan ini sangat tepat digunakan untuk mengkaji seluruh hal yang berkaitan dengan *stakeholder* yang berperan serta berkaitan dengan kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di beberapa tempat yaitu Badan Perencanaan Pembangunan Kabupaten (Bappekab) Jember, Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Jember, Pemerintah Kabupaten (PEMKAB) Kabupaten Jember, Kantor DPRD Jember, Dinas Pendapatan Pengelolaan Kekayaan dan Aset Daerah (DPPKAD) di Kabupaten Jember, Puskesmas Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penyusunan proposal dimulai dari bulan November 2017. Penelitian ini dilaksanakan selama 4 bulan yakni bulan Mei 2018 - September 2018.

3.3 Penentuan Informan Penelitian

3.3.1 Informan Penelitian

Pemilihan informan merupakan hal yang menjadi bahan pertimbangan utama dalam pengumpulan data. Informan penelitian merupakan orang atau pelaku yang benar-benar mengetahui dan menguasai masalah, serta terlibat langsung dengan suatu masalah penelitian. Penelitian kualitatif tidak dimaksudkan untuk membuat suatu generalisasi dari hasil penelitiannya, oleh karena itu, pada penelitian kualitatif tidak dikenal adanya populasi dan sampel (Suyanto, 2005:171). Penentuan informan pada penelitian ini dilakukan secara *Purposive*.

Informan penelitian dalam penelitian ini terdiri dari informan kunci, utama, dan tambahan. Penetapan informan dengan membagi ke dalam tiga jenis informan tersebut dilakukan dengan mendasarkan pada keakuratan informasi yang dimiliki oleh masing-masing informan penelitian melihat pada perannya dalam upaya Pelaksanaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember. Rancangan informan meliputi:

- a. Informan kunci, adalah mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Dalam penelitian ini yang berperan menjadi informan kunci adalah Sekretaris Daerah (Sekda) yang merupakan pelaksana membantu Bupati dalam hal perumusan kebijakan.
- b. Informan utama, adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Penelitian ini yang berperan menjadi informan utama adalah Kepala Bagian Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Jember, Kepala Keuangan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Kepala Puskesmas yang sudah terakreditasi Kabupaten Jember. Informan utama ini memiliki peran sebagai pelaksana yang membantu Bupati dalam hal perumusan kebijakan,

melaksanakan koordinasi, perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan kesehatan masyarakat.

- c. Informan tambahan, adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang sedang diteliti (Hendarso dalam Suyanto, 2005:171-172). Penelitian ini yang berperan sebagai informan tambahan adalah DPRD Komisi D, Kepala Dinas Pendapatan Pengelolaan Kekayaan Aset Daerah (DPPKAD), Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Kabupaten (Bappekab), Akademisi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, Sekretaris II Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Cabang Jember.

3.4 Fokus Penelitian

Fokus penelitian dimaksudkan sebagai domain tunggal atau beberapa domain yang terkait dari situasi sosial (Spradley, dalam Sugiyono, 2014:209). Penelitian kualitatif, penentuan fokus dalam proposal lebih didasarkan pada tingkat kebaruan informasi yang akan diperoleh dari situasi sosial (lapangan). Kebaruan informasi tersebut bisa berupa upaya untuk memahami secara lebih luas dan mendalam tentang situasi sosial. Berdasarkan penjelajahan umum tersebut akan diperoleh gambaran umum menyeluruh yang masih pada tahap permukaan tentang situasi sosial. Sehingga untuk dapat memahami secara lebih luas dan mendalam diperlukan pemilihan fokus penelitian (Sugiyono, 2014:209).

Adapun fokus penelitian dan pengertian yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya:

Tabel 3. 1 Fokus Penelitian dan Pengertian

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
1.	Pemangku Kepentingan (<i>Stakeholder</i>)	Pihak-pihak yang secara legal mempunyai kewenangan untuk terlibat dalam penerapan kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember.	a. Wawancara mendalam (Panduan Wawancara Lampiran B, C, dan D) b. Dokumentasi (<i>recorder</i>)	a. Informan Kunci : Lampiran B No. 1-7 b. Informan Utama : Lampiran C No. 1-7 c. Informan Tambahan : Lampiran D No. 1-7
2.	Kepentingan Stakeholder	Motif atau maksud baik secara eksplisit maupun implisit yang melatarbelakangi pelaku kebijakan dalam penerapan kebijakan dan bagaimana hal tersebut dapat memberikan dampak terhadap Pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember.	a. Wawancara mendalam (Panduan Wawancara Lampiran B,C,dan D) b. Dokumentasi (<i>recorder</i>)	a. Informan Kunci : Lampiran B No. 8-18 b. Informan Utama : Lampiran C No. 8-18 c. Informan Tambahan : Lampiran D No. 8-18
3	Pengaruh Stakeholder	Bentuk kekuasaan yang dimiliki stakeholder dalam proses pengambilan keputusan kebijakan, dan bagaimana pengaruh tersebut dimanfaatkan untuk melakukan pendesakan dalam suatu proses kebijakan.	a. Wawancara mendalam (Panduan Wawancara Lampiran B,C,dan D) b. Dokumentasi (<i>recorder</i>)	a. Informan Kunci : Lampiran B No. 19-27 b. Informan utama : Lampiran C No. 19-27 c. Informan Tambahan : Lampiran D No. 19-27
4	Risiko dan Antisipasi Stakeholder	Risiko atau dampak yang muncul akibat adanya proses	a. Wawancara mendalam (Panduan	a. Informan Kunci : Lampiran B No. 28-30

<p>pelaksanaan kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember dan upaya apa yang seharusnya dilakukan untuk meminimalisasi dampak dari adanya risiko yang telah teridentifikasi sebelumnya.</p>	<p>Wawancara Lampiran B,C,dan D) b. Dokumentasi (recorder)</p>	<p>b. Informan Utama : Lampiran C No. 28-30 c. Informan Tambahan : Lampiran D No.28-30</p>
---	--	--

3.5 Data dan Sumber Data

Data merupakan suatu kumpulan huruf atau kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui serangkaian proses pengumpulan data. Data adalah suatu bahan mentah yang jika diolah dengan baik melalui berbagai analisis dapat menyajikan berbagai informasi. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2010:180). Pada penelitian ini digunakan sumber data primer dan sumber data sekunder. Data primer merupakan data yang langsung dikumpulkan oleh orang yang berkepentingan atau dengan kata lain merupakan suatu data yang diperoleh dari pihak pertama secara langsung, seperti hasil kumpulan wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2016:187).

- a. Data primer dalam penelitian ini diperoleh secara langsung pada sumber data yaitu informan kunci, informan utama, dan informan tambahan. Data tersebut diperoleh melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan tujuan untuk memperoleh informasi yang mendalam mengenai analisis *stakeholder* dalam kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember.
- b. Data sekunder dalam penelitian ini adalah data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yaitu Renstra (Rencana Strategi) tahun 2016-

2021, Data PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) Tahun 2016 dan RPJMD (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah) Tahun 2016-2021.

3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil penelitian yang berkualitas, kualitas dalam pengumpulan data mutlak diperlukan. Kualitas pengumpulan data sangat dipengaruhi oleh ketepatan cara yang digunakan dalam proses pengumpulan data (Sugiyono, 2016:187), dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

a. Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*)

Wawancara merupakan suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap secara berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2012:139).

Teknik wawancara mendalam merupakan salah satu bentuk wawancara tak berstruktur atau dengan kata lain, dapat diartikan sebagai suatu bentuk wawancara yang dilakukan secara bebas, dengan tidak menggunakan pedoman wawancara yang sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya. Akan tetapi, hanya berupa garis-garis besar permasalahan yang akan ditanyakan (Sugiyono, 2016:318).

Teknik wawancara mendalam dilakukan oleh peneliti dengan cara memberikan pertanyaan-pertanyaan penyelidikan untuk menggali lebih lanjut suatu keterangan yang diinginkan. Hal tersebut dilakukan sebagai upaya untuk menggali informasi secara lebih jelas dan mendalam dalam rangka pengambilan kesimpulan suatu penelitian. Peneliti melakukan wawancara mendalam untuk mendapatkan data mengenai siapa saja aktor kebijakan yang berperan dalam kebijakan Pelaksanaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di

Kabupaten Jember, mengenai siapa saja aktor kebijakan yang berperan dalam kebijakan Pelaksanaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember, serta potensi konflik dan antisipasi dari para aktor kebijakan tersebut.

b. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan metode pengumpulan data berdasarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, agenda, notulensi rapat, dan sebagainya (Arikunto, 2006:135). Dalam penelitian ini studi dokumentasi digunakan untuk menyempurnakan data yang diperoleh lewat wawancara mendalam. Dokumentasi yang digunakan untuk sumber data primer dalam penelitian ini adalah dokumen resmi seperti Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007, Rencana Strategi Tahun 2015-2021 Kabupaten Jember, Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) Tahun 2015-2017 Kabupaten Jember.

c. Triangulasi

Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Jika peneliti melakukan pengumpulan data dengan triangulasi, maka sebenarnya peneliti mengumpulkan data dan sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data (Sugiyono, 2016:327).

Triangulasi dapat dibedakan menjadi dua macam yakni triangulasi teknik dan triangulasi sumber. Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama. Peneliti menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak. Sedangkan triangulasi sumber berarti mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan menggunakan teknik yang sama (Sugiyono, 2016 : 327). Teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber yakni menguji kredibilitas data yang telah diperoleh melalui metode kualitatif dengan membandingkan pernyataan dari informan penelitian dan diambil suatu kesimpulan yang kredibel.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2016:305), yang menjadi instrumen atau alat penelitian dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif berperan sebagai *human instrument* yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan. Penelitian kualitatif sesuatu yang akan dicari dari objek penelitian masih belum jelas dan pasti. Penelitian kualitatif tidak ada kepastian kejelasan mengenai masalah, sumber data, dan hasil yang diharapkan. Rancangan penelitian masih bersifat sementara dan akan berkembang setelah peneliti yang berperan sebagai *key instrument* memasuki objek penelitian (Sugiyono, 2016:306).

Peneliti menggunakan alat bantu berupa panduan wawancara yang digunakan untuk mengumpulkan data agar dalam proses pengumpulan data dapat dilakukan secara lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Acuan yang digunakan peneliti dalam mengembangkan pokok pertanyaan adalah referensi tertulis bersumber dari buku berkaitan dengan pertanyaan dan isu yang harus dipertanyakan yang terdapat dalam tahapan analisis *stakeholder*. Peneliti menggunakan panduan wawancara (*guide interview*) yang berisi sistematika garis besar permasalahan dibantu alat perekam suara (melalui *handphone*). Instrumen yang digunakan untuk pengamatan langsung digunakan kamera *handphone* agar menjadi lebih efektif dan efisien.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah digunakan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai tujuan yang diinginkan, dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2007:103). Penelitian ini digunakan

teknik penyajian dalam bentuk narasi atau uraian kata-kata dan mencantumkan kutipan-kutipan langsung (*quotes*) yang berkaitan disesuaikan dengan bahasa dan pandangan dari informan. Penyajian secara narasi dideskripsikan dalam kalimat-kalimat dan ungkapan, dengan menggunakan bahasa yang tidak formal sesuai dengan susunan kalimat sehari-hari, dan pilihan kata atau konsep asli informan. Berdasarkan data yang didapat dari hasil wawancara tersebut, kemudian dilakukan pengkajian dengan perspektif dan teori-teori yang telah dipilih.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data kualitatif adalah langkah yang memerlukan kekreatifan dan aktif. Morse dalam Martha dan Kresno (2016:152) menyatakan bahwa analisis kualitatif adalah proses tentang pencocokan data bersama-sama, untuk membuat samar menjadi nyata, menghubungkan akibat dengan sebab. Data kualitatif diolah berdasarkan karakteristik pada penelitian dengan metode *thematic content analysis* (analisis berdasarkan tema), yaitu metode yang mengidentifikasi, menganalisis dan melaporkan pola-pola yang ada berdasarkan data yang terkumpul (Moloeng, 2009:48). Analisis tema disebut prosedur untuk memahami secara holistik pemandangan yang sedang diteliti (Ghony dan Manshur, 2017:305).

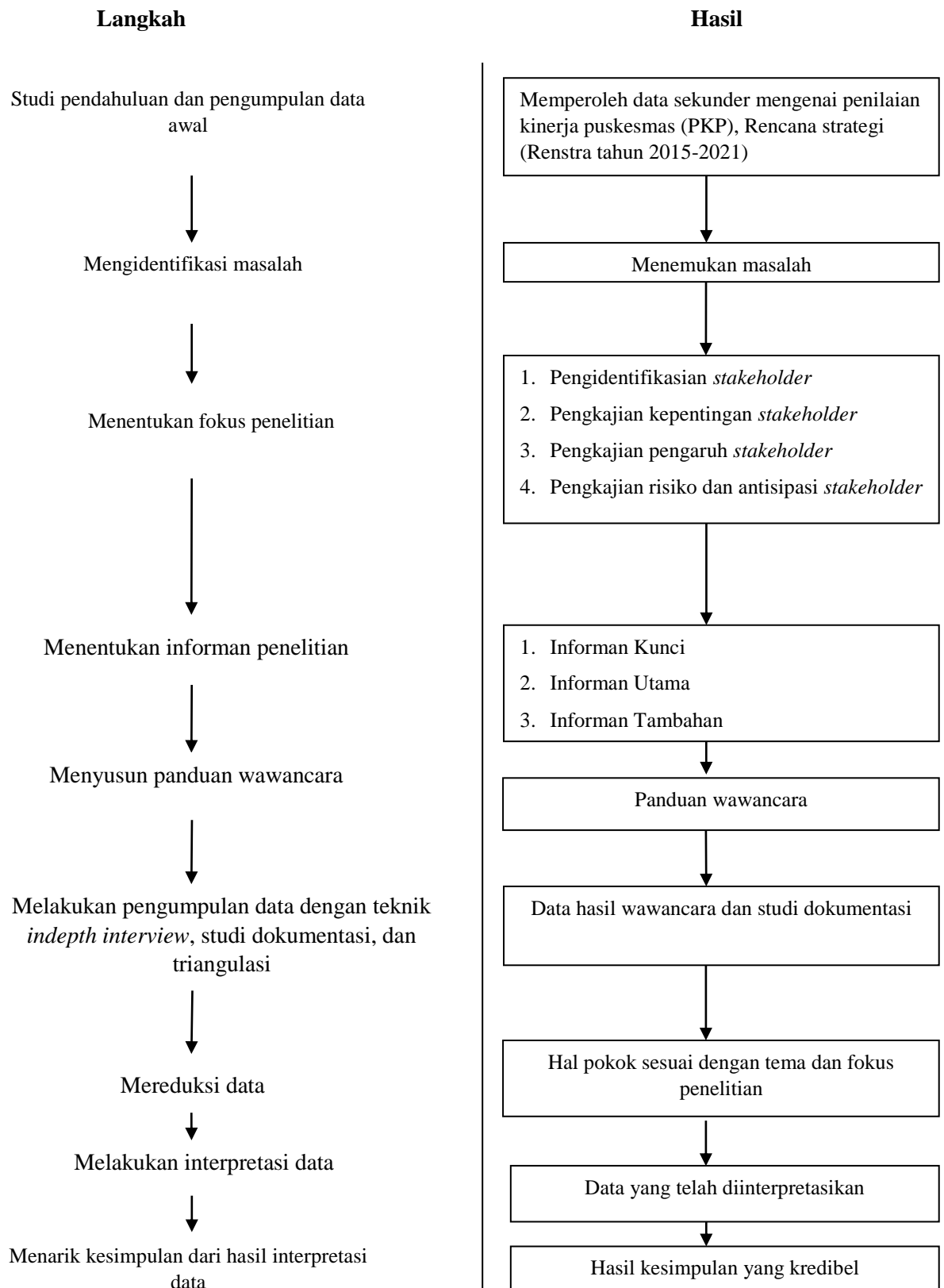
Langkah dalam analisis data diawali dengan mendalami hasil data yang diperoleh dari hasil turun lapang (wawancara dan dokumentasi penelitian) berbentuk rekaman dari foto kemudian triangulasi. Data yang telah didapatkan, dipelajari dan ditelaah kemudian dilakukan reduksi data. Reduksi data merupakan pemilihan kata yang sesuai dengan penelitian dan tidak mencantumkan data yang diluar tujuan penelitian. Tahapan selanjutnya, menyusun dalam satuan-satuan dan selanjutnya dikategorikan pada langkah berikutnya yaitu koding. Tahap yang terakhir adalah melakukan keabsahan data (Moleong, 2010:247).

3.8 Validitas

Validitas merupakan derajat ketepatan antara data yang terjadi pada objek penelitian dengan data yang dilaporkan oleh peneliti. Data yang valid merupakan data yang tidak berbeda antara data yang dilaporkan oleh peneliti dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek penelitian (Sugiyono, 2016:361). Penelitian kualitatif, untuk mendapatkan data yang valid dan reliabel yang diuji validitas dan reliabilitasnya adalah datanya.

Memvalidkan hasil penelitian adalah menentukan akurasi dan kredibilitas hasil melalui strategi yang tepat, yakni salah satunya menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber. Triangulasi sumber dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam pada informan penelitian. Sumber-sumber tersebut selanjutnya akan dideskripsikan, dikategorikan, mana pandangan yang sama atau berbeda, dan mana yang spesifik dari data tersebut. Apabila informasi yang diperoleh menyatakan saling mendukung dan menguatkan antara informasi satu dengan yang lain, maka informasi yang diperoleh dianggap valid.

3.9 Alur Penelitian



Tabel 3. 2 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian, dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut.

- a. Terdapat 12 *Stakeholder* yang berperan dalam Kebijakan Pelaksanaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember. *Stakeholder* yang termasuk ke dalam *Stakeholder* kunci yaitu Bupati, Sekretaris Daerah, DPRD Jember. *Stakeholder* yang termasuk dalam kategori *stakeholder* utama adalah Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bagian Keuangan Dinas Kesehatan, Kepala Bagian Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas Kabupaten Jember. *Stakeholder* yang termasuk dalam kategori *stakeholder* penunjang adalah Bappekab Jember, DPKAD Jember, Akademisi Perguruan Tinggi Kesehatan dan Organisasi Profesi Kesehatan. Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember. *Stakeholder* kunci, *Stakeholder* Utama dan *Stakeholder* Penunjang telah dapat diketahui namun Kabupaten Jember belum membentuk tim penilai untuk pelaksanaan Kebijakan BLUD.
- b. Pengklasifikasian kepentingan (*interest*) dan pengaruh (*influence*) masing-masing *stakeholder* digolongkan ke dalam matriks kepentingan-pengaruh (*interest-influence matrix*). *Stakeholder* yang termasuk dalam *key players* adalah Bupati Jember, Sekretaris Daerah (Sekda) dan DPRD Jember. *Stakeholder* yang termasuk dalam *context setter* adalah Bappekab Jember, dan DPKAD Jember. *Stakeholder* yang termasuk dalam *subjects* adalah Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan, Kepala Keuangan Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas Kabupaten Jember. *Stakeholder* yang termasuk dalam *crowd* adalah Pimpinan Perguruan Tinggi dan Ketua IDI Organisasi Profesi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Jember. Bupati memiliki kepentingan dan pengaruh yang paling tinggi dan DPRD memiliki pengaruh yang tinggi setara dengan Bupati sehingga Bupati dapat mengusulkan Peraturan Daerah (Perda) pelaksanaan

Kebijakan BLUD dan DPRD dapat mengesahkan Peraturan Daerah (Perda) pelaksanaan Kebijakan BLUD Puskesmas Kabupaten Jember.

- c. Risiko yang akan muncul apabila kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas tidak dilaksanakan dengan baik secara terprogram adalah akan terjadi penyimpangan penggunaan keuangan dari Puskesmas tersebut. Antisipasi risiko yang dapat dilakukan oleh *Stakeholder* terkait kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yaitu dilakukan pemantauan terus-menerus terutama dari pihak Dinas Kesehatan karena akan memantau Puskesmas sejumlah 50 Puskesmas maka pemantauan harus lebih dioptimalkan. Antisipasi resiko selanjutnya yaitu informan kunci bersama *stakeholder* lain berdiskusi musyawarah mufakat terkait kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas agar menjadi satu visi misi bersama.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang telah diulas, maka dapat diberikan saran-saran dengan harapan dapat memberikan masukan yang membantu dalam keberhasilan

- a. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Jember
 - 1.) Menyusun tim penilai BLUD terdiri dari Sekda, PPKD, BPKAD, Pengawas, dan tenaga ahli.
 - 2.) *Key Player* melakukan diskusi musyawarah mufakat dalam proses kesiapan menuju BLUD dengan memberikan sosialisasi pentingnya pelaksanaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas Kabupaten Jember sehingga *stakeholder* menjadi satu persepsi sesuai visi misi.
- b. Bagi DPRD Jember

DPRD merupakan lembaga legislatif yang memiliki kedudukan sejajar dengan Pemerintah Daerah terkait dalam memutuskan Kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Dalam Kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas belum terdapat Peraturan Daerah sehingga DPRD dapat memberikan inisiasi terkait penyusunan surat keputusan

Peraturan Bupati terkait pola tata kelola Kebijakan BLUD Puskesmas Kabupaten Jember.

c. Bagi Dinas Kesehatan

- 1.) Melakukan pendampingan penyiapan Puskesmas menuju BLUD berdasarkan pola tata kelola yang terdiri dari struktur organisasi sebelum dan sesudah BLUD, Prosedur kerja, Pengelompokan fungsi, Pengelolaan SDM, Sistem akuntabilitas berbasis kinerja, dan kebijakan keuangan.
- 2.) Memberikan bimbingan teknis secara berkala dan berkesinambungan kepada Puskesmas dengan melibatkan antar stakeholder yang berkaitan dengan pelatihan dan workshop terkait pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas, D. 2014. *Kebijakan Kesehatan Teori dan Praktik*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Buse, K., Mays, N, dan Walt, G. 2005. *Making Health Policy*. New York: Open University Press.
- Bungin, B. 2007. *Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial*. Jakarta : Kencana Prenama Media Group
- Crosby, B.L. 1992. *Stakeholder Analysis: A vital tool for strategic managers. Technical Notes, No. 2*, Washington DC : Agency for International Development.
- Ditjen Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan. 2017. Bimtek Unit Layanan Keuangan UPTD Puskesmas. <http://www.djpk.kemenkeu.go.id/> (Diakses tanggal 20 Agustus 2018)
- Dunn, W. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi Kedua*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Dwiyanto, Agus. 2010. *Manajemen Pelayanan Publik: Peduli, Inklusif dan Kolaboratif*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Ghony, M.D. & Fauzan, A. 2017. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Haksomo, Sonie. (2016, 29 Mei). Pengelolaan Dana JKN melalui PPK BLUD. <https://id.scribd.com/doc/314156590/Pengelolaan-Dana-JKN-melalui-PPK-BLUD> (Diakses tanggal 19 Agustus 2018)
- Ikhwan, M. 2017. Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Pemenuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan. *Skripsi*. Jember : Badan Penerbit Universitas Jember.
- Jamsos Indonesia. 2016. Mengubah Status Puskesmas Menjadi BLUD. <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/503> (Diakses tanggal 20 April 2018)
- Kabupaten Jember. 2016. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Jember 2016-2021*.

- Kusumanegara, Solahudin, 2010. *Model dan Aktor dalam Proses Kebijakan Publik*, Yogyakarta: Gava Media.
- Kementerian Kesehatan. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2014*. http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2014/3509_Jatim_Kab_Jember_2014.pdf [15 Februari 2017]
- Kementerian dalam Negeri RI. 2014. *Daftar Implementasi PPK-BLUD Provinsi, Kabupaten/Kota*. Jakarta: Direktur Jenderal Keuangan Daerah. <http://keuda.kemendagri.go.id/datin/index/3/2014> [Online]. [Diakses pada 12 April 2017].
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Data Dasar Puskesmas Provinsi Jawa Timur Keadaan Desember 2014*. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 Tahun 2004. *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. 10 Februari 2004. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 488 Tahun 2016. *Data Pusat Kesehatan Masyarakat per Akhir Juni 2016*. 16 September 2016. Jakarta. *Modul Pelatihan Analisis Kebijakan*. 2015. <http://www.ksi-indonesia.org/document/material/Modul-Pelatihan-Analisis-Kebijakan.pdf> [Juli 2017]
- Lukman, M. 2015. *Badan Layanan Umum dari Birokrasi Menuju Korporasi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Artini,Dwi.2012. *Akuntansi Keuangan Menengah*. buku 1. Salemba Empat : Jakarta.
- Martha, E. & Kresno, S. 2016. *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk Bidang Kesehatan*. Jakarta:Raja Grafindo Persada.
- Moleong, J. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya
- Moore, J.F. 1995. *The Death of Competition, Leadership & Strategy in the Age of Business Ecosystem*. Harper Business.
- Muhtaromi,Hafsatul.2013. Analisis Stakeholder Dalam Implementasi Peraturan Pemerintah Tentang Pengamanan Zat Adiktif Pada Produk Tembakau Bagi Kesehatan Di Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Badan Penerbit Universitas Jember.

- Notoatmodjo,S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nurfatrian, F. *Analisis Pemangku Kepentingan dalam Transformasi Kebijakan Fiskal Hijau*. 2015. [http://forda-mof.org/files/2_Fitri_\(Analisis\).pdf](http://forda-mof.org/files/2_Fitri_(Analisis).pdf) [7 juli 2017]
- Parsons,Wayne. 2008. *Public Policy Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta : Kencana.
- Peraturan Bupati Situbondo No 55 Tahun 2015. *Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Unit Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo*. 31 Desember 2015. Berita Daerah Kabupaten Situbondo Tahun 2015 Nomor 55. Situbondo.
- Peraturan Bupati Trenggalek No 75 Tahun 2015. *Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat*. 31 Desember 2015. Berita Daerah Kabupaten Trenggalek Tahun 2015 Nomor 75. Trenggalek.
- Peraturan Menteri dalam Negeri RI No 61 Tahun 2007. *Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah*. 7 November 2007. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014. *Pusat Kesehatan Masyarakat*. 17 Oktober 2014. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676. Jakarta.
- Peraturan Pemerintah RI No 23 Tahun 2005. *Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum*. 13 Juni 2005. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48. Jakarta.
- Peraturan Pemerintah RI No 74 Tahun 2012. *Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum*. 28 Agustus 2012. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171. Jakarta.
- Peraturan Pemerintah RI No 47 Tahun 2016. *Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. 31 Oktober 2016. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229. Jakarta.
- Reed, Mark S, et.al. 2009. Who's in and why? A typology of stakeholder 154 Modul III Pemetaan Pemangku Kepentingan (Stakeholders Mapping) analysis methods for natural resource management. *Journal of Environmental Management* 90 (2009).hlm 56.

- Restianto, Y. E, dan Bawono, I. R. 2015. *Pengelolaan Keuangan BLU/BLUD Badan Layanan Umum/Badan Layanan Umum Daerah*. Yogyakarta: UPP STIM YKPN.
- Rimawati, H. 2015. Implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah di Puskesmas Kulon Progo. Diterbitkan. *Skripsi*. <http://dinkes.kulonprogokab.go.id/?pilih=news&aksi=lihat&id=494> [Diakses pada 23 Agustus 2017]
- Syncore. (2017, 20 Oktober). Paradigma Puskesmas Harus Menjadi BLUD. <https://blud.co.id/wp/2017/10/paradigma-puskesmas-harus-menjadi-blud/> (Diakses tanggal 20 April 2018)
- Sugiyono, 2013. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabeta
- Sugiyono, 2016. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : Alfabeta
- Soenarko, 2005. *Public Policy: Pengertian Pokok Untuk Memahami dan Analisa Kebijaksanaan Pemerintah, Cetakan Kedua*. Airlangga University Press. Jakarta.
- Undang-Undang RI Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
- Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 Pasal 34 Ayat 3 Tentang Penyediaan Fasilitas Kesehatan
- Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik
- Winarno, Budi. 2011. *Teori dan Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Media Press
- Winarno, Budi. 2012. *Teori dan Kebijakan Publik*. Yogyakarta. Edisi Revisi. Yogyakarta : Media Pressindo
- Yuliansyah, M. A. 2015. Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Badan Penerbit Universitas Jember.

Lampiran A. Lembar Persetujuan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman : www.fkm.unej.ac.id

LEMBAR PERSETUJUAN ***INFORMED CONSENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
Umur :
Alamat :
No. Telp :

Menyatakan bersedia untuk menjadi informan penelitian dari :

Nama : Hasritatun Riskiyah
NIM : 142110101052
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Judul : Analisis *Stakeholder* dalam Kebijakan Pelaksanaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)

Persetujuan ini saya buat secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya telah diberikan penjelasan dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan segala sesuatu mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang benar dan jelas. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan jawaban dengan benar dan sejujur-jujurnya.

Jember, 2018

Informan

(.....)

Lampiran B. Panduan Wawancara Informan Kunci



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman : www.fkm.unej.ac.id

A. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Kunci

Judul : “Analisis *Stakeholder* dalam Kebijakan Pelaksanaan Badan
Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember
Informan :

Tanggal Wawancara :

Panduan Wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon dengan hormat untuk menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Pengidentifikasian *Stakeholder*

1. Menurut Bapak/Ibu apakah Informan /Instansi merupakan salah satu *stakeholder* dalam kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember? Peran apa yang dimiliki *stakeholder*?
2. Siapakah *stakeholder* lain yang berperan dalam kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
3. Apa peran *stakeholder* lain tersebut dalam kebijakan terkait pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
4. Apa fungsi dan wewenang ibu/bapak dalam kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas?
5. Hambatan apa yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD?

6. Bagaimana sebenarnya hubungan antar-*stakeholder* yang teridentifikasi dalam kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
7. Bagaimana sebenarnya hubungan antara instansi dengan instansi yang lain?

Kajian Kepentingan

8. Adakah manfaat dalam hal kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember
9. Apa kepentingan utama yang melatarbelakangi *stakeholder* dalam hal kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
10. Bagaimana menurut Bapak/Ibu isi dari kebijakan tersebut?
11. Apa saja harapan *stakeholder* dari adanya kebijakan ini? Dan apa keuntungan yang didapatkan?
12. Apakah Bapak/Ibu merupakan stakeholder satu-satunya, atau kelompok apa organisasi?
13. Bagaimana menurut Bapak/Ibu perkembangan kebijakan BLUD di Kabupaten Jember? Kesiapannya bagaimana?
14. Mengapa kebijakan tersebut dibuat dan apa dampak yang diharapkan oleh Bapak/Ibu?
15. Apakah ada kepentingan lainnya yang dimiliki *stakeholder* yang mungkin dapat bertentangan dengan kebijakan?
16. Apa posisi *stakeholder* dalam upaya pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
17. Apa tanggungjawab *stakeholder* dalam upaya pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
18. Menurut Bapak/Ibu, kepentingan masing-masing *stakeholder* seperti apa? Manakah dari *stakeholder* tersebut yang kepentingannya paling dekat dengan tujuan kebijakan tersebut? Dan apa alasannya?

Kajian Pengaruh *Stakeholder* Teridentifikasi

19. Bentuk pengaruh seperti apakah yang dimiliki *stakeholder* dalam proses pengambilan keputusan terkait kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
20. Bagaimana kekuasaan informan atau instansi dalam pelaksanaan kebijakan BLUD Puskesmas?
21. Bagaimana pengaruh yang dimiliki tersebut dimanfaatkan oleh *stakeholder*? Dan upaya apa yang telah dilakukan?
22. Faktor apakah yang dapat mempengaruhi dan dipengaruhi terkait kebijakan ini?
23. Dampak apa yang akan terjadi ke depannya?
24. Dalam hal pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember, masalah pelaksanaan BLUD yang dihadapi Puskesmas saat ini mempengaruhi *stakeholder* yang mana untuk sebuah kebijakan dapat menjawab masalah tersebut?
25. Untuk *stakeholder* manakah adanya kebijakan menempatkan prioritasnya dalam hal pelaksanaan BLUD ? Dan ekspektasinya seperti apa?
26. Bagaimana upaya yang akan ditempuh dalam rangka mengatasi permasalahan terkait pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
27. Apa hambatan yang dialami *stakeholder* dalam kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?

Kajian Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

28. Apa reaksi yang muncul akibat adanya kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember? Apakah hal tersebut bertentangan dengan kebijakan?
29. Apakah ada konflik kepentingan yang terjadi (atau mungkin terjadi) dalam kaitannya dengan pelaksanaan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember? Dan bagaimana antisipasi yang akan dilakukan untuk mengatasinya?

30. Apa dampak yang dihadapi saat ini dan masa depan oleh *stakeholder* saat kebijakan dilaksanakan?

Lampiran C. Panduan Wawancara Informan Utama



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman : www.fkm.unej.ac.id

A. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Utama

Judul : “Analisis *Stakeholder* dalam Kebijakan Pelaksanaan Badan
Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember

Informan :

Tanggal Wawancara :

Panduan Wawancara :

- b. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- c. Mohon dengan hormat untuk menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Pengidentifikasian *Stakeholder*

1. Menurut Bapak/Ibu apakah Informan /Instansi merupakan salah satu *stakeholder* dalam kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember? Peran apa yang dimiliki *stakeholder*?
2. Siapakah *stakeholder* lain yang berperan dalam kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
3. Apa peran *stakeholder* lain tersebut dalam kebijakan terkait pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
4. Apa fungsi dan wewenang ibu/bapak dalam kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas?
5. Hambatan apa yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD?

6. Bagaimana sebenarnya hubungan antar-*stakeholder* yang teridentifikasi dalam kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
7. Bagaimana sebenarnya hubungan antara instansi dengan instansi yang lain?

Kajian Kepentingan

8. Adakah manfaat dalam hal kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember
9. Apa kepentingan utama yang melatarbelakangi *stakeholder* dalam hal kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
10. Bagaimana menurut Bapak/Ibu isi dari kebijakan tersebut?
11. Apa saja harapan *stakeholder* dari adanya kebijakan ini? Dan apa keuntungan yang didapatkan?
12. Apakah Bapak/Ibu merupakan *stakeholder* satu-satunya, atau kelompok apa organisasi?
13. Bagaimana menurut Bapak/Ibu perkembangan kebijakan BLUD di Kabupaten Jember? Kesiapannya bagaimana?
14. Mengapa kebijakan tersebut dibuat dan apa dampak yang diharapkan oleh Bapak/Ibu?
15. Apakah ada kepentingan lainnya yang dimiliki *stakeholder* yang mungkin dapat bertentangan dengan kebijakan?
16. Apa posisi *stakeholder* dalam upaya pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
17. Apa tanggungjawab *stakeholder* dalam upaya pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
18. Menurut Bapak/Ibu, kepentingan masing-masing *stakeholder* seperti apa? Manakah dari *stakeholder* tersebut yang kepentingannya paling dekat dengan tujuan kebijakan tersebut? Dan apa alasannya?

Kajian Pengaruh *Stakeholder* Teridentifikasi

19. Bentuk pengaruh seperti apakah yang dimiliki *stakeholder* dalam proses pengambilan keputusan terkait kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
20. Bagaimana kekuasaan informan atau instansi dalam pelaksanaan kebijakan BLUD Puskesmas?
21. Bagaimana pengaruh yang dimiliki tersebut dimanfaatkan oleh *stakeholder*? Dan upaya apa yang telah dilakukan?
22. Faktor apakah yang dapat mempengaruhi dan dipengaruhi terkait kebijakan ini?
23. Dampak apa yang akan terjadi ke depannya?
24. Dalam hal pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember, masalah pelaksanaan BLUD yang dihadapi Puskesmas saat ini mempengaruhi *stakeholder* yang mana untuk sebuah kebijakan dapat menjawab masalah tersebut?
25. Untuk *stakeholder* manakah adanya kebijakan menempatkan prioritasnya dalam hal pelaksanaan BLUD ? Dan ekspektasinya seperti apa?
26. Bagaimana upaya yang akan ditempuh dalam rangka mengatasi permasalahan terkait pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
27. Apa hambatan yang dialami *stakeholder* dalam kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?

Kajian Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

28. Apa reaksi yang muncul akibat adanya kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember? Apakah hal tersebut bertentangan dengan kebijakan?
29. Apakah ada konflik kepentingan yang terjadi (atau mungkin terjadi) dalam kaitannya dengan pelaksanaan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember? Dan bagaimana antisipasi yang akan dilakukan untuk mengatasinya?

30. Apa dampak yang dihadapi saat ini dan masa depan oleh *stakeholder* saat kebijakan dilaksanakan?

Lampiran D. Panduan Wawancara Informan Tambahan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman : www.fkm.unej.ac.id

A. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Tambahan

Judul : “Analisis *Stakeholder* dalam Kebijakan Pelaksanaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Jember “

Informan :

Tanggal Wawancara :

Panduan Wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon dengan hormat untuk menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Pengidentifikasian *Stakeholder*

1. Menurut Bapak/Ibu apakah Informan /Instansi merupakan salah satu *stakeholder* dalam kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember? Peran apa yang dimiliki *stakeholder*?
2. Siapakah *stakeholder* lain yang berperan dalam kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
3. Apa peran *stakeholder* lain tersebut dalam kebijakan terkait pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
4. Apa fungsi dan wewenang ibu/bapak dalam kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas?
5. Hambatan apa yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD?

6. Bagaimana sebenarnya hubungan antar-*stakeholder* yang teridentifikasi dalam kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
7. Bagaimana sebenarnya hubungan antara instansi dengan instansi yang lain?

Kajian Kepentingan

8. Adakah manfaat dalam hal kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember
9. Apa kepentingan utama yang melatarbelakangi *stakeholder* dalam hal kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
10. Bagaimana menurut Bapak/Ibu isi dari kebijakan tersebut?
11. Apa saja harapan *stakeholder* dari adanya kebijakan ini? Dan apa keuntungan yang didapatkan?
12. Apakah Bapak/Ibu merupakan *stakeholder* satu-satunya, atau kelompok apa organisasi?
13. Bagaimana menurut Bapak/Ibu perkembangan kebijakan BLUD di Kabupaten Jember? Kesiapannya bagaimana?
14. Mengapa kebijakan tersebut dibuat dan apa dampak yang diharapkan oleh Bapak/Ibu?
15. Apakah ada kepentingan lainnya yang dimiliki *stakeholder* yang mungkin dapat bertentangan dengan kebijakan?
16. Apa posisi *stakeholder* dalam upaya pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
17. Apa tanggungjawab *stakeholder* dalam upaya pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
18. Menurut Bapak/Ibu, kepentingan masing-masing *stakeholder* seperti apa? Manakah dari *stakeholder* tersebut yang kepentingannya paling dekat dengan tujuan kebijakan tersebut? Dan apa alasannya?

Kajian Pengaruh *Stakeholder* Teridentifikasi


19. Bentuk pengaruh seperti apakah yang dimiliki *stakeholder* dalam proses pengambilan keputusan terkait kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
20. Bagaimana kekuasaan informan atau instansi dalam pelaksanaan kebijakan BLUD Puskesmas?
21. Bagaimana pengaruh yang dimiliki tersebut dimanfaatkan oleh *stakeholder*? Dan upaya apa yang telah dilakukan?
22. Faktor apakah yang dapat mempengaruhi dan dipengaruhi terkait kebijakan ini?
23. Dampak apa yang akan terjadi ke depannya?
24. Dalam hal pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember, masalah pelaksanaan BLUD yang dihadapi Puskesmas saat ini mempengaruhi *stakeholder* yang mana untuk sebuah kebijakan dapat menjawab masalah tersebut?
25. Untuk *stakeholder* manakah adanya kebijakan menempatkan prioritasnya dalam hal pelaksanaan BLUD ? Dan ekspektasinya seperti apa?
26. Bagaimana upaya yang akan ditempuh dalam rangka mengatasi permasalahan terkait pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?
27. Apa hambatan yang dialami *stakeholder* dalam kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember?

Kajian Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

28. Apa reaksi yang muncul akibat adanya kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember? Apakah hal tersebut bertentangan dengan kebijakan?
29. Apakah ada konflik kepentingan yang terjadi (atau mungkin terjadi) dalam kaitannya dengan pelaksanaan kebijakan pelaksanaan BLUD Puskesmas di Kabupaten Jember? Dan bagaimana antisipasi yang akan dilakukan untuk mengatasinya?

30. Apa dampak yang dihadapi saat ini dan masa depan oleh *stakeholder* saat kebijakan dilaksanakan?

Lampiran E. Dokumentasi

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Sekretaris Daerah Kabupaten Jember
di -
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/649/415/2018

Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 08 Maret 2018 Nomor :1197/UN.25.1.12/SP/2018 perihal Ijin permohonan penelitian


MEREKOMENDASIKAN

Nama /NIM. : Hasritatun Riskiyah / 142110101052
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kallimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan Judul :
"Analisis Stakeholder terhadap kebijakan BLUD Puskesmas Kabupaten Jember"
Lokasi : Sekretariat Daerah Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : April s/d Juli 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 19-03-2018
KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER

Drs. SUPRATNO, AM
Pembina Utama Muda
NIP. 1957021986031011

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.

Gambar 1. Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. 1. Kepala Bappeda Kab. Jember
2. Kepala BPKAD Kab. Jember
di -
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/1269/415/2018

Tentang

PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 30 April 2018 Nomor : 2031/UN25.1.12/SP/2018 perihal Permohonan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Hasritatun Riskiyah / 142110101052
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Analisis Stakeholder Dalam Kebijakan Pelaksanaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) di Puskesmas Kabupaten Jember"
Lokasi : 1. Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah Kabupaten Jember
2. Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : Mei s/d Juli 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
 2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.
- Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 04-05-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politik


Agus Mardiana, S.Sos
Peneliti
NIP. 198009121996021001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.

Gambar 2. Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan KH. Agus salim No 109 Telp. 0333-425119
B A N Y U W A N G I 68425

Banyuwangi, 10 November 2017

Nomor : 072/221 /REKOM/429.206/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi Data Awal

Kepada :
Yth. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi

di
BANYUWANGI

Menunjuk Surat : Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember
Tanggal : 02 Oktober 2017
Nomor : 5448/UN25.1.12/LT/2017
Maka dengan ini memberikan Rekomendasi kepada :
Nama/NIM : Hasnatun Riskiyah /142110101052
Bermaksud melaksanakan Pendataan Awal dengan :
Pengambilan Data : Manajemen operasional, alat dan obat, keuangan,
ketenagaan, pembiayaan, pengelolaan barang dan aset
puskesmas
Tempat : Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi
Waktu : 10 November s.d 10 Desember 2017

Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat, data/keterangan yang diperlukan dengan ketentuan :

1. Peserta wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat;
2. Peserta wajib menjaga situasi dan kondisi selalu kondusif;
3. Melaporkan hasil dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.

Demikian untuk menjadi maklum.

An. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Banyuwangi
Kabid Budaya Politik dan Hak Asasi Manusia

Drs. ADNAN KOHAR, M.Pd.
Pembina
NIP. 196611221986021003

Tembusan:
Yth. Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Gambar 3. Surat Studi Pendahuluan

PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER

LEMBAR DISPOSISI

1856

Surat Dari : Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember Diterima Tanggal :
Tanggal Surat : 19-3-2018 Nomor Agenda : 1391
Nomor Surat : 072/649/415/2018 Diteruskan Kepada :
Perihal : Surat rekomendasi untuk penelitian skripsi an : Hasritatun Riskiyah

1. *Yth. Wj Sekeloa daerah*
2.
3.
4.

79/30

ISI DISPOSISI

DISP. BUPATI :

DISP. SEKRETARIS DAERAH / PEJABAT LAIN :

Th kabakab Jember

Pantun pelikomung

7/10

Gambar 4. Surat Disposisi Sekretaris Daerah Jember



Gambar 5. Wawancara dengan Informan Tambahan



Gambar 6. Wawancara dengan Informan Utama 1



Gambar 7. Wawancara dengan Informan Utama 2



Gambar 8. Wawancara dengan Informan Utama 3



Gambar 9. Wawancara dengan Informan Tambahan



Gambar 10. Wawancara dengan Informan Tambahan



Gambar 11. Wawancara dengan Informan Tambahan



Gambar 12. Wawancara dengan Informan Tambahan

Lampiran F. Analisis Data Kualitatif Hasil Penelitian

- a. Identifikasi Stakeholder, Identifikasi Kepentingan Stakeholder, Identifikasi Pengaruh Stakeholder dan Risiko dan Antisipasi Risiko Pada Informan Utama

No	Informan	Jawaban Informan	Kategori
Identifikasi Stakeholder			
	UC	Dinkes ini paling berperan mbak, pengawasan pembinaan itu dinkes dewas jga sih nanti ada team sendiri termasuk Bappeda, DPKAD juga termasuk tim penilai. Kalau peran terkait BLUD di Dinkes bagian yankes mbak soalnya bagian yankes yang mengelola program. Bagian keuangan tidak boleh buat program tapi pencairan dana saja.	Stakeholder yang berperan
		Kalo di Pemda ada Bappeda bagian Perencanaan, DPKAD bagian Pendapatan BLUD, kalau penyelenggaraannya Puskesmas, kalau segi aturannya ya bagian hukum semuanya harus Pertauran Kepala Daerah, Bappeda ya itu tim-teamnya itu aja tim penilai	Stakeholder lain yang berperan
		Belum tau soalnya kan belum dilaksanakan, kita tau ada masalah ada kendala kalau kebijakan itu sudah dilaksanakan. Hambatannya belum berjalan ya kita masih memprioritaskan akreditasi dulu. Sebenarnya dua-duanya penting namun kita kan ada batasan BLUD sampek tahun 2019. Akreditasi juga penting karena untuk mereka akan mendapatkan menyesuaikan dengan kriterianya BPJS lebih gampang ke BLUD nya kalau sudah terakreditasi.	Hambatan yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD
		Ya saling koordinasi dengan bagian yankes, gaiso berdiri sendiri karena ada spm (Standar Pelayanannya). Hanya keuangannya saja gak jalan. Biasanya dikaitkan dengan akreditasi. Itu memang tidak ada hubungannya dengan Puskesmas yang akreditasi dengan Puskesmas BLUD tapi memang saling berkaitan Karena kan kalau akreditasi disitu sudah jelas SOP nya, Pelayanannya dll makanya bagian yankes yang pegang program ini.	Hubungan antar stakeholder
		Hubungan antar stakeholder lain ya saling mendukung dengan mengadakan sosialisasi, baru diadakan pelatihan dulu baru nanti ada tindak lanjutnya malah lawong kesiapannya aja belum jadi koordinasi dengan instansi lain	Hubungan antar instansi

		belum juga.	
WW		Sudah tau terkait BLUD? Nah ya sama stakeholder disini jua mengacu pada syarat Permendagri. Jujur saya belum paham terait BLUD, nmaun pihak atasan meminta bagian Yankes untuk melaksanakan karena mungkin dari bidang keuangan tugasnya overload	Stakeholder yang berperan
		Pertama ya Bupati mbak, apa-apa sekarang kan tergantung kemauan Bupati kalau disuruh berangkat ya berangkat. Bagian Pemda itu DPKAD terkait keuangannya	Stakeholder lain yang berperan
		Nah kalau yang membuat permennya tidak ada gimana kesiapannya masih belum ada, team yang buat mengurus BLUD juga belum ada, masih akreditasi walaupun ada masih bertahap nah bertahap ini juga gak sesuai apa yang kita mau. Jadinya uangnya masih minta kekita	Hambatan yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD
		Sampai saat ini belum terlaksana sebenarnya kan ini tergantung dari Bupati mbak. Hubungan antar instansi sebenarnya ya tergantung dari Bupati mbak instansi tinggal menunggu perintah aja.	Hubungan antar instansi
		Kalau dari segi Dinkes sendiri ini kita kan tim harus saling koordinasi sama kayak bagian keuangan sebenarnya kan ini sesuai ranahnya namun ya gitu saya gak tau kenapa bagian Yankes yang ditunjuk mungkin tugas dari keuangan overload	Hubungan antar stakeholder
EDP		Puskesmas jelas advokasi tingkat bawah mbak, soalnya kan kita pelaksananya. Kalau stakeholder mungkin kepala puskesmas	Stakeholder yang berperan
		Ya pemangku kebijakan, semuanya terkait. Karena kita butuh kerjasama untuk meningkatkan kesehatan masyarakat mulai dari lingkungan RT, RW, sampai kedudukan tertinggi	Stakeholder lain yang berperan
		Semua puskesmas kan harus terakreditasi dulu kinerjanya, sekarang masih ada 20 an puskesmas yg belum akreditasi. Setiap tahun juga akan melakukan akreditasi ulang	Hambatan yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD
		Masih responsive mbak, misalnya ada rencana dari pusat program nasional 2018, kabupaten juga mendukung sepenuhnya	Hubungan antar Stakeholder
KK		Sebenarnya dua orang itu sebenarnya mbak, Bu atin (Kepala TU) dan kepala Puskesmas. Kemarin juga pernah dilatih	Stakeholder yang berperan
		Stakeholder lain ya sesuai di Permendagri 61 itu. Iya harusnya Bappeda, sekda. Yang tau itu harusnya dinkes kami hanya menjalankan perencanaan itu dinkes. Lintas sektor Pemda,	Stakeholder lain yang berperan

		Sekda	
		Kalau segi hubungannya ya kita saling mendukung mbak sama stakeholder maupun antar instansi cuman kan ya itu tadi belum ada instruksi dari atasan kita kan bagian pelaksananya	Hubungan antar Stakeholder
		Ya karna belum ada instruksi. Kita ini manut mbak, suruh berjalan ya berjalan suruh diam ya diam.	Hambatan belum berjalan
Identifikasi Kepentingan Stakeholder			
	UC	Dinkes ini paling berperan mbak karena sebagai pengawasan pembinaan dan dewas juga sih nanti ada tim sendiri. Untuk programnya itu dialihkan ke yankes tapi untuk anggarannya di kita. Memang salah satu unsur ada keuangannya, tapi tidak bagian keuangan disitu ada kinerja ada penilaian spm nya memang jdulnya pengelolaan keuangan seolah-olah keuangan tapi yg dinilai banyak ketenagaannya pelayanannya	Kepentingan dan posisi Stakeholder
		Manfaatnya pastinya sangat besar mbak terutama buat masyarakat bisa mendapatkan pelayanan yang meningkat terutama pada pelayanan keihatannya. Harapannya ya dapat segera berjalan mbak.	Manfaat dan Harapan Stakeholder
		Isi dari Kebijakan BLUD ya sesuai dengan permendagri No. 61 itu mbak nanti puskesmas dapat mengelola keuangannya sendiri	Isi Kebijakan
		Kalau dua tahun yang lalu ada pelatihan setelah itu gak ada kabar lagi	Perkembangan Kebijakan BLUD
	WW	Ya gak tau, dari kepala dinasnya diserahkan kesini. Saya gatau juga kenapa alasannya. Harusnya kan karena berhubungan dengan keuangan ya dikeuangan	Kepentingan dan posisi Stakeholder
		Manfaatnya ya sesuai yang ada di Permendagri No.61 mbak, saya belum paham mbak soalnya ya belum apa-apa. Kamu sudah baca kan? Iya itu sama dengan regulasinya bahwa puskesmas nantinya dapat mengelola sendiri pendapatannya. Harapannya ya kesiapannya terlebih dahulu dilaksanakan dimantapkan. Tapi ini lo akreditasi sek mumet.	Manfaat dan Harapan Stakeholder
	EDP	Menurut saya ini termasuk dalam janji dulu, kan bupati ada 20 janji kerja, nah itu bisa diimplementasikan dengan adanya BLUD ini salah satunya	Kepentingan Stakeholder
		Kita bagian pelaksana mbak, untuk saat ini kita hanya mengikuti dari Dinkes jika ada pelatihan terkait BLUD ini. Kemarin setahun silam sudah diadakan cuman dasar saja.	Posisi Stakeholder

		BLUD kan kepanjangan dari Badan Layanan Umum Daerah, menurut saya BLUD itu kita nantinya bikin wewenang untuk mengelola apapun operasional kita secara mandiri. Semua kegiatan kita biayai sendiri. Misalnya bayar tagihan listrik, perbaikan perbaikan fasilitas itu kita sendiri yang buat. Itu biasanya kita mendapatkan dana, dari bok, dari dana kapitasi yang kita dapat dari BPJS, seperti yang kita tau bahwa semua puskesmas sekarang kan sudah bekerjasama dengan BPJS.	Isi Kebijakan
		Manfaatnya kita dapat nyaman tentunya, kualitas pelayanan juga akan bagus dan dapat memuaskan	Manfaat Kebijakan BLUD
		Karena saya masih belum bisa merasakan dampaknya, jadi insyaallah dampaknya baik-baik semua.	Dampak Kebijakan BLUD
		Kalo kita ini kan masyarakatnya enak, harapan saya semua institusi-institusi yang terkait dengan kebijakan ini, bisa bekerjasama. Harapan saya bisa direalisasikan dengan baik, semua pihak dapat bekerjasama dengan baik	Harapan Stakeholder
	KK	Kepentingan apa? Kalau kepentingan Puskesmas ya pastinya ingin segera berjalan dengan diadakannya pelatihan. Isunya sih ada 5 Puskesmas yang mau diberangkatkan. Sumbersari, Kencong, Tanggul, Sumberjambe Ambulu yang ini kemarin Puskesmas yang ikut ISO kemarin. Ambulu belum diberangkatkan mungkin selanjutnya untuk bulan September ya 5 Puskesmas itu dulu.	Kepentingan Stakeholder
		Ya kita kan cuman sebagai pelaksana. Jadi kalau kita disuruh berjalan ya jalan mbak. Kalau disuruh diam ya diam. Kita hanya menunggu instruksi dari Bupati. Bupati member perintah ke Dinkes baru nanti Dinkes bergerak ke Puskesmas	Posisi Stakeholder
Pengaruh Stakeholder			
	UC	Pengaruh bagian keuangan karena disini tidak diperbolehkan membuat program hanya berupa pencairan dananya saja ya otomatis kita mengikuti SDM nya kalau SDM nya sudah siap otomatis pengaruhnya tinggi karna kan pasti memberikan dukungan-dukungan terkait mau melaksanakan BLUD ini. Pengaruh tertinggi kalau di Dinkes yang pasti Kepala Dinkes	Pengaruh Stakeholder
		Kekuasaan tertinggi pasti ya Bupati mbak, kalau kita staff hanya mengikuti dari atasan	Kekuasaan Stakeholder

		Faktor yang dapat mempengaruhi yang pasti dari SDM nya terlebih dahulu. La ini belum apa-apa mbak	Faktor yang dapat mempengaruhi Kebijakan BLUD
		Untuk prioritas kita masih memprioritaskan akreditasi terlebih dahulu karna yang saya jelaskan itu mbak jika telah akreditasi mudah untuk BLUD	Kebijakan menempatkan prioritas dalam hal pelaksanaan BLUD
	WW	Pengaruh dibagian yankesnya? Apa ya mbak karena ini kan belum berjalan kita masih proses buat akreditasi dulu. Kalau dilihat pengaruh jabatan ya kecil mbak soalnya ini semua tergantung Bupati. Apa-apa semua tergantung Bupati. Iya kekuasaan tertinggi juga pasti	Pengaruh dan Kekuasaan Stakeholder
	EDP	Menurut saya itu sama sama berpengaruh mbak. Semua stakeholder sama-sama dapat berpengaruh rena kan ini satu tujuan untuk melaksanakan BLUD. Tapi kalau puskesmas kan teknis pelaksanaannya jadi pengaruhnya hanya pengajuan kesiapan tenaganya saja.	Pengaruh Stakeholder
		Peran tertinggi itu bupati, selain itu tim penilai dan pengawas ya sesuai dengan peraturannya itu. Ya seperti kalau di Permendagri No.61 itu kan tim penilainya terdiri Sekda, Bappeda, Dpkad dll.	Kekuasaan Stakeholder
		Kita akreditasi dulu mbak, baru nanti BLUD akan melaksanakan re-akreditasi. Jadi untuk BLUD itu semua harus sudah akreditasi	Faktor yang dapat mempengaruhi Kebijakan BLUD
		Semua puskesmas kan harus terakreditasi dulu kinerjanya, sekarang masih ada 20 an puskesmas yg belum akreditasi. Setiap tahun juga akan melakukan akreditasi ulang	Kebijakan menempatkan prioritas dalam hal pelaksanaan BLUD
	KK	Pengaruhnya kecil mbak, kita ini dibawah naungan Dinas Kesehatan otomatis kita mengikuti arahan yang diberikan Dinkes kalau ada pelatihan terkait BLUD mau tidak mau ya harus siap	Pengaruh Stakeholder
		Semuanya yo jelas mbak, ya pasti Bupati. Setelah itu ya mungkin Dinas Kesehatan kalau yang berhubungan dengan Puskesmas ya. Kalau puskesmas kan cuma pelaksanaannya saja. kita hanya melayani masyarakat saja terkait kesehatannya	Kekuasaan Stakeholder
Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko			
	UC	Risikonya apa ya, kan belum berjalan mbak jadi tidak tau risikonya. Kalau risiko kemungkinan terjadinya jika tenaganya tidak paham terkait laporan keuangannya nanti sehingga kan akan membuat seadanya tidak maksimal contohnya ada beberapa kasus lain ketika tenaganya tidak paham otomatis	Risiko yang akan terjadi

		mencontoh puskesmas lain sehingga ya itu terjadi sering Copas (Copy Paste)	
		Antisipasi ya ini mbak kita memaksimalkan pada SDM nya seperti yang mau berjalan ini sering diadakan pelatihan-pelatihan terkait pelaporan keuangannya, workshop-workshop yang mendatangkan tamu yang bener-bener fasih sesuai ahlinya	Antisipasi Risiko
	WW	Tidak ada mbak dampaknya ya banyak baiknya soalnya kan memang tujuannya memudahkan Puskesmas	Dampak yang akan terjadi
	EDP	Karena saya masih belum bisa merasakan dampaknya, jadi insyaallah dampaknya baik-baik semua.	Dampak yang akan terjadi
	KK	Dampaknya ya ke kita mbak, kita bisa mengelola sendiri keuangannya tapi tak lepas dengan sistem dari Dinkes juga jadi kalau sistemnya baik otomatis dampaknya juga baik.	Dampak yang akan terjadi

- b. Identifikasi Stakeholder, Identifikasi Kepentingan Stakeholder, Identifikasi Pengaruh Stakeholder dan Risiko dan Antisipasi Risiko Pada Informan Tambahan

No	Informan	Jawaban Informan	Kategori
		Identifikasi Stakeholder	
	IS	DPR itu tidak masuk dalam ranah pengelolaannya, tapi DPR itu masuk kedalam ranah pengambilan kebijakannya. Rumah sakit ataupun puskesmas yang statusnya akan dibuah menjadi BLUD itu usulannya dari bupati yang kemudia usulan itu dimasukkan digodok dibahas di tingkat DPRD. Nah, ada kajian-kajian yang disampaikan disitu. Manakala kemudian DPRD menganggap bahwasannya rumah sakit ataupun puskesmas memang layak menjadi BLUD. Oke. Maka itu mendapatkan dukungan di tingkat DPRD. Nah, persetujuan atau keputusan di tingkat DPRD itulah yang kemudian menjadi dasar bupati untuk melanjutkan rencana, sebuah rumah sakit atau puskesmas itu akan diubah statusnya menjadi BLUD. Jadi DPR dalam hal ini sebagai lembaga yang memberikan keputusan. Gitu ya. Jadi tataran kebijakannya nanti, pelaksanaannya itu adalah pemerintah kabupaten jember	Stakeholder yang berperan
		Ya tidak ada, rumah sakit atau puskesmas itu sendiri, kemudian dinas kesehatan	Stakeholder lain yang berperan
		Gaada masalah, sekarang ini di jember kan sudah ada beberapa rumah sakit yang sudah BLUD, ada 3 rumah	Hubungan antar stakeholder

		<p>sakit. Jado sebetulnya BLUD itu akan membuat lembaga kesehatan itu menjadi lebih baik karena disana ada polanya. BLUD itu nantinya kan rumah sakit, puskesmas tersebut diberikan kewenangan untuk mengelola anggarannya secara mandiri. Nah, tinggal sekarang persoalannya, contoh sekarang ada 3 rumah sakit yang statusnya sudah BLUD, ternyata samapai saat ini, 3 rumah sakit ini masih tetep nyusu anggaran kepada APND. Padahal seharusnya itu tidak boleh. Jadi sekarang mereka itu harus mandiri. Karena apa ? Karena rumah sakit yang statusnya BLUD itu, semua masukannya baik itu melalui dana JKN, kapitasi, pasien umum bahkan sampai persoalan fasilitas parkirnya. Semua pos pos anggran pemasukan itu hanya bisa digunakan untuk kebutuhan rumah sakit itu sendiri. Tidak bisa digunakan untuk kebutuhan yang lain. Padahal namanya lembaga pemerintah kabupaten. Rumah sakit Subandi, Kalisat dan balung. Mereka ini kan menyumbang penerimaan asli daerah yang namanya PAD menerima sumbangan dari daerah tiap tahun. Sebetulnya PAD yang mereka hasilkan ini seharusnya kalo mereka tetep butuh suntikan anggran dari APBD seharusnya dana yang dihasilkan mereka juga bisa digunakan oleh dinas-dinas yang lain. Tetapi dengan status BLUD itu tidak bisa. Pendapatan rumah sakit dokter subandi kemarin itu hampir mencapai 200 miliar, kalisat 30 miliar dan balung yang dibawah 30 miliar itu tidak bisa kemudian penghasilannya mereka dimanfaatkan oleh dinas-dinas yang lain. Yasudah itu untuk anggaran operasional rumah sakit itu sendiri selama satu tahun. Nah harusnya dengan model seperti itu, mereka sudah tidak boleh lagi minta anggaran pemerintah daerah berupa APBD, entah itu untuk fasilitas gedung, pembelian alat kesehatan. Itu seharusnya sudah tidak boleh. Kalo namanya BLUD ya kelola sendiri hasilnya itu selama satu tahun. Sekarang kalo ada wacana semua puskesmas akan dirubah statusnya menjadi BLUD, itu sebetulnya bagus rencana itu, tapi harus ada catatan, kalo memang rencana sudah mau BLUD ya BLUD betul, jangan malah nanti statusnya BLUD dalam pola pemanfaatan pendapatannya tetapi pada saat penyusunan anggaran setiap tahun, ternyata dia masih nyusu lagi kepada pemerintah daerah, nah ini yang gak boleh</p>	
		<p>Saya rasa, turunnya peraturan menteri, aaahh bukan. Permendagri tentang organisasi perangkat daerah, nah disana disebutkan bahwasannya rumah sakit itu menjadi UPT. Unit Pelaksana Teknis yang berada dibawah dinas kesehatan. Nah ini permasalahannya. Padahal mereka kan statusnya BLUD. Sehingga nanti</p>	<p>Hambatan yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD</p>

		<p>dalam pola penganggarannya akan terjadi dobel yaitu anggaran dalam BLUD dan APBD. Ini haryus ada 2 anggaran yang terpisah, seperti yang saya jelaskan tadi. Kalo memang mau BLUD yaudah LUD betul sehingga tidak ada lagi APBD yang nyantol juga kesitu. Kalo masalah tenaga kesehatan saya rasa tidak ada permasalahan disitu, justru mereka lebih diuntungkan dan sebetulnya BLUD jika memang betul dilakukan itu akan bagus. Masing-masing puskesmas akan meningkatkan pendapatannya dari pelayanan ke masyarakat. Dengan begitu secara langsung mereka secara langsung pasti akan meningkatkan pola pelayanan ke masyarakat, fasilitas yang ada. Jadi sebetulnya, kalo perlu di dorong, sebetulnya sudah ada kabupaten yang semua puskesmasnya BLUD yaitu kulon progo. Kulon progo itu semua puskesmasnya BLUD, memang awal itu mereka diberi dana oleh pemerintah kabupaten, tetapi itu hanya dana pancangan saja diawal. Tapi setelah itu sudah enggak, mereka sudah mandiri. Karena setiap pasien yang masuk ka nada biaya, jadi mereka sekarang semakin berkompetisi dalam pelayanan. Mereka berlomba-lomba meningkatkan pelayanan juga. Dampak positifnya seperti itu, yang gak bagus itu ketika statusnya sudah BLUD tapi masih nyusu dana APBD. Ini yang gak boleh</p>	
	YLT	<p>Kalo dprd kan sederhana, ee mendorong kesana karena kelebihan kelebihan yang dimiliki. Harapannya seluruh permasalahan puskesmas misalnya pendanaan itu bisa teratasi. Artinya itu harus harus harus harus itu . secara teknis ya yang jelas. Ya kalau ditanya dprd prinsipnya bagaimana? Ya oke</p>	Peran Stakeholder
		<p>sopo ya? Gak ada gak ada terkait terlibat. Melibatkan apa, bupati misalnya sebagai pembina. Sebagai apa pak? (memperjelas) pembina. Jenengan mestinya harus sudah belajar blud dulu. Di rumah sakit saja enak. Pembina itu kan bupati. Itupun eeee apa ya waku itu dimasuk masukkan aja biar ya itu laah, ee istilahnya ada pemasukan Bupati sekda gitu. Karena bagaimanapun memilih yang pada rumah sakit. Kaloo yang lainnya menurutku kok opoo, gak onok. Blud itu asli milik. Kalok puskesmas ya puskesmas kalo rumah sakit ya milik rumah sakitya</p>	Stakeholder lain yang berperan
		<p>ya sedang mendukung aja, opo piye maksute. ya memang kalok itu di dimintakan. Nek Kita sih kepingin kemandirian puskesmas tu ya pingin ya lah. Tapi kalok untuk assesment opo kebijakan e saya pikir belum sampek kesana. nek hubungan dengan</p>	Hubungan Antar Stakeholder dan Instansi

		stakeholder, namanya sistem demokrasi mesti behubungan semua kan	
		opo ya, ndak ro aku. Wong ora tau di anu,diskusikan. Harusnya gak ada kendala ya	Hambatan yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD
	AN	Kalau kita kan fungsinya sebagai kasir pemda. Kalau informasi terkait BLUD Puskesmas setau saya jaid di Kabupaten Jember sendiri Puskesmas BLUD belum ada ya, Tahun ini rencananya setau saya dari Dinkes terdapat 5 puskesmas sebagai bina coaching perwakilan untuk BLUD dari sie anggaran kita sudah mulai mengisahkan anggran yang terkait dengan JKN. Jadi sementara ini JKN yang menjadi dasar untuk Pelaksanaan BLUD untuk menjadi belajar mereka. Ini kita harus melihat kebijakan yang mengatur pada hukum yang mengisyaratkan untuk BLUD itu jember belum punya ini nanti harus ada peran stakeholder dengan dinkes untuk endorse untuk menjd Puskesmas blud. Baik BLUD semuanya atau BLUD parsial. Peran kita adalah permasalahan kebijakan blud, bagian penganggaran. Kl blud mmbuat sistem untuk memisahkan puskesmas blud dr dinkes untuk segi keuangan. Karna BLUD kan semi otonom, semi mandiri untuk pelaksanaannya meskipun ada subsidi dari pemerintah	Peran Stakeholder
		Yang paling tau dinkes untuk rancangan sistemnya, maupun kebijakan kapan mau berjalan. Tapi Jember ini merupakan agak lambat untuk proses perubahan ini.	Stakeholder lain yang berperan
		Perencanaannya belum jalan, jadi tidak bisa diuraikan.	Hambatan yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD
		Setelah ada blud step by step akan lebih mandri tapi tidak menghilangkan dari segi sosialnya. Blud kan termasuk quasi profit. Apalagi di era jkn mereka dapat menganalisa sendiri dari segi pelayanannya, adanya akreditasi juga membantu dalam segi manajerial dan SOP mereka. Jadi kalau 3 aspek sudah berjalan dengan baik (mandiri, teknis, dan manajerial) maka BLUD akan cepat terwujud.	Hubungan Stakeholder
	DRS	yo kalo puskesmas selama ini disamakan kayak RS dimisalkan kalau secara laporan keuangannya gak kekita langsung tapi ke dinas kesehatan. gak langsung ke dpkad tapi ke dinkes nanti kita mencatat aja, nah buat kegiatan yang mengajukan pencairannya	Peran Stakeholder

		<p>kalau disini fial akuntansi ya bdang laporan, bidang anggaran ya anggaran aja kalau yg bendahara ya e pencairan rencana rpjmd dsb untuk akses pengelolaan akses yg ada dijember laporan keuangannya sak jember termasuk dinkes</p> <p>SKPD kan jadi kita kan da dua fungsi toh sebagai skpd unit kerja juga lebih ke lapora dan skpad sebagai kalau apasih bahasanya lali aku lek ngomong laporan keuangan gak turu blas aku</p> <p>Jadi tetep ya dinkes ya tetep dibawah kita termasuk rs tapir rs fungsi sebagai skpd pengelola apbd dia dibawah dinkkesehatan tapi kalau pengelola anggaran blud dia mengelola langsung berdiri sendiri seperti bumd tapi tetep wajib lporan kekita</p>	Fungsi dan Wewenang Stakeholder
	ADR	<p>Nanti kita pasti jadi team salah satu tim penilai karna BLUD kan mereka harus membuat rencana bisnis strateginya juga nah kita diranah itu. Kita diranah bagaimana ee puskesmas selain mereka harus mempunyai fleksibilitas mereka juga punya rencana strategis 5 tahun yang disusun sebagai lembaga yang nantinya akan berdiri sendiri. Nah bappeda ada disana untuk melihat bagaimana mereka menargetkan beberapa indikator yang seperti di RS misalnya BOR, TOR gitulah hal” semavcam itu kita lihat terus ee secara beutik sebenarnya di BLUD kan ada beberapa tahapan seperti belum penuh dan sudah penuh. Jadi nantik ee first ini nantik yang nantinya dikomandain dengan dinkes jadi tim evaluasi contoh yang sudah berjalan yaitu rumah sakit ya rumah sakit itu tiap tahun kita evaluasi per tahun</p>	Peran Stakeholder
		<p>eee yang pertama pasti ee dinas kesehatan ya, terus bagian hukum karena nanti blud kan ditetapkan oleh lalu kemudian karena nanti ditetapkan oleh peraturan bupati pastinya bupati, dibagian hukum dulu itu kalau BLUD verifikasinya Bappeda, inspektorat terus dinas kesehatan sendiri bagian hukum sama tata pemerintahan ini konteknya untuk melakukan penataan. Kalau konteknya melakukan pelaksanaan dinkes sendiri puskesmas sendiri dan tenaga ahli kesana. Tenaga ahli bisa diperjelas di dinkesya nanti ditanyakan disana mungkin seperti bpkab atau dispernaker Kalau progresnya sendiri terdapat puskesmas Saya lupa inisiasinya itu ada 7 puskesmas apa 8 puskesmas ya</p>	Stakeholder lain yang berperan
		<p>kebijakan, emm kalau sifatnya support ya disaat tahapan itu sudah ada posisi dimana pasti kita supporting. Engg ...ada tahapan penilaian kita supporting. .Sifatnya kita saling support didalam</p>	Hubungan antar Stakeholder dan Instansi

		<p>proses menyelesaikan tupoksi masing” . Terkadangpun kita kalau puskesmas dinkes menganggap perlu untuk mendatangkan dispart dari bappeda dalam untuk bagaimana mereka tau bagaimana renstra bagaimana renja tapi kalau itu dipandang dapat diselesaikan oleh dinkes karena dinkes kan juga mempunyai perencanaan itu mereka bisa dilakukan sendiri. Sifatnya sih kita saling support</p>	
		<p>Hambatan. Mungkin kalau saya lebih ke Global ya Lebih ke permasalahannya realnya saya berpikir begini Jujur saja ya secara kuantitas itu jumlah sdm kita itu terbatas jadi kita gausah ngmong kualitas dlu secara kuantitas saja gimana? jadi bnyak program yang tdk bnyak sih ya beberapa program yang ee kita targetkan dan itu tidak tercapai. Dari tdk tercapai itu pastinya ada progress kearah sana kenapa? Jadi dalam mulai tahun tahun ini kita juga dalam LPJ juga program itu punya kegiatan apa dia LB nya aoa ? realisasinya baik keuangan dan fisiknya ? seperti outputny? Permasalahannya? Solusinya kedepan seperti apa? tiap tahun ini yg akan menjadi rekam juga kita di bappeda juga mengingatkan terkait target” yg sdh diterapkan kita ingatkan. Tapi target ini kan semacam keinginan besar untuk mencapai hal itu.</p>	<p>Hambatan yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD</p>
	LK	<p>jadi kita kan ee, struktur organisasi itu kan ee menyesuaikan dengan kebutuhan. Walaupun di PP IDI itu sudah ada disana struktur organisasinya ini ini. Tapi di cabang, ini kan PB itu kan dikerjakan di wilayah cabang itu masig masing kabupaten. di cabang itu kita bisa menambah bidang yang sesuai dengan lokasi dan kebutuhan kita. Contohnya KIA dan penyakit menular, itu mungkin disana gak ada tapi kita tambahkan disini. Kita me apa namanya. KESURGA (kesehatan ee dan olahraga) “kesenian dan olahraga” itu juga kita tambahkan. Bidang bidangnya ya itu. KIA dan P2 ini berhubungan dengan, karena apa? Ditambah karena kita disini TB, kesehatan ibu dan anak tadi, HIV juga. Makannya kita disini jugak mengikuti kondisi di wilayah. Ya ini nantik ee kalok KIA di hubungkan, terus P2KB.</p>	<p>Peran Stakeholder</p>
		<p>Sebenarnya kalok ee sebelum , sebelum puskesmas itu menjadi BLU . tentunya kan persiapan persiapan dan sama dengan BLU rumah sakit, untuk mee. . mee mutuskan apakah puskesmas ini layak menjadi BLU. Kan BLU opo ndak ngunu ya? Itu harusnya ada tim penilai BLU puskesmas. Dan ini ada beberapa stakholder kalok dari IDI sebenarnya secara langsung itu gak punya kewenangan, tapi hanya mungkin praktisi dan akademisi yang masuk disitu. dalam tim</p>	<p>Stakeholder lain yang berperan</p>

		<p>penilai BLU itu, biasanya di permendagri kan disebutkan siapa saja yang masuk di penilai BLU. Itu ya stakholder yang eee punya ee apa, berperan disana. Bahkan praktisi praktisi dalam hal ini praktisi puskesmas ya siapa yang punya tanggung jawab atau mengerti tentang puskesmas.</p> <p>Yang ke 2 akademisi, dari sisi akademisi bagaimana disitu bisa berperan untuk menilai BLU. Kemudian ya bagaian bagian keuangan untuk yang menilai BLU itu kan ada aspek layanan, . . . (gak jelas) teknis non teknis . itu karna namanya BLU itu fokus ke pengelolaan keuangan ya bagian bagian yang di yang mengurus keuangan. Dan bagian bagian membina dari pelayanan, karena di evaluasi dari kinerja pelayanan , kinerja keuangan, kemudian SDM.</p> <p>Dan IDI disini mungkin perannya bagaimana SDM itu, karena bukaan ee bukan kita mengeluarkan SIP, bukan mengeluarkan ijin, tetapi kita memberi rekomendasi, rekomendasi ijin. Sehingga mungkin dari sisi SDM itu kita tidak . . ., dari sisi pelayanan bagaimana ee pelayanan yang sesuai standart itu tidak ikut . . . (gak jelas). Saya kira itu stakholder stakholder yang bakal terlibat. Yang berhubungan dengan ee apa yang dimaksud di BLU.</p>	
		<p>ini sebenarnya kalok tahun 2016 eeh 2015. Itu kita sudah melakukan pelatihan, pelatihan BLU untuk puskesmas. Teruus ee, tapi itu tadi, itu mungkin yang menjadi kendala. Ee kalok mau membuat itu puskesmas BLU. Komitmen setiap puskesmas harus satu, komitmen dari semua stakeholder itu harus satu. Kita , kita membentuk BLU puskesmas. Tapi kalok masih ooh ini Dinas Kesehatan kepengen BLU, IDI juga mendukung BLU. Tapi e dari sisi mungkin dari PEMDA nya begitu melihat uangnya belum mendukung , kita gak bisa jalan. Yaa ee makannya kalok untuk menjadikan Puskesmas BLU itu ya harus melibatkan beberapa orang yang memang ee stakeholder lain lain yang mamamng mendukung itu dan ee kalok perlu stakeholder stakeholder itu di ikutkan pelatihan. Jadi biar paham tentang BLU puskesmas dan mendukung. Ini kalok misalnya Dinas Kesehatan memutuskan ini, tentang tapi kalo dari yang lain “opo BLU itu gak perlu” ini penyelewengan nantik banyak ini keenakan puskesmas nanti diberi keluasan. Misalnya gitu, itu kaan perlu kita advokasi pada stakeholder stakeholder yang mungkin belum paham tentang BLU puskesmas.</p>	<p>Hambatan yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD</p>
	NYD	<p>Mengidentifikasi stakeholder siapa saja yang terkait kalau mau dari atas ya dari unsur pengambil</p>	<p>Stkeholder lain</p>

		<p>kebijakan jadi kan bisa kita liat pelaksana kebijakan terus pihak yang terkait dengan kebijakan tersebut yang mengambil kebijakan paling utama adalah bupati. Bapeda bpkad</p> <p>Dari situ bagaimana kebijakan itu berproses dari tinggi bupati sampai ke kepala dinas sebagai pengambil kebijakan sehingga perlu diklarifikasi oleh di dinas kesehatan sehingga dapat di indentifikasi. Pelaksananya siapa dan siapa yang berproses? Menjadikan puskesmas menjadi blud bagaimana puskesmas menjalankan blud</p>	yang berperan
		<p>Kebijakan jelas kedua kemampuan dan yang ketiga pendanaan ini adalah ketiga hal yang mendasar misal dana oke tapi di dinas kesehatan tidak mampu targetnya sekian dan sudah ada dana sudah oke tp ya tidak mampu atau kebalikanya bisa jadi dinas dan puskesmas</p>	Hambatan yang menjadi belum terlaksananya kebijakan BLUD
Keentingan Stakeholder			
	IS	<p>Komisi D ini memang kan salah satu stakeholdernya dinas kesehatan dan tiga rumah sakit yang BLUD, jadi disini kemitraannya, membahas segala persoalan yang ada disini, jadi tataran kita tupoksi dpr ada tiga yang pertama adalah budgeting, budgeting adalah pembahasan anggaran APBD setiap tahun itu dilaksanakan di DPRD, melalui persetujuan DPRD lah APBD dapat dilaksanakan. Yang kedua itu adalah pembahasan peraturan-peraturan daerah, semua peraturan daerah itu harus melalui pembahasna di DPR dan melalui persetujuan di DPR, jadi peraturan daerah ini melalui usulan DPRD atau usulan eksekutif, kita tahun 2018 ini, kita menyusun raperda tentang apa apa yang penting dan belum ada. Yang ketiga adalah fungsi pengawas, pada saat APBD disetujui, maka pelaksanaannya selama satu tahun diawasi oleh DPRD. Jadi semua sesuai dengan bidang masing-masing</p>	Keentingan dan Posisi Stakeholder
		<p>Kalo DPR Jember secara langsung tidak ada, tapi untuk masyarakat dengan Rumah sakit atau puskesmas menjadi BLUD, terjadi peningkatan pelayanan, maka masyarakat yang akan merasa dampaknya. Tapi memang BLUD ini harus ada kejelian terutama dalam pola pengelolaan keuangan. Jadi saya membaca dengan status rumah sakit yang BLUD dari beberapa kali pembahasan APBD, ada satu ce;lah atau satu ruang yang disini rawan menimbulkan penyelewengan anggaran, ini yang selalu saya waspadai ketika membahas masalah rumah sakit dengan status BLUD. Karena itu tadi belum ada kejelasan dan pola penganggaran, pola akuntansi, pola pelaporan yang</p>	Manfaat Stakeholder terhadap Kebijakan BLUD Puskesmas

		<p>bagus dari rumah sakit. Model pelaporan rumah sakit masih menimbulkan cela yang berpotensi adanya penyelewengan dan ini bukan sedikit, hampir 200 miliar penghasilan setiap tahun yang dihasilkan. Jadi menurut saya, tiga rumah sakit ini harus ditata dengan baik sistem keuangannya, karena sistem keuangan di tiga BLUD ini masih belum online, harusnya mereka sudah online</p>	
		<p>Satu saja, terkait SDM. SDM nya harus betul-betul yang bagus. Bagus secara kemampuan manajerial dan bagus secara mental</p>	<p>Harapan Stakeholder</p>
		<p>SDM menurut saya, yang pertama SDM belum siap, yang kedua sistem ini saja yang menghambat. Kalo memang SDM sudah siap dan betul betul mentalnya sudah bagus saya rasa bisa berjalan dengan baik. Dr. Subandi tiap tahun hampir 200 milyar penerimaannya, kalo itu tidak dibarengi dengan SDM yang punya mental yang baik ini malah akan menjadi satu masalah tersendiri. Sampai saat ini sistem pelaporan keuangan BLUD yang ada saya rasa masih belum optimal, makanya saya sering katakana harus ada audit independen.</p>	<p>Faktor-faktor yang menghambat Pelaksanaan Kebijakan BLUD</p>
		<p>Kalo jember memang masih belum ya, masih belum mengarah ke seluruh puskesmas. Jadi tiga rumah sakit yang BLUD saja kita masih perlu tata lagi, yaitu karena apa ? karena itu masih belum murni dana dari untuk operasional setiap tahun berasal dari mereka sendiri, masih perlu suntikan dana dari APBD. Sedangkan dana yang mereka tidak bisa digunakan oleh dinas lain, tapi mereka masih nyusu terus.</p>	<p>Perkembangan Kebijakan BLUD</p>
	YLT	<p>Ya dprd itu bisaaa mulai yang sederhana misal sebagai inisiator iso terus sebagai yang memberikan restu wis se 3 fungsi itu. Jadi dalam hal penganggaran tentunya harus dibicarakan dengan dprd, dengan kebijakan, dprde yo harus dijadikan anuu e partner untuk membicarakan, pasti . ya karena anu gak bisa. Bupati di dprd jadi partner resikonya jember gak karuan haha. Jadi fungsinya dari skala kalau memang sini sudah clear sana sudah mateng betul dibawah sini pasti, kalok disini mulai dari ya punya visi misi dan seterusnya sampek hal yang teknis, bagaimana pengelolaan itu sampek nanti akan dibicarakan lagi. Kalok saya dari segi pribadi beranggapan gak setuju, karena bagian bagian itu</p>	<p>Kepentingan dan posisi Stakeholder</p>
		<p>karena memang belum belum belum belum siap juga, dinas kesehatan dulu yang sebagai mbok e puskesmas itu yang sebenarnya mempresentasikan itu.</p>	<p>Faktor-faktor yang menghambat</p>

		Ibuk = dprd kan untuk mendorong kalok memang terbaik didorong, kan gitu. sedangkan dinas kesehatan ya belum menyampaikan ini. Dan memang aturan kemaren yang terbaru itu yang membagi anggarannya ya jadi gak kepikir sampek kepad saat itu.	Pelaksanaan Kebijakan BLUD
		Bupati segera membuat SK seperti di Situbondo itu. kalau belum disepakati yo ra mungkin turun toh wong bludnya saja belum kita sepakati, bagaimana turun, bener belum membahas blud untuk puskesmas	Harapan Stakeholder
	AN	Bpkad hanya sistem. Jadi tidak terlalu ada manfaat. Karena bpkad hanya menerima pelaporan. Bpkad hanya mengesahkan saja. Karena mereka memiliki dpa sendiri	Manfaat Stakeholder
		Bisa berjalan lebih baik, kesiapan sdm, sistem harus siap.	Harapan Stakeholder
		Masalah itu kan target ya mbak, target tidak harus terwujud. Yg pnting ada proses. Dan sudah ada beberapa puskesmas (5 puskesmas) yang akan menjalankan proses ini. Untuk puskesmas mana saja bisa ditanyakan di dinkes	Perkembangan Kebijakan
	ADR	Jadi nantik ee first ini nantik yang nantinya dikomandain dengan dinkes jadi tim evaluasi contoh yang sudah berjalan yaitu rumah sakit ya rumah sakit itu tiap tahun kita evaluasi per tahun ya. Per tahun dulu yang waktu awal” dua tahun sekali terus sekarang sudah per tahun Jadi keterlibatanntya kita lebih ke dokumen perencanaan, bagaimana mereka menetapkan target, terus bagaimana membuat kegiatan selama 5 tahun. Jadi disitulah bappeda terlibat dalam pengembangan BLUD	Kepentingan, Posisi dan tanggung jawab Stakeholder
		Kalau kebijakannya sudah ada, jadi sebagaimana kebijakan mulai dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) itu di no.5 tahun 2017 tentang penyesuaian RPJMD no.1 (Ditunjukkan bukunya) sudah dituang bahsanya ada target untuk meningkatkan BLUD Puskesmas ditahun 2018 ini itu ada target 27 Puskesmas untuk BLUD. BLUD ini kan bagaimana pengelolaan keuangan lebih fleksibel	Isi Kebijakan BLUD
		Targetnya berjalan, sementara untuk Blud kan ada beberapa tahapan-tahapan kan ya, untuk tahapan-tahapan itu baru dilaksanakan di tahun 2017 seperti pelatihan kapasitas SDM nya. ya itu, untuk fokus kemarin itu terdapat 8 Puskesmas, 8 puskesmas seinget saya. Dari 27 kemarin itu tahun ini tapi ya itu sepertinya 8	Perkembangan Kebijakan BLUD

		Otomatis tujuannya sih manfaatnya sih pelayanan itu semakin bagus, dengan pengelolaan yg bagus otomatis sdm nya dipuskesmas semakin meningkat diharapkan dengan ada obsesi kerja yang meningkat Baik penilaian langsung BLUD maupun akreditasi menurut saya itu karna kan eee sebenarnya konsepnya kan supaya tidak terjadi batal dirs itu atau rs daerah pada suatu ketika penanganan kasus yg bersifat kuratif itu sudah cukup diselesaikan dipelayanan ditingkat dasar tingkat pertama ee dengan meningkatkan puskesmas ada beberapa kebijakan” yang juga baru sekarang itu bpjs itu mengembangkan layanan kesehatan ee tingkat dasar karena ini kan juga untuk mengurangi batalneh misal dirs subandi kan dia kelas B otomatis dia menjadi rujukan bukan hanya dari kab jember bwi sit bndowo juga menjadi rujukan. Itujuga menjadi salah satu upaya bisa mengubah ..	Manfaat Kebijakan BLUD
	DRS	dpkad laporan blud langsung kekita tp kita tidak menyediakan sistem. Jadi kita hanya laporan saja tapi terkait kinerja keuangan mereka kekita ke dpkad yang sebagai fungsinya skbad kalau skpd kan beda lagi dia sebagai unit kerja kan.	Kepentingan, Posisi dan tanggung jawab Stakeholder
		kalau blud itu kita gada sistemnya masih jadi kita masi mengandalkan sdm nya seperti manual dia gak punya sistem untuk blud laporan keuangan kalau spbd ka nada kan, jadi unuk belanjanya dia masi dia pakai jurnal. Jadi fungsi pendukung laporan keuangannya tuh dia bikin manual harusnya ada bikin sistem sendiri untuk blud tapi dia tidak online ke sister kita dia beridir sendiri	Hambatan Stakeholder
		Rencananya masi belum ada peraturan yang khusus buat blud sendiri maksudnya pelaporannya gimana selama ini mengadopsi peraturan skpd biasa jadi masih bingung kebijakannya gimana	Perkembangan Kebijakan BLUD
	LK	karena selama ini masih persiapan. Kita mendukung ya . mendukung kebijakan dari pemda. Nanti klok dilibatkan kita juga ikut . ya paling tidak kita membantu keadaan bagaimana pembinaan pada SDMnya , bagaimana pembinaan untuk pelayanan. Karena memang seperti kita di TB itu kan kita juga ikut dalam ada namanya PTM TB. Tau PTM TB . itu salah satunya ada beberapa organisasi yang ikut disitu, salah satunya ya IDI tadi itu. Kemudian kita ee fly tadi itu bagaimana kita menurunkan . . . ya nanti kalok kita dimasukkan didalam ee revisi atau bagaimana ya kita siap. Inshaallah siap. Karena di di IDI itu ada beberapa bidang, kita menyesuaikan bidang yang mana yang	Kepentingan, Posisi dan tanggung jawab Stakeholder

		dikita bisa.	
		ini rancu sebenarnya, karena saya saat ini sedang mengembangkan BLU di Puskesmas. Ini tanggal 25 nanti kita ini, saya tanggal pas puasa itu sudah pelatihan sama Kemenhum tentang BLU. Tanggal 25 ini juga ngirimkan 5 senior kepala dinas BLU puskesmas	Perkembangan Kebijakan BLUD
Pengaruh Stakeholder			
	IS	Ya sama juga, ini dari bupati, peraturan daerah itu dibahas di DPRD. Kita semua membahas baru setelah itu disetujui. Nah kemudian setelah itu diparipurnakan. Perda ini belum bisa dilaksanakan di lapangan belum bisa dieksekusi, manakala peraturan daerah ini tidak diikuti oleh peraturan bupati. Peraturan daerah ini kan yang mengatur secara global, kemudian harus ada peraturan yang mengatur secara teknis di lapangan. Nah, aturan secara teknis di lapangan inilah yang dinamakan peraturan bupati, Jadi peraturan bupati itu muncul setelah adanya perda. Nah perda belum bisa dilaksanakan, manakala belum ada peraturan bupati. Ya harus dari perda dulu, baru setelah itu dari bupati mengeluarkan yang namanya perbut. Karena perbut itu sifatnya teknis di lapangan, nah ini yang menjadi acuan bagi petugas-petugas untuk melakukan isi perda tadi, seperti itu. Jadi nanti pembahasan perda itu disetujui atau engga itu dibahas di DPR ditingkat panitia khusus, kalo emang disana nanti disetujui ya disetujui. Tapi nanti kalo tingkat pembahasna DPR tidak disetujui karena dirasa ada yang tidak menguntungkan bagi masyarakat, berdampak tidak baik bagi masyarakat, bisa jadi raperda yang diusulkan oleh bupati tidak disetujui, seperti itu. Jadi tidak semua raperda yang disulkan bisa disetujui.	Pengaruh Stakeholder
		Bukan kekuasaan tertinggi, karena penyelenggara pemerintah daerah kan ada dua, bupati dan DPR. Jadi pelaksana itu adalah bupati. Pelaksana perencanaan itu adalah bupati, tetapi pengawasan dan persetujuan itu adalah ranah di DPR. Jadi punya fungsi masing-masing. Pelaksana penganggarannya ada disana, pelaksana ada disana, tetapi akhir pembahasan perencanaan itu ada di DPRD	Kekuasaan Stakeholder
		Karena kita anggap eksekutif masih mampu, kalo kita ini biasanya lebih pada raperda-raperda yang itu berdampak langsung kepada masyarakat. Misalnya tahun 2017 kemaren kita bahas raperda-raperda tentang minuman beralkohol, nah ini kan dampaknya langsung	Faktor Kekuasaan tidak mengambil keputusan langsung

		ke masyarakat. Kemudian raperda tentang baca tulis al-quran, yang sifatnya memang berdampak langsung ke masyarakat. Bukan kepada tataran organisasinya. Kalo itu ranahnya memang dari bupati	
		SDM menurut saya, yang pertama SDM belum siap, yang kedua sistem ini saja yang mengambat. Kalo memang SDM sudah siap dan betul betul mentalnya sudah bagus saya rasa bisa berjalan dengan baik. Dr. Subandi tiap tahun hampir 200 milyar penerimaannya, kalo itu tidak dibarengi dengan SDM yang punya mental yang baik ini malah akan menjadi satu masalah tersendiri. Sampai saat ini sistem pelaporan keuangan BLUD yang ada saya rasa masih belum optimal, makanya saya sering katakana harus ada audit independen.	Faktor yang dapat mempengaruhi Kebijakan BLUD
	YLT	yaa dprd itu bisa mulai yang sederhana misal sebagai inisiator iso terus sebagai yang memberikan restu wis se 3 fungsi itu. Jadi dalam hal penganggaran tentunya harus dibicarakan dengan dprd, dengan kebijakan, dprd ee yo harus dijadikan anuu e partner untuk membicarakan, pasti .ya karena anu gak bisa. Bupati di dprd jadi partner resikoanya jember gak karuan haha. Jadi fungsinya dari skala kalau memang sini sudah clear sana sudah mateng betul dibawah sini pasti, kalok disini mulai dari ya punya visi misi dan seterusnya sampek hal yang teknis, bagaimana pengelolaan itu sampek nanti akan dibicarakan lagi.	Pengaruh Stakeholder
		Semua bupati mbak, bupati itu penguasa tertinggi	Kekuasaan Stakeholder
	AN	Pastinya Bupati, karena wewenang kekuasaan yang memiliki tertinggi ya bupati. Yg diperhatikan blud pd puskesmas apakah langsung apa bertahap.	Kekuasaan Stakeholder
		Pengaruhnya kecil mbak, Karena Bpkad hanya sistem yang mengelola keuangannya saja. pengaruh besarnya Pastinya Bupati setelah itu mungkin Dinkes karena Puskesmas kan dibawah naungan Dinkes	Pengaruh Stakeholder
		Faktornya adalah peran stakeholder tertinggi. Mau dibikin cepat atau lambat. Kita kan hanya teknisnya aja.	Faktor yang dapat mempengaruhi dan dipengaruhi
		Kalau di rpjmd memang sebuah keharusan tapi karena perencanaan juga mempengaruhi.	Prioritas dalam hal pelaksanaan BLUD
	ADR	Kita dlu pernah buat target ini dlu biasa dalam menetapkan target. Tapi dengan pemimpin kita yg baru target itu kemungkinan yang harus optimis jadi	Kekuasaan Stakeholder

		target itu tinggi sekali ini bukan menjadi suatu hal yg ee beliau itu bilang “ pasang target itu yang tinggi biar ada semangat sampai kesana perkara nanti itu tidak terpenuhi nanti kan ada punya alasan kenapa oh ada poses mekanismenya oh proses ada tahapannya yang harus dilakukan seperti itu nah itu kan mengalir kita kan setiap tahun memperbaiki kualitas ini. Ini baru pertama kali dengan model seperti ini tidak hanya di bappeda saja di dinkes juga di semua juga dengan moratorium dengan tidak ada support pada sdm nya ya tidak akan berjalan	
		yang pertama itu sudah menjadi tuntutan dari kebijakan pemerintah pusat. ya permendagri kalo dibahasanya di SPM ini kan bahasanya merka itu kan sederhana tapi berat 100% kasus terlayani ini kan simple tapi berat semua dri penyakit menular tidak menular pelayanan kesehatan masyarakat miskinnya semuanya berbunyi seperti begtju. Jadi faktor” kebijakannya itu selain dorongan dari pusat juga tuntutan kita utk meningkatkan pelayanan public itu menjadi era kinerja kebijakan daerah menurut saya dua itu untuk sampai hal itu adalah Bagaimana kebijakan pemerintah pusat dan memang bagaimana daerah itu diharapkan mempunyai kinerja yang bagus khususnya pada pelayanan kesehatan Selanjutnya ada banyak dan kita lakukan itu Jadi kita ada 9 kalau gak salah, 9 ada indep yg kita lakukan terus menerus untuk mengetahui kepuasan masyarakat jadi e pelaksanaan lalu dievaluasi rekomendasinya apa untuk dilakukan perbaikan dan tindakannya apa itu ada 9	Faktor yang mempengaruhi dan dipengaruhi Kebijakan BLUD
		Iya mungkin dari segi pengaruh karena kita tim pembantu Bupati dapat dibilang tinggi namun kembali lagi kita melihat dari sisi Puskesmasnya sudah siap apa belum seperti itu yang kami takutkan nanti kita kesusu BLUD malah memberikan masalah baru seperti itu. Jadi ada pertimbangan-pertimbangan khusus untuk kesannya	Pengaruh Stakeholder
	DRS	Pengaruhnya apa mbak kita bukan siapa-siapa kita cuman staff, yang paling berpengaruh ya Bupati dan Dewas itu seperti DPRD. Kalau kita kalau disuruh BLUD ya monggo kita pengen ngeluh karena pekerjaan kita yang semakin ruwet nantinya ya tidak bisa apa-apa	Pengaruh Stakeholder
		Kekuasaan bagaimana? Bupati yang kekuasaan buat jalan tidaknya dan ini kan juga belum bisa jalan karena mungkin tidak ada Peraturan dari Bupati. Kalau kami mungkin dari segi keuangannya kalau BLUD itu	Kekuasaan Stakeholder

		kan sudah dianggarkan. Kalau kekuasaan kami mungkin jika Dinkes meminta buat dilatih untuk pelatihan ya kami siap tapi kalau disuruh buat kekuasaan untuk segera melaksanakan BLUD ya kan masih banyak yang belum siap. RS saja itu sistemnya belum siap jadi kami yang kewelahan banyak tugas kami apalagi mau ditambah Puskesmas ini	
	LK	<p>Kalook, kalok ee dari sisi saya di Idinya , kita kan gak bisa mencampuri secara langsung, tapi eee kalok gak sesuai dengan Renstra, yaaa mungkin banyak kendala yang . . . karena BLUD itu tidak sederhana yang . . . ayok ini langsung BLU. Tapi kan ada penilaian penilaian, ada itu tadikan, ee penilaian BLU itu apa saja (aspeknya) , teknis teknis. ya itu, mungkin dimananya yang menjadi masalah. Kita kan gak bisa melihat masalahnya apa? Jadi kalok saya lihaaat dari eee penyediaan tenaga, itu kan juga lagi penataan. Jadi dari SDM, dari pelayanan ee akreditasi juga sudah tahun ini e sudah semua terakreditsi. Kalok puskesmas sudah terakreditasi saya kira akan lebih mudah untuk menjadikan BLU.</p> <p>Harus. karna sudah di anggarkan di undang undang di permendagri tahun 2007. Dan 2007 ini sampek sekarang berapa? biasaya peraturan itu eee punya 2 calon berbeda peraturan sudah dilaksanakan . sama dengan BPJS, JKN tahun 2004 keluar, undang-undang JKN . baru ditindaklanjuti keluar BPJS tahun 2011. Memang banyak yang ee perlu di pertimbangkan.</p> <p>Seperti diawal yang saya sampaikan,bahwa BLU kan sudah keputusan begitu, dan dampak baiknya lebih banyak dari pada dampak buruknya untuk pelayanan kepada masyarakat BLU tadi. Untuk meningkatkan mutu pelayanan . jadinyaa yaaa harapan ee yang di IDI ini BLU puskesmas bisa terlaksana.</p>	<p>Pengaruh dan Kekuasaan Stakeholder</p> <p>Prioritas dalam hal Kebijakan BLUD</p> <p>Harapan Stakeholder</p>
	NYD	<p>Kalau LSM kan tidak bisa apa-apa mbak, soalnya kan hanya memantau saja melihat perkembangannya bagaimana. kalau dari pihak atasan membutuhkan bantuan kami baru kami juga ikut berkontribusi didalemnya. Kalau pengaruh tertinggi pastinya Bupati kalau kepentingan yang tinggi Puskesmas mbak soalnya kan mereka yang akan merasakan dampaknya</p> <p>Iya setelah akreditasi mestinya di prioritaskan dulu karena rata2 puskesmas kreditasi dulu baru blud karena memang tuntutan untuk akreditasi segera akan dipenuhi karena targetnya 2019 kalau blud kan gak ada target memang kalau secara konsep dengan blud dulu sudah mapan dan secara organisasi ya sebetulnya sudah mudah untuk menjadi blud tapi kan tuntutan</p>	<p>Pengaruh dan Kekuasaan Stakeholder</p> <p>Prioritas dalam hal Kebijakan BLUD</p>

		target itu secara nasional	
Risiko dan Antisipasi Risiko			
	AN	Saya belum bisa prediksi. Tapi dari anggaran, semakin cepat blud otomatis dana akan cepat masuk ke puskesmas dan sebaliknya. Intinya hubungan yg pasti itu antara puskesmas dengan pihak dinkes	Konflik
		Tidak ada dampaknya karena mereka hanya melaporkan saja.	Dampak yang akan terjadi
		Terkait dana, nanti transparansi dana dengan jelas saling terbuka satu sama yang lain	Antisipasi Risiko
	ADR	kan ini ee bakalan banyak ya jadi kesehatan ini kan selain itu ada hal yang besar itubagaimana kita dijember Dari kesehatan itu selai itu kalau dijember ada itu ada target akreditasi dan UHC itu tahun 2019. Otomatis pemerintah daerah menganggap pentuing menganggap perlu untuk lebih awal kesiapan.pelayanan kesehatan. ini bakalan salah satu Beberapa hal juga kita lakukan ya untuk meningkatkan status dari polindes jadi puskesmas pembantu kita tingkatkan jadi puskesmas ini juga sebetulnya intinya meningkatkan layanan kesehatan ini pada masyarakat. dengan topografi kondisi jember yg seperti ini otomatis keinginan untuk mendekatkan layanan kesehatan ini keinginan kita mendekatkanlah menjadi solusi sehingga masyarakat tidak perlu mengeluarkan biaya yang dikeluarkan tidak cukup besar tetapi pemerintah daerah tidak menutup kemungkinan...bahwa tetep menyediakan fasilitas untuk bagaimana menghadapi..rujukan ke r situ dengan adanya kebijakan. ini sesuatu yang ee kalo kita lihat punya apa ya benang merah yang menyambung ya saling bersaty Ya dampaknya adalah oeningkatan pelayanan kesehatan kemudian itu nanti dari sisi posisis preventif promotif kuratif juga didorong perilaku masyarakat juga nanti membaik. Nah kalo perilaku masyarakat membaik kan nanti BOR nya tinggi...kalo diliat bener” juga tidak bagus berarti pemakaian bad untuk orang sakit tinggi kalau BOR nya rendah kualitas kesehatannya bagus kalau kita ngomong angka harapan hidup atau mengharap hidup Bisa naik logis lawong badnya kan bagus masyarakat kan lebih sehat kan gitu..	Dampak dan Antisipasi
	DRS	Gak ada tapi menurut mereka karna mengeloala sendiri jadi lebih leluasa mengelola bagaimana mereka bertahan hidup memberikan fasilitas maks untuk masyarakat	Dampak dan Antisipasi

	LK	<p>baiknya saja ya. Iki aluransi takon e neng dinas hehe. Ya dari kacamata saya, saya tau IDI kalok dampak baiknya jelas bahwa peningkatan mutu yang berkelanjutan, setiap saat bisa di . . opo . . tindaklanjuti dengan segera. Dan ee pengelolaan keuangan lebih baik juga. Cuma itu kan KORNya di BLU itu kan peningkatan opo pengelolaan keuangan yang lebih baik.</p> <p>Tapi dampak buruknya, ee saya kira ini bukan masalah buruk dari sisi kebijakan itu. Tapi eee kemungkinan kalok pengelolaan keuangan yang BLU itu tidak diikuti dengan pemanauan, pemantauan yang ketat. Mungkin ada beberapa penyimpangan dan penyimpangan itu mungkin mungkin saja ketidaksengajaan dari kepala puskesmas. Karena ini kan nanti diserahkan ke masing masing kepala puskesmas. Untuk pengelolaannya, tidak lagi masuk di DPR sekarang di Dinas Kesehatan. Pengelolaan yang untuk masing masing puskesmas ini ada 50, kalok pemantauan itu lengah, artinya tidak tepat, dari ee mungkin masih baru, pertama masih baru. Mungkin ada penyimpangan yang mungkin pemikiran kita mungkin dampak buruknya ya. Ee kalok tidak dilaksanakan dengan baik ini ada penilaian penilaian . tapi penyeewengan ini akan akan kita selesaikan. Kalok puskesmas di beri bekal yang baik tentang bagaimana pengelolaan biaya dan pemantauannya setiap kegiatan itu yang penting itu pemantauan ya. Podo ae kalok kita naik sepeda motor gak punya SIM onok polisis. Saya kira ya itu. Dampaknya akan lebih, mungkin lebih banyak dampak baiknya ya.</p>	Dampak dan Antisipasi
	NYD	<p>Memberikan dampak ppada kemandirian sehingga puskesmas itu bisa mnegatur dirinya utk memberikan pelayanan yg berkualitas dengan sdm yang dimilikinya yaitu dampak positif atau manfaatnya jadi tidk ada kerugian dalam pelaksanaan BLUD nanti namun ada sisi kerugian maksud saya ketidakberhasilan itu, itu kan tadi dampaknya kan seperti tadi bisa mengelola secara mandiri dengan sdm yg ada nah celakanya ketikakita gak mampu melakukan hal itu maka akan jatuh keposisi yg jelek. Kalau saya bilang dampak ko kesannya gimana ya kalau dampak kan seolah” menjadi seperti itu. Lebih kemanfaat tapi ya itu bilamana tidak dapat melakukan mengelola BLUD ya apa ya artinya dapat dikatakan apa ya kalau dampak kurang tepat apa ya bahasanya ketidakmampuan mengelola BLUD gitu</p>	Dampak dan Antisipasi