

PENELITIAN | RESEARCH

Urgensi Kebijakan Peraturan Daerah tentang Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Kota Tasikmalaya Berdasarkan Pendekatan Analisis *Stakeholder*

The Urgency of Dengue Hemorrhagic Fever Control Regional Regulations in Tasikmalaya City Based on the Stakeholder Analysis Approach

Aryo Ginanjar^{1*}, Laksono Trisnantoro², Dwi Handono Sulisty²

¹Loka Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Pangandaran, Badan Litbang Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jalan Raya Pangandaran Km. 3, Pangandaran, Jawa Barat, Indonesia.

²Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Universitas Gadjah Mada. Jalan Farmako Sekip, Yogyakarta, Indonesia.

Abstract. *Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is still a public health problem that is difficult to deal with in Tasikmalaya City, West Java Province. In 2019, the region experienced very significant cases increase leading to an Outbreak. Various attempts have been made without optimal results. DHF control program managers expressed the urgent need for strong policies, but no empirical studies have been carried out. It is important to analyze evidence as justification for urgency and impetus in the policy agenda. This policy research with naturalistic qualitative research with Analysis for Policy approach aims to explore evidence on the urgency of DHF control regional regulations at policy stakeholders' aspect. The results of this study revealed the evidence of DHF Control Regional Regulation's establishment urgency. Those are increasing community endangering situation of DHF cases; the urgent need of policies for program managers; and the corroborating evidence, as the results of stakeholder analysis, in the form of majority stakeholder are the main policy stakeholder who have the power and strong interest in supporting the policies' urgency. The urgency level of DHF control Regional Regulation based on this research has reached an emergency level, so there should be efforts to establish DHF control Regional Regulation in Tasikmalaya City.*

Keywords: *Stakeholders, Policy Urgencies, Regional Regulations, DHF*

Abstrak. Demam Berdarah Dengue (DBD) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang sulit ditangani di Kota Tasikmalaya, Provinsi Jawa Barat. Pada tahun 2019, Kota Tasikmalaya mengalami peningkatan kasus yang sangat signifikan mengarah kepada Kejadian Luar Biasa. Berbagai upaya telah dilakukan namun belum mendapatkan hasil yang optimal. Kebutuhan mendesak akan kebijakan yang kuat diungkapkan oleh pengelola program, namun belum pernah dilakukan studi empiris. Penting untuk menganalisis bukti sebagai justifikasi urgensi dan pendorong dalam agenda kebijakan dalam bentuk Peraturan Daerah (Perda) tentang pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya. Penelitian ini merupakan riset kebijakan dengan jenis penelitian kualitatif naturalistik yang bertujuan mengeksplorasi bukti urgensi Perda tentang Pengendalian DBD pada aspek *stakeholder* kebijakan. Proses analisis kebijakan menggunakan pendekatan *Analysis for Policy*. Hasil penelitian ini mengungkapkan bukti perlunya pembentukan Perda tentang Pengendalian DBD. Bukti pertama adalah situasi kasus DBD yang semakin membahayakan masyarakat. Bukti kedua adalah kebutuhan adanya kebijakan bagi pengelola program yang semakin mendesak. Bukti selanjutnya yang menguatkan adalah hasil analisis *stakeholder* menunjukkan bahwa mayoritas *stakeholder* merupakan *stakeholder* kebijakan utama yang memiliki kekuatan dan ketertarikan yang kuat untuk mendukung urgensi kebijakan. Tingkat urgensi berdasarkan penelitian ini menunjukkan bahwa kebutuhan Perda Pengendalian DBD telah berada pada tingkat darurat sehingga perlu segera dilakukan upaya-upaya untuk pembentukan Perda tentang Pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya.

Kata kunci: *Stakeholder, Urgensi Kebijakan, Peraturan Daerah, DBD*

Naskah masuk: 17 April 2020 | Revisi: 16 Oktober 2020 | Layak terbit: 25 Oktober 2020

* Korespondensi: ginanjar88@gmail.com | Telp/Fax: 0265639375

PENDAHULUAN

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang masih sulit ditanggulangi di Indonesia, termasuk di Kota Tasikmalaya, Provinsi Jawa Barat. Pada tahun 2019, kasus DBD di Kota Tasikmalaya mengalami peningkatan kasus yang sangat signifikan bila dibandingkan pada tahun sebelumnya. Terdapat sebanyak 666 penderita dengan kasus meninggal sebanyak 5 jiwa. Angka ini melonjak hampir tiga kali lipat dibandingkan tahun 2018 yang hanya 223 penderita dan 2 kasus meninggal sehingga mengindikasikan terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB). Meskipun demikian, belum dilakukan investigasi secara mendalam. Berbagai program dan kegiatan seperti Gerakan 3M+, Gema Antik, Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik, dan sebagainya telah diupayakan namun belum didukung dengan adanya regulasi formal yang kuat seperti Peraturan Daerah (Perda) untuk menjamin kesinambungannya. Perda adalah bentuk kebijakan yang paling kuat dan komprehensif di tingkat daerah baik di Kabupaten/Kota maupun Provinsi. Berbeda dengan bentuk kebijakan lain seperti Peraturan Kepala Daerah dan Edaran Kepala Daerah, sanksi denda dan pidana bagi pelanggar yang termuat di dalam Perda membuat fungsi pengaturan dan penertiban menjadi lebih tegas dan kuat bila dibandingkan dengan bentuk kebijakan lain. Muatan Perda lebih komprehensif karena dibentuk berdasarkan pembahasan antara eksekutif dan legislatif di daerah. Peran-peran pihak terkait dan jaminan ketersediaan sumber daya seperti anggaran, sarana dan sumber daya manusia juga diatur di dalam Perda tersebut untuk mendukung keberlangsungan program dan kegiatan dalam upaya-upaya penanggulangan di masyarakat. ^{1 2} Oleh karena itu, belum adanya regulasi yang kuat dan spesifik mengatur tentang pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya mengakibatkan upaya-upaya yang sudah dilakukan dalam pengendalian DBD belum mencapai hasil yang optimal. ³ Berbeda dengan daerah lain seperti Kota Semarang yang telah memiliki regulasi khusus tentang Pengendalian DBD sehingga upaya penanganan dan penanggulangan di daerah tersebut lebih efektif dan optimal.⁴

Urgensi kebutuhan suatu kebijakan dieksplorasi pada proses *agenda setting* kebijakan, yaitu proses awal dari pembentukan suatu kebijakan yang menentukan layak tidaknya suatu masalah diangkat ke agenda kebijakan. Namun kuat atau tidaknya suatu isu kebijakan didorong masuk ke dalam agenda kebijakan sangat bergantung dari kualitas bukti yang dikumpulkan dan bagaimana dukungan dari

stakeholder.^{5,6} Analisis berbasis bukti (*evidence based analysis*) merupakan pendekatan yang paling efektif dalam tahapan *agenda setting* kebijakan. Penggunaan bukti yang kuat secara rasional dan teknis sebagai dasar dalam mengusulkan dan merumuskan kebijakan akan lebih mudah untuk didorong ke dalam prioritas oleh para penentu atau *stakeholder* utama kebijakan.^{7,8} *Stakeholder* kebijakan adalah pihak-pihak yang dapat memengaruhi maupun dipengaruhi oleh adanya suatu kebijakan. *Stakeholder* utama kebijakan, yaitu para penguasa, politisi atau pemangku kebijakan, akan lebih memerhatikan bukti yang dapat membuka pandangan mereka akan suatu isu kebijakan yang harus segera ditindaklanjuti. Sedangkan masyarakat akan melihat bahwa bukti-bukti yang terungkap diharapkan akan memunculkan kebijakan untuk merubah kondisi yang lebih baik.^{9,10}

Berdasarkan latar belakang di atas, perlu dilakukan analisis *Agenda Setting* kebijakan dengan mengeksplorasi bukti-bukti empiris yang didasarkan pada fakta besaran masalah dan analisis *stakeholder* kebijakan, untuk mendukung urgensi pembentukan Perda tentang Pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kebijakan yang terfokus pada proses *agenda setting* kebijakan, menggunakan paradigma *naturalistic* dengan pendekatan kualitatif. Metode penelitian ini dipilih dengan tujuan untuk mengeksplorasi suatu situasi secara holistik ^{11,12}, mengenai urgensi pembentukan Perda tentang Pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya. Proses analisis kebijakan dalam rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan *Analysis for Policy* (analisis untuk pembentukan kebijakan)¹³. Subjek penelitian berjumlah 21 orang yang merupakan *stakeholder* kebijakan, terdiri dari Kepala Daerah, DPRD, Bagian Hukum Sekretariat Daerah, Dinas Kesehatan Kota dan Provinsi, Bappelitbangda, Dinas Lingkungan Hidup, Dinas Perumahan Rakyat dan Kawasan Permukiman, Akademisi, Kelompok masyarakat mitra pemerintah dan Lembaga Swadaya Masyarakat. Subjek penelitian dipilih secara *purposive sampling*. Data yang dikumpulkan berupa data primer dan sekunder. Data primer didapatkan melalui wawancara mendalam dengan seluruh informan atau subjek penelitian. Data sekunder didapatkan melalui telaah berbagai data dan dokumen, laporan, hasil-hasil penelitian mengenai DBD yang pernah dilakukan di Kota Tasikmalaya dan berbagai sumber informasi lainnya yang terkait.

Data-data yang digali dari *stakeholder* kebijakan adalah terkait aspek pengetahuan, persepsi, sikap, kesiapan dan dukungan terhadap pembentukan Perda tentang Pengendalian DBD. Kemudian dilakukan pemetaan *stakeholder* dengan model *power versus interest grid* untuk menentukan posisi dari setiap *stakeholder* berdasarkan tinggi rendahnya aspek kekuatan dan ketertarikan dari setiap *stakeholder*.^{14 15}

Penentuan posisi dari setiap *stakeholder* dilakukan dengan menggunakan analisis logis berdasarkan seluruh hasil penelitian.⁵ Aspek-aspek yang digunakan dalam analisis tersebut adalah pengetahuan, persepsi, sikap, kesiapan, dukungan serta kekuatan dan ketertarikan. Tingkat kekuatan didapatkan dari hasil analisis pengetahuan dan kesiapan, dengan didukung hasil pengamatan terkait jabatan, kemampuan dalam menggerakkan sumber daya, kapasitas dan wewenang serta keilmuan atau kepakaran. Sedangkan tingkat ketertarikan didapatkan berdasarkan hasil analisis persepsi, sikap, dan dukungan dari masing-masing *stakeholder* terhadap masalah dan proses pembentukan kebijakan. *Stakeholder* kebijakan akan terbagi dalam empat posisi berdasarkan tinggi rendahnya kekuatan dan ketertarikan. Posisi-posisi tersebut adalah sebagai berikut:¹⁵

- A: *Stakeholder* yang lemah dalam kekuatan dan ketertarikan.
- B: Memiliki kekuatan namun dengan ketertarikan yang rendah.
- C: Memiliki ketertarikan yang tinggi namun dengan kekuatan yang lemah.

D: *Stakeholder* yang memiliki kekuatan dan ketertarikan yang kuat.

Tingkat urgensi kebijakan dapat ditentukan dengan memadukan analisis besaran masalah dan hasil analisis *stakeholder*, kemudian dibandingkan dengan teori dan literatur.

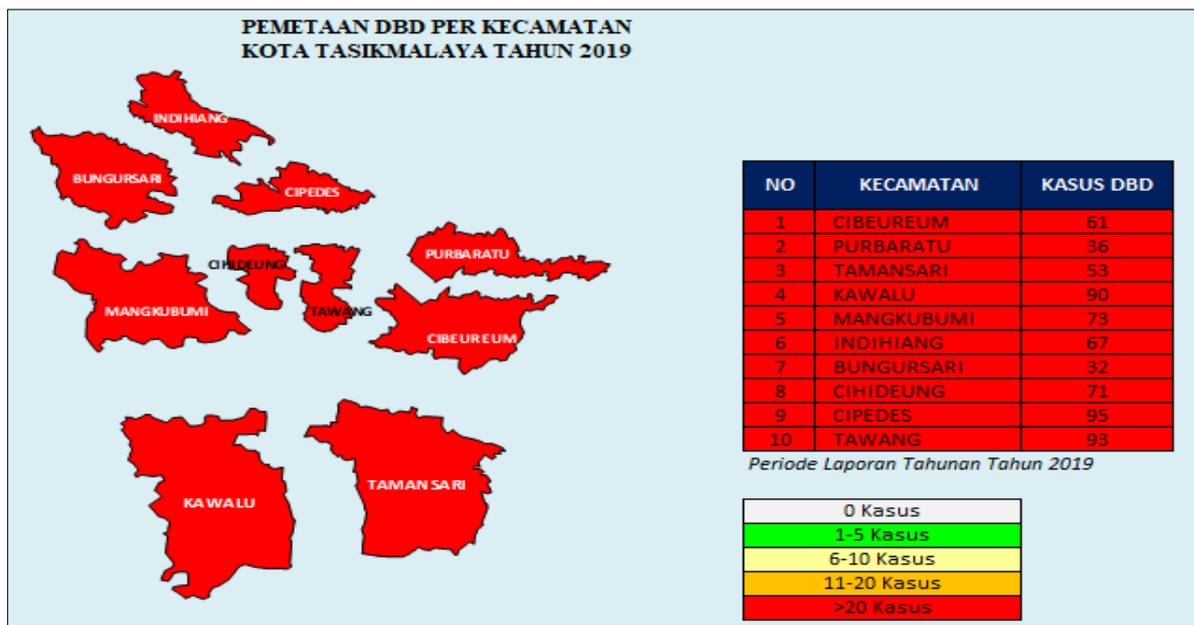
Ijin etik (*ethical clearance*) penelitian didapatkan dari Komisi Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada (No: KE/FK/1317/EC/2019).

HASIL

Situasi DBD di Kota Tasikmalaya

Kota Tasikmalaya terbentuk pada tahun 2001 berdasarkan Undang-undang No. 10 Tahun 2001 tentang Pembentukan Pemerintah Kota Tasikmalaya. Luas wilayah Kota Tasikmalaya adalah 183,85 km². Wilayah Kota Tasikmalaya bagian utara dan timur berbatasan dengan Kabupaten Tasikmalaya dan Kabupaten Ciamis. Sedangkan bagian selatan dan barat berbatasan dengan Kabupaten Tasikmalaya. Kota Tasikmalaya terdiri dari 10 kecamatan. Temperatur dan iklim Kota Tasikmalaya cenderung hangat dengan curah hujan yang tinggi sepanjang tahun.¹⁶

Kejadian DBD pada tahun 2019 di Kota Tasikmalaya (Gambar 1) telah mencapai titik yang mengkhawatirkan dan harus segera ditanggulangi dengan tepat karena dapat ber-



Gambar 1. Peta Zona kegawatan kasus DBD Kota Tasikmalaya (Sumber: Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, 2019)

potensi untuk terus meningkat. Kasus DBD di Kota Tasikmalaya dalam 3 tahun terakhir, baik jumlah penderita maupun jumlah kematian, mengalami fluktuasi jumlah kasus yang signifikan. Pada tahun 2017 jumlah penderita DBD di Kota Tasikmalaya sebanyak 298 orang dengan *Incidence Rate* (IR) sebesar 45,05 per 100.000 penduduk. Tahun 2018 sempat mengalami penurunan menjadi 223 kasus dengan IR 33,64 per 100.000 penduduk. Kemudian pada tahun 2019 mengalami peningkatan kasus yang signifikan hampir tiga kali lipat dari tahun 2018 yaitu sebanyak 666 kasus dengan IR sebesar 100,49 per 100.000 penduduk. Jumlah kematian tertinggi selama tiga tahun terakhir juga terjadi di tahun 2019. Pada tahun 2017 tidak ada laporan kasus meninggal akibat DBD di Kota Tasikmalaya. Meskipun jumlah penderita menurun pada tahun 2018, namun angka kematian meningkat dengan dilaporkannya 2 kasus meninggal akibat DBD. Jumlah kematian mengalami peningkatan yang signifikan pada tahun 2019, dengan 5 kasus meninggal akibat DBD.

Berdasarkan pemetaan zona tingkat kegawatan kasus, seluruh wilayah Kecamatan di Kota Tasikmalaya termasuk ke dalam zona merah atau zona tingkat kegawatan kasus tertinggi. Data tersebut menunjukkan bahwa kegawatdaruratan kasus DBD di Kota Tasikmalaya terjadi secara merata dan meluas di seluruh wilayah Kota Tasikmalaya.

Pemetaan Stakeholder

Analisis stakeholder digali pada aspek pengetahuan, persepsi, sikap, kesiapan, dan dukungan, serta berdasarkan kekuatan dan ketertarikan untuk menentukan posisi *stakeholder*. Pada aspek pengetahuan, para *stakeholder* mengakui bahwa terjadi peningkatan yang signifikan kasus DBD di Kota Tasikmalaya dan sebenarnya sudah dapat ditetapkan sebagai status Kejadian Luar Biasa (KLB):

“Betul memang pak, kasus DBD tahun ini di Tasik memang apa sangat serius untuk angka

kasusnya ya, bila dibandingkan tahun lalu sangat meningkat. Sampai November saja sudah 631 kasus sedangkan tahun lalu kan hanya 221 kasus. Jadi ini sebenarnya kalau kita lihat di Permenkes 1501 tahun 2010 dari kenaikan angka kasus dapat ditetapkan sebagai KLB.” (Seksi P2M Dinkes Kota Tasikmalaya)

Persepsi yang disampaikan oleh para *stakeholder* adalah keyakinan bahwa pengendalian DBD akan dapat dilakukan dengan lebih baik dengan didukung adanya Perda yang menjadi landasan dan penguat berbagai upaya yang dilakukan.

“Ingin, alasannya biar apapun yang kita lakukan kita punya payung hukum yang bener gitu”. (Pengelola Program DBD Dinkes Kota Tasikmalaya)

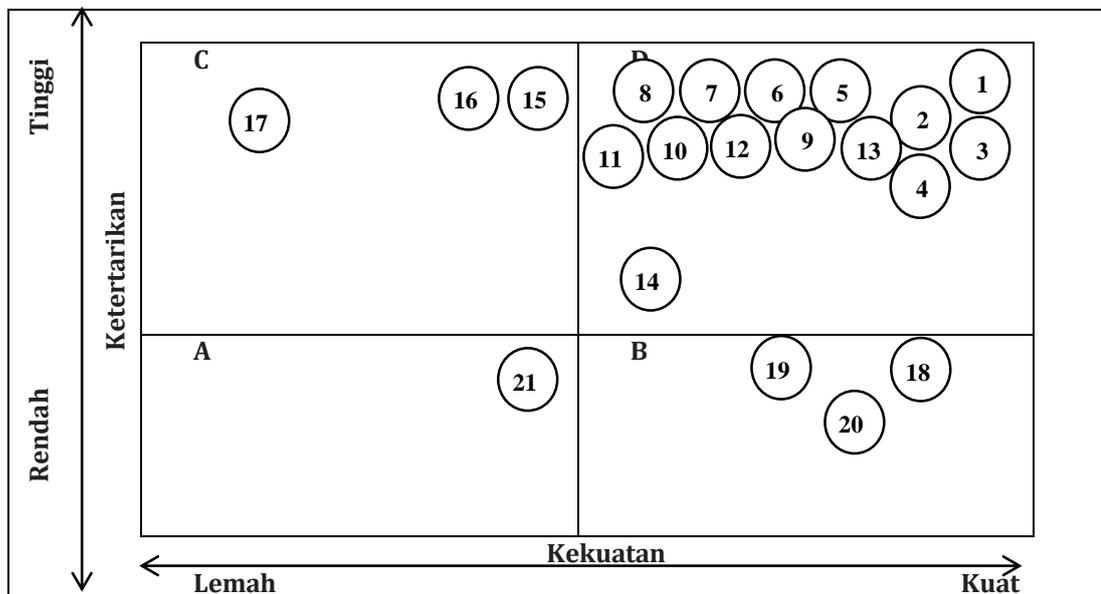
Aspek sikap yang ditunjukkan oleh para *stakeholder* kebijakan telah sampai pada tahap menerima, merespon, dan bertanggung jawab untuk mengambil langkah-langkah segera. Hal ini akan semakin mendukung urgensi dari perlunya dibentuk Perda tentang Pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya. Hasil penelitian menunjukkan kesiapan yang baik dan cukup mampu dari para *stakeholder* dalam mendukung kebijakan pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya. Sebagian besar *stakeholder* kebijakan telah pada tingkatan yang sangat siap untuk mendukung kebijakan pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya. Aspek dukungan yang tinggi antara *stakeholder* pengambil kebijakan, pengelola, dan pelaksana program, serta lintas sektor, lintas Organisasi Perangkat Daerah (OPD) dan kelompok masyarakat sangat dibutuhkan untuk dapat mewujudkan Perda tentang Pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya.

Konversi dari tabel posisi *stakeholder* kebijakan menjadi kuadran pemetaan *stakeholder* kebijakan perlunya Perda tentang Pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya digambarkan pada Gambar 2.

Tabel 1. Analisis *Stakeholder* Menurut Kekuatan dan Ketertarikan Terhadap Perda DBD

| No | Stakeholder Kebijakan | Kekuatan | | | Ketertarikan | | Posisi |
|----|-----------------------------|----------|--------|-------|--------------|--------|--------|
| | | Kuat | Sedang | Lemah | Tinggi | Sedang | |
| 1. | Kepala Daerah (Walikota) | √ | | | √ | | D |
| 2. | Bagian Hukum Sekda | √ | | | √ | | D |
| 3. | Perencana Bappelitbangda | √ | | | √ | | D |
| 4. | Kabid P2 Dinkeskot | √ | | | √ | | D |
| 5. | Kasi P2M Dinkeskot | √ | | | √ | | D |
| 6. | Peng. Prog DBD Dinkeskot I | √ | | | √ | | D |
| 7. | Peng. Prog DBD Dinkeskot II | √ | | | √ | | D |
| 8. | Dinas Kesehatan Provinsi | √ | | | | √ | B |

| No | Stakeholder Kebijakan | Kekuatan | | | Ketertarikan | | Posisi | |
|-----|-------------------------------|----------|--------|-------|--------------|--------|--------|--------|
| | | Kuat | Sedang | Lemah | Tinggi | Sedang | | Rendah |
| 9. | Ketua Komisi IV DPRD | √ | | | √ | | D | |
| 10. | Anggota Bapemperda DPRD | √ | | | √ | | D | |
| 11. | Bagian Hukum RSUD | √ | | | √ | | D | |
| 12. | Kepala Puskesmas | √ | | | √ | | D | |
| 13. | Peng. Prog DBD Puskesmas | √ | | | √ | | D | |
| 14. | Bidan Kelurahan | √ | | | √ | | D | |
| 15. | Kabag Kebersihan DLH | √ | | | | √ | B | |
| 16. | Sekretaris Dinas PRKP | √ | | | | √ | B | |
| 17. | Akademisi/Dosen Fisipol Unsil | √ | | | √ | | D | |
| 18. | Sekretaris PKK Kota | | √ | | √ | | C | |
| 19. | Kapokja Kesehatan PKK Kota | | √ | | √ | | C | |
| 20. | Ketua Karang Taruna Kota | | √ | | √ | | C | |
| 21. | Sekretaris LSM FPK | | | √ | | | √ | A |



Gambar 2. Kuadran hasil mapping posisi setiap stakeholder kebijakan

Kuadran D (Stakeholder Utama)

1. Walikota
2. Ketua Komisi IV DPRD
3. Anggota Bapemperda dprd
4. Bag. Hukum Sekda
5. Kabid P2 Dinkeskot
6. Kasie P2M Dinkeskot
7. Pengelola Prog. DBD Dinkeskot I
8. Pengelola Prog. DBD Dinkeskot II
9. Kepala Puskesmas
10. Pengelola Prog. DBD Puskesmas
11. Bidan Kelurahan
12. Bagian Hukum RSUD
13. Akademisi/Dosen Fisipol Unsil
14. Perencana Bappelitbangda

Kuadran C (Stakeholder Pendukung)

15. Sekretaris PKK Kota
16. Ketua Pokja Bid. Kesehatan Kota
17. Ketua Karang Taruna Kota

Kuadran B (Stakeholder Kebijakan Pasif)

18. Pengelola Prog. DBD Dinkesprov
19. Kabag Kebersihan DLH
20. Skretaris Dinas PRKP

Kuadran A (Stakeholder Pengamat)

21. Sekretaris LSM Forum Pemerhati Kebijakan

Tingkat Urgensi Kebijakan

Hasil penelitian mengungkapkan setidaknya ada tiga bukti utama yang dapat digunakan untuk menentukan tingkat urgensi kebijakan. Pertama adalah fakta bahwa situasi penyakit DBD di Kota Tasikmalaya telah masuk pada fase yang membahayakan. Hasil telaah data dan laporan kasus DBD menunjukkan bahwa seluruh wilayah Kota Tasikmalaya telah berada pada zona merah kegawatan yang tinggi terhadap penularan dan penyebaran kasus DBD. Bukti kedua adalah kebutuhan yang semakin mendesak akan adanya kebijakan yang jelas, tegas, dan mengikat semua pihak yang terkait. Para pengelola program dan pelaksana kegiatan pengendalian DBD di lapangan telah lama mengharapkan regulasi yang kuat yang dapat menjadi landasan hukum dalam menjalankan upaya-upaya penanggulangan DBD. Regulasi yang kuat akan menjamin program dan kegiatan berjalan lebih konsisten dan berkesinambungan, menciptakan sinergi dan kolaborasi antar *stakholder* terkait, sehingga penanganan DBD tidak hanya menjadi urusan Dinas Kesehatan saja tetapi juga menjadi tanggung jawab seluruh pihak terkait. Mereka juga mengharapkan kebijakan yang dapat menciptakan keteraturan dan ketertiban di masyarakat terkait pengendalian penyakit DBD.

Bukti ketiga yang menguatkan, berdasarkan hasil penelitian ini, adalah proporsi yang besar pada posisi *stakeholder* kebijakan utama yang memiliki kekuatan dan ketertarikan yang kuat terhadap kebijakan, sehingga akan semakin mendukung urgensi pembentukan Perda tentang pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya. *Stakeholder* kebijakan utama memiliki pemahaman yang baik terhadap besaran masalah DBD serta memiliki kapasitas dan wewenang yang kuat untuk menetapkan Perda DBD sebagai kebutuhan yang mendesak dan mendorongnya ke dalam proses kebijakan untuk diwujudkan. Bukti-bukti tersebut menegaskan bahwa urgensi masalah penyakit DBD di Kota Tasikmalaya telah masuk pada kategori darurat (*emergency*) sehingga perlu untuk segera dibentuk kebijakan yang dibutuhkan untuk menanggulangnya.

PEMBAHASAN

Hasil pemetaan *stakeholder* dalam penelitian ini telah membagi para *stakeholder* kebijakan menjadi 4 posisi yang setiap posisi memiliki intervensi yang berbeda-beda dalam upaya advokasi rencana pembentukan kebijakan Peraturan Daerah Tentang DBD di Kota Tasikmalaya. Pertama adalah *Stakeholder* Kebijakan Utama (*Stakeholder* Kunci). Posisi ini

adalah para *stakeholder* yang berada pada kuadran D di pemetaan *stakeholder* sehingga memiliki kekuatan yang besar dan ketertarikan yang tinggi. Para *stakeholder* ini adalah *stakeholder* yang harus selalu terlibat di setiap proses kebijakan dari mulai *agenda setting* sampai dengan kebijakan diimplementasikan¹⁷. Kualitas dan keberhasilan suatu kebijakan sangat dipengaruhi oleh konsistensi dari komitmen para *stakeholder* utama ini.^{18,19} *Stakeholder* ini juga mampu memengaruhi *stakeholder* di kuadran lain untuk meningkatkan perannya dalam mendukung kebijakan.

Posisi kedua adalah *stakeholder* pendukung yang memiliki ketertarikan yang tinggi namun dengan kekuatan yang tidak cukup besar dalam memengaruhi kebijakan. Para *stakeholder* ini memiliki dukungan yang sangat besar pada aspek partisipasi upaya-upaya di masyarakat. Contoh *stakeholder* dalam kelompok ini adalah Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) dan Karang Taruna. Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) telah banyak memberikan dukungan terhadap pelaksanaan program-program pemerintah di masyarakat, tidak hanya pada bidang kesehatan tapi juga pendidikan, ekonomi, sosial, dan sebagainya hampir di seluruh wilayah Indonesia.^{20,21,22,23} Keberadaan Organisasi Karang Taruna juga dapat dimanfaatkan untuk membantu menyukseskan program-program pemerintah. Karang Taruna perlu dirangkul dan dibina oleh pemerintah sehingga peran serta aktifnya dapat berkesinambungan. Karang Taruna yang dibina dengan baik akan meningkatkan tingkat partisipasi generasi muda dalam pembangunan tidak terkecuali di bidang kesehatan.²⁴

Posisi ketiga adalah para *stakeholder* kebijakan pasif yang memiliki kekuatan besar namun masih memiliki ketertarikan yang rendah, terdiri dari *stakeholder* lintas program yaitu Dinas Lingkungan Hidup, Dinas PRKP, dan Dinas Kesehatan Provinsi. Belum munculnya ketertarikan dari OPD terkait dikarenakan belum adanya regulasi yang dapat mensinergikan berbagai pihak dalam upaya pengendalian DBD. Adanya kebijakan yang dapat mensinergikan mereka diharapkan dapat menggeser posisi para *stakeholder* ini menjadi *stakeholder* utama yang ikut serta dalam keberhasilan penerapan kebijakan pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya. Hal ini tidak lepas dari peran Kepala Daerah sebagai pimpinan yang memiliki wewenang untuk mengkoordinasikan. Peran pemimpin daerah, hubungan lintas sektor, dan hubungan antarlembaga kesehatan, serta bagaimana posisi para *stakeholders* adalah faktor utama keberhasilan suatu proses kebijakan di daerah.²⁵

Posisi keempat adalah *stakeholder* pengamat dengan ketertarikan dan kekuatan yang rendah, yaitu LSM Forum Pemerhati Kebijakan. *Stakeholder* ini telah menjadi pengamat kebijakan-kebijakan pemerintah daerah selama ini. Mereka perlu dilibatkan karena dapat membantu upaya monitoring dan evaluasi secara eksternal terhadap kebijakan yang dijalankan. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) merupakan perwujudan dari masyarakat sipil yang berperan menjembatani, memperjuangkan, dan membela kepentingan masyarakat. Organisasi ini dapat berfungsi sebagai pengawas serta terlibat dalam kebijakan dan program-program pembangunan demi kepentingan masyarakat dengan kolektivitas dan organisasi massa.²⁶

Kota Tasikmalaya belum memiliki regulasi yang khusus dalam pengendalian penyakit DBD. Namun dengan melihat situasi dan besaran masalah serta berdasarkan hasil wawancara dengan para *stakeholder* kebijakan, dapat ditentukan hal-hal penting yang menjadi karakteristik kebijakan yang dibutuhkan. Hal penting tersebut yaitu kebijakan harus jelas, lengkap, dan berlaku secara berkesinambungan; bersifat kuat dan mengikat semua pihak; serta benar-benar dapat diimplementasikan.^{27,28} Karakteristik tersebut terpenuhi dalam bentuk kebijakan berupa Peraturan Daerah. Kajian-kajian awal seperti naskah akademik perlu disiapkan dengan sebaik mungkin agar gambaran kebijakan tersebut dapat dipahami dari berbagai perspektif. Penyusunan Naskah Akademik ini sangat penting untuk mendukung daya guna suatu Rancangan Peraturan Daerah yang memang dibutuhkan oleh masyarakat dan pemerintah daerah.²⁹ Urgensi dan fungsi Naskah Akademik saling terkait erat sebagai bagian penting dalam pembentukan Perda Kabupaten/Kota.³⁰

Kriteria sebuah masalah dianggap darurat dan harus diangkat ke dalam kebijakan untuk mengatasinya adalah: 1) Bila suatu isu telah melampaui proporsi suatu krisis dan tidak dapat dibiarkan begitu saja; 2) Bila isu tersebut bersifat partikularis, yaitu terdramatisir dan mengarah kepada isu yang lebih besar, seperti menyangkut nyawa manusia; 3) Memiliki aspek emosional dan mendapat perhatian masyarakat luas; 4) Mendorong munculnya pertanyaan yang berhubungan dengan kekuasaan dan legitimasi dari masyarakat; 5) Menjadi kepentingan dan tanggung jawab berbagai pihak yang terkait.^{31,32,33} Masalah DBD di Kota Tasikmalaya memenuhi seluruh kriteria di atas. Kasus yang terus meningkat telah melampaui batas krisis

dan semakin membahayakan nyawa manusia. Kasus meninggal yang melebihi angka di tahun-tahun sebelumnya semakin menjadi perhatian dan kekhawatiran masyarakat. Bila masalah ini dibiarkan akan memengaruhi terhadap kinerja Pemerintah Daerah dalam mengatasi masalah pembangunan kesehatan di Kota Tasikmalaya. Upaya yang lebih menyeluruh yang melibatkan seluruh pihak dan menjadi tanggung jawab bersama baik masyarakat maupun pemerintah menjadi suatu keharusan yang perlu diupayakan. Situasi-situasi di atas memenuhi kriteria urgensi yang darurat untuk segera dibentuk kebijakan untuk mengatasinya.

Bukti-bukti ini harus dikomunikasikan kepada seluruh *stakeholder* karena dibutuhkan untuk memengaruhi sistem politik sebagai penentu kebijakan untuk dapat memasukan suatu masalah ke dalam agenda kebijakan.^{18,34,35} Hal yang paling diutamakan untuk menentukan prioritas kebijakan publik adalah bila suatu masalah telah mengancam kehidupan masyarakat secara meluas bahkan mengancam jiwa manusia. Perhatian politik yang kuat dengan didasari oleh kekhawatiran publik yang meluas diperlukan untuk mengangkat suatu masalah kedalam agenda.^{36,37}

Oleh karena itu, berdasarkan bukti-bukti yang ada, besaran masalah yang dihadapi, hasil analisis *stakeholder* serta bukti-bukti lainnya yang telah diungkapkan dalam penelitian ini, pembentukan kebijakan dalam bentuk Perda adalah pilihan yang paling tepat dalam mendukung upaya-upaya pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya. Proses pembentukan kebijakan berupa Perda berdasarkan situasi DBD di Kota Tasikmalaya dan hasil pemetaan *stakeholder* kebijakan diprediksi akan dapat didorong untuk terbentuk dengan lebih cepat. Namun, bila terjadi kondisi yang kurang mendukung seperti perubahan dinamika politik, keterbatasan anggaran, dan situasi lainnya yang dapat menghambat proses pembentukan Perda, alternatif bentuk kebijakan lain yang dapat diambil yaitu Peraturan Kepala Daerah dan atau Edaran Kepala Daerah. Kedua peraturan tersebut relatif lebih mudah dan lebih cepat dalam proses pembentukannya, namun dengan konsekuensi kekuatan yang lebih lemah dalam fungsi pengaturan, penertiban, dan kesinambungan efektifitas jangka panjangnya.

KESIMPULAN

Analisis *stakeholder* mengungkapkan bahwa *stakeholder* kebijakan pengendalian Penyakit DBD di Kota Tasikmalaya terbagi menjadi 4 kelompok, yaitu *stakeholder* kebijakan utama, *stakeholder* pendukung, *stakeholder* kebijakan

pasif, dan *stakeholder* pengamat kebijakan. *Stakeholder* kebijakan utama menjadi mayoritas *stakeholder* yang mendominasi dalam dukungan terhadap urgensi pembentukan kebijakan. Tingkat urgensi perlunya pembentukan kebijakan, berdasarkan bukti-bukti yang terungkap melalui analisis, menempatkan masalah DBD pada tingkat urgensi yang darurat (*emergency*) untuk dapat segera dilakukan upaya-upaya dalam proses pembentukan Peraturan Daerah Tentang Pengendalian DBD di Kota Tasikmalaya. Meskipun terdapat alternatif kebijakan lain yang dapat diambil, seperti Peraturan dan Edaran Kepala Daerah, Perda tetap menjadi pilihan yang terbaik dalam segi kekuatan fungsi pengaturan, penertiban, dan kesinambungan jangka panjang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terimakasih kepada Pemerintah Daerah Kota Tasikmalaya, Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, DPRD Kota Tasikmalaya, seluruh subjek penelitian, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI dan Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Universitas Gadjah Mada.

KONTRIBUSI PENULIS

Pada artikel ini, seluruh penulis berperan sama sebagai kontributor utama (*equal contributor*). Peran dan kontribusi setiap penulis adalah sebagai berikut:

| | |
|---|-----------------|
| Konsep dan Ide | : AG |
| Kurasi & Analisis Data | : Semua Penulis |
| Investigasi | : Semua Penulis |
| Metodologi | : Semua Penulis |
| Manajemen Proyek | : AG |
| Supervisi | : LT & DHS |
| Validasi | : LT & DHS |
| Menulis, mengkaji & mengedit | : AG |

DAFTAR RUJUKAN

- 1 Kemendagri. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia No. 80 Tahun 2015 Tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah. 2015.
- 2 Kemendagri. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia No. 120 Tahun 2018 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 80 Tahun 2015 Tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah. 2018.
- 3 Dinkeskot Tasikmalaya. Laporan Kasus DBD Kota Tasikmalaya Tahun 2019. : Tasikmalaya.2019.[thesis].p.
- 4 Joharina AS, Putro DBW, Ardanto A, Trapsilowati W, Pujiyanti A. Implementasi Peraturan Daerah Tentang Pengendalian DBD Di Kota Semarang. VEKTORA. 2018; 10: 119–126.
- 5 Dunn WN. Public Policy Analysis; An Integrated Approach. Sixth Edit. Routledge, Taylor & Francis Group: New York and London.2018.
- 6 Shiffman J. Agenda Setting in Public Health Policy. Second Edi. Elsevier.2017 doi:10.1016/B978-0-12-803678-5.00007-2.
- 7 Paula B De, Zicker F. Dengue research networks : building evidence for policy and planning in Brazil. Heal Res Policy Syst. 2016; 14: 1–10.
- 8 Daniell KA, Morton A, Insua DR. Policy Analysis and Policy Analytics. J Oper Res. 2016; 236: 1–13.
- 9 Cairney P, Oliver K. Evidence-Based Policy Making is Not Like Evidence-Based Medicine, so How Far Should You Go to Bridge the Divide Between Evidence and Policy? J Heal Res Policy Syst. 2017; 15: 1–11.
- 10 Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy: Understanding Public Health. Second Edi. The McGraw Hill Companies: Glasgow.2012.
- 11 Yin RK. Qualitative Research from Start to Finish. The Guilford Press: New York and London.2011.
- 12 Yin RK. Case Study Research and Applications, Design and Methods. Six Editio. SAGE Publications Ltd.2018.
- 13 Parsons W. Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis. Edward Edgar Publishing, Ltd: New York.2001.
- 14 Mintzberg H, Quinn J, Ghoshal S, Lampel JB. The Strategy Process; Concepts, Contexts, Cases. Fifth Edit. Pearson Education.2014.
- 15 Lembaga Administrasi Negara RI. Modul Pelatihan Analisis Kebijakan. Pusaka LAN RI: Jakarta.2015.
- 16 BPS Kota Tasikmalaya. Kota Tasikmalaya Dalam Angka Tahun 2019. : Tasikmalaya.2019.
- 17 Yuliansyah MA, Herawati YT. Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Pemenuhan FKTP pada Program JKN di Kabupaten Jember. J Pustaka Kesehat. 2016; 4: 152–159.
- 18 Greer SL, Bekker M, Leeuw E De, Wismar M, Helderma J, Ribeiro S et al. Policy, Politics and Public Health. Eur J Public Health. 2017; 27: 40–43.
- 19 Fischer SE, Strandberg-larsen M. Power and Agenda-Setting in Tanzanian Health Policy : An Analysis of Stakeholder Perspectives. Internatioanl J Heal Policy Manag. 2016; 5: 355–363.
- 20 Shalfiah R. Peran Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK) Dalam Mendukung Program-Program Pemerintah Kota Bontang. J Ilmu Pemerintah. 2013; 1: 975–984.
- 21 Hubaybah, Herwansyah, Ningsih VR. Optimalisasi Peran Tim Penggerak Pembinaan

- Kesejahteraan Keluarga (TP-PKK) Kecamatan Jambi Timur Dan Kecamatan Paal Merah Dalam Upaya Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat Berbasis Keluarga. *J Salam Sehat Masy.* 2019; 1: 1–7.
- 22 Rodiah, Lusiana, Agustine. Pemberdayaan Kader PKK Dalam Usaha Penyebarluasan Informasi Kesehatan di Jatinangor. *J Apl Ipteks Untuk Masy.* 2016; 5: 5–8.
- 23 Agustin NL, Muchsin S, Widodo RP. Pemberdayaan Perempuan Melalui Gerakan PKK Dalam Menangani Kesehatan Anak, Ibu Hamil, Dan Lansia Sesuai Isi 10 Program Pokok PKK Di Kelurahan Kauman Kecamatan Klojen Kota Malang. *J Respon Publik.* 2019; 13: 33–38.
- 24 Juned M, Kusumastuti RD, Darmastuti S. Penguatan Peran Pemuda Dalam Pencapaian Tujuan Ketiga Sustainable Development Goals (SDGs) di Karang Taruna Kelurahan Serua, Bojongsari, Depok. *Pros Semin Pengabdian Masyarakat, Univ Pembang 'Veteran' Jakarta.* 2018; 1.
- 25 Trisnantoro L. Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan Di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Membahas Skenario Masa Depan. Gadjah Mada University Press: Yogyakarta. 2009.
- 26 Herdiansah AG, Randi. Peran Organisasi Masyarakat (Ormas) dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Dalam Menopang Pembangunan di Indonesia. *SOSIOGLOBAL J Pemikir dan Penelit Sociol.* 2016; 1: 49–67.
- 27 Adekola J. Power and Risk in Policymaking: Understanding Public Health Debates. Palgrave Pivot, Springer Nature Switzerland. 2020.
- 28 Wu X, Howlett M, Ramesh. Policy Capacity and Governance; Assessing Governmental Competences and Capabilities in Theory and Practice. Palgrave Macmillan, Springer Nature. 2018.
- 29 Senastri NMJ, Suryani LP. Fungsi Naskah Akademik (NA) Dalam Pembentukan Rancangan Peraturan Daerah. *J Kertha Wicaksana.* 2018; 12: 38–45.
- 30 Rambi RMA. Kedudukan dan Fungsi Naskah Akademik Dalam Pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota Menurut UU No. 12 Tahun 2011. *Lex Crim J.* 2016; V: 22–30.
- 31 Stewart J, Hedge D, Lester J. Public Policy: An Evolutionary Approach. Third Edit. Thompson Wadsworth Corp: Boston. 2008.
- 32 Béland D, Howlett M. The Role and Impact of the Multiple-Streams Approach in Comparative Policy Analysis Introduction The Role and Impact of the Multiple-Streams Approach in Comparative Policy Analysis. *J Comp Policy Anal Res Pract.* 2016; 18: 221–227.
- 33 Weible CM, Schlager E. The Multiple Streams Approach at the Theoretical and Empirical Crossroads: An Introduction to a Special Issue. *Policy Stud J.* 2016; 44: 1–5.
- 34 Cairney P, Kwiatkowski R. How to Communicate Effectively with Policymakers: Combine Insights from Psychology and Policy Studies. *Palgrave Commun J.* 2017; 3: 1–8.
- 35 Lotrecchiano GR, Kane M, Zocchi MS, Gosa J, Lazar D, Pines JM. Bringing Voice in Policy Building; A Cross-Population Multi-Stakeholder Conceptual Model for Management of Acute Unscheduled Care in the United States Using Group Concept Mapping. *J Leadersh Heal Serv.* 2017; 30: 272–308.
- 36 Alexandrova P, Rasmussen A, Toshkov D. Agenda responsiveness in the European Council: public priorities, policy problems and political attention. *West Eur Polit J.* 2015; 2382: 1–23.
- 37 Amaro H. Four Priorities to Guide a Public Health of Consequence Public. *AJPH.* 2017; 107: 671–672.

