

IDENTIFIKASI STAKEHOLDER UNTUK MENYUSUN DESAIN KOLABORASI DALAM KESEHATAN MATERNAL (Studi Kasus Kabupaten Bantul)

¹Teguh Budi Prasetya, ¹Prihastuti, ¹Sylvi Wafda Nur Amellia

¹Stikes Akbidyo Yogyakarta

e-mail korespondensi: teguhbudiprasetya@gmail.com

ABSTRAK

Kesehatan maternal merupakan salah satu tolok ukur utama dalam mengevaluasi mutu layanan kesehatan dan keberhasilan pembangunan di sektor kesehatan suatu negara. Kesehatan maternal mencakup tidak hanya keselamatan ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan setelah melahirkan, tetapi juga menggambarkan sejauh mana sistem kesehatan mampu memberikan akses, layanan yang efektif, serta menjalin kerja sama antara berbagai pihak yang berkepentingan. Meskipun berbagai upaya intervensi telah dilakukan, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih menjadi permasalahan serius. Data dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan bahwa AKI di Indonesia mencapai 189 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini masih belum mencapai target yang ditetapkan dalam RPJMN 2020–2024 yaitu sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup.

Mengidentifikasi secara cermat berbagai stakeholder kesehatan maternal tidak hanya bermanfaat untuk melihat seberapa luas dukungan komponen bangsa terhadap isu kesehatan maternal, namun juga bermanfaat untuk mendesain kolaborasi antar stakeholder dalam mempercepat capaian target kesehatan maternal.

Data dikumpulkan dengan metode depth-interview, dilengkapi dengan data sekunder dan observasi terhadap sejumlah informan yang dipilih berdasarkan prinsip purposive sampling. Data yang masuk di analisis dengan teknik analisis deskriptif. Hasilnya, teridentifikasi setidaknya ada tujuh pihak yang berpotensi berkolaborasi, mereka adalah Dinas Kesehatan, RS, Puskesmas, Dinas Kependudukan dan Keluarga Berencana, Pemerintah Kelurahan, Organisasi sosial, perguruan tinggi dan dunia usaha. Masing masing memiliki peran potensial yang bisa dimainkan.

Kata Kunci: kesehatan maternal, stakeholder, kolaborasi

STAKEHOLDER IDENTIFICATION FOR DEVELOPING COLLABORATION DESIGN IN MATERNAL HEALTH (Case Study of Bantul Regency)

ABSTRACT

Maternal health serves as a key indicator in assessing the quality of healthcare services and the success of a country's health development efforts. It encompasses not only the safety of mothers during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, but also reflects the accessibility, effectiveness, and coordination within the healthcare system involving multiple stakeholders. Despite various intervention efforts, maternal mortality remains a significant challenge in Indonesia. According to the 2023 Indonesian Health Survey (SKI), the maternal mortality ratio (MMR) in Indonesia stands at 189 per 100,000 live births, which is still above the national target set in the 2020–2024 National Medium-Term Development Plan (RPJMN), namely 183 per 100,000 live births.

A thorough identification of maternal health stakeholders is essential not only to understand the extent of national support for maternal health issues, but also to design effective stakeholder collaboration to accelerate the achievement of maternal health targets.

"Data were collected using in-depth interviews, complemented by secondary data and observations of several informants selected through purposive sampling. The data were analyzed using descriptive analysis techniques. The results identified at least seven parties with the potential to collaborate: the District Health Office, hospitals, community health centers (Puskesmas), the Population and Family Planning Agency, village government (kelurahan), social organizations, higher education institutions, and the business sector. Each of these stakeholders has a potential role to play."

Keywords: maternal health, stakeholders, collaboration

PENDAHULUAN

Kesehatan maternal merupakan salah satu indikator utama dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dan keberhasilan pembangunan kesehatan suatu negara. Maternal health tidak hanya mencakup keselamatan ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas, tetapi juga mencerminkan aksesibilitas, efektivitas, serta kolaborasi sistem kesehatan yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan (stakeholder).

Meski berbagai intervensi telah dilakukan, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih menjadi tantangan besar. Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, Angka Kematian Ibu di Indonesia masih berada pada angka 189 per 100.000 kelahiran hidup, yang masih jauh dari target RPJMN 2020–2024, yaitu 183 per 100.000 kelahiran hidup. Faktor penyebab kematian ibu umumnya meliputi komplikasi obstetri seperti perdarahan, eklampsia, dan infeksi, yang sebenarnya dapat dicegah dengan sistem rujukan yang baik dan kolaborasi lintas sektor.

Upaya peningkatan kesehatan maternal tidak bisa hanya mengandalkan sektor kesehatan semata. Diperlukan keterlibatan berbagai stakeholder, seperti dinas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi profesi, pemerintah daerah, lembaga swadaya

masyarakat (LSM), komunitas lokal, hingga sektor swasta. Namun, kolaborasi antar pemangku kepentingan ini sering kali bersifat sektoral, tidak terintegrasi, dan belum berdasarkan pada pemetaan peran yang jelas⁽²⁾ Hal ini menyebabkan kebijakan dan program yang dijalankan cenderung tidak sinergis dan kurang berdampak optimal terhadap penurunan AKI.⁽³⁾

Identifikasi stakeholder secara komprehensif sangat penting untuk menyusun desain kolaborasi yang efektif dalam meningkatkan kesehatan maternal. Proses ini mencakup pemetaan aktor-aktor kunci, analisis peran dan kepentingan mereka, serta identifikasi potensi sinergi dan konflik. Dengan demikian, strategi intervensi yang dikembangkan dapat bersifat lebih partisipatif, terkoordinasi, dan berkelanjutan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi stakeholder yang terlibat dalam isu kesehatan maternal serta menyusun desain kolaborasi yang berbasis pada kekuatan dan potensi masing-masing aktor. Hasil dari studi ini diharapkan dapat menjadi landasan dalam merancang model kolaborasi multisektor yang lebih efektif dalam mendukung upaya penurunan angka kematian ibu di Indonesia.

METODE

Penelitian dilakukan di Kabupaten Bantul DIY, dengan pertimbangan Kabupaten ini memiliki problem kesehatan maternal yang serius, secara geografis tidak jauh dari pusat kota Yogyakarta diharapkan dapat memberi gambaran luas yang lebih representatif.

Penelitian dilakukan dengan pendekatan deskriptif analisis, Data dikumpulkan terutama dengan teknik dokumentasi dengan melakukan penelusuran data publik, dan pengambilan data lapangan pada beberapa lembaga yang diamati. Untuk mempertajam data dilakukan dengan teknik interview mendalam terhadap sejumlah informan kunci dari setiap lembaga serta observasi pada sejumlah program kolaboratif. Data yang masuk di kelompokkan berdasar kategori kategori yang dapat menggambarkan kekuatan dan kelemahan para pihak dalam proses kolaborasi. Hasilnya berupa elaborasi potensi stakeholder yang diaati dala program kolaborasi kesehatan maternal di masa mendatang

HASIL PENELITIAN

Kesehatan maternal menurut WHO merujuk pada “kesehatan wanita selama kehamilan, persalinan dan periode postnatal.”⁽²⁾ Senada dengan itu Dwi Hapsari mengemukakan lingkup kesehatan maternal meliputi segala upaya peningkatan kesehatan yang bertujuan tidak sekedar menghindari kematian akibat kehamilan dan persalinan, tetapi termasuk peningkatan kualitas kehidupan selama dan setelah kurun waktu reproduksi.⁽⁴⁾

Lingkup ini dianggap penting karena menyangkut isu yang amat kompleks

dan tidak mudah di selesaikan. WHO mencatat sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2017. Beberapa penyebab yang menurut WHO sering mempengaruhi cedera dan kematian ibu adalah kehilangan darah yang berlebihan, infeksi, tekanan darah tinggi, aborsi yang tidak aman, dan persalinan macet, serta penyebab tidak langsung seperti anemia, malaria, dan penyakit jantung.⁽²⁾

Untuk memahami kompleksitas kesehatan maternal dapat dipergunakan pendekatan sistem. Dalam pendekatan ini ada konsep yang perlu dipahami bagaimana cara pandang system (*system thinking*) itu bekerja. Menurut Anderson dan Johnson, 1977 dalam Patria, 2014⁽⁵⁾ *system thinking* adalah “a school of thought that focuses on recognizing the interconnections between the parts of asystem and synthesizing them into a unified view of the whole”. *System thinking* pada umumnya dipahami sebagai serangkaian alat (a set of tools), sebuah kerangka untuk melihat isu-isu sebagai satu kesatuan yang sistemik (a framework for looking at issues as systemic wholes) dan sebuah bahasa untuk mengkomunikasikan kompleksitas dan saling ketergantungan yang dinamis (a language that offers a way to communicate about dynamic complexities and interdependencies). Oleh karena itu, dalam pandangan sistem, maka kolaborasi yang melibatkan berbagai aktor di luar kesehatan maternal (*stakeholder*) perlu dilakukan, agar terjadi sinergi antar pihak sehingga pelaksanaan program kesehatan maternal dapat lebih efektif.

Secara epistemology, kolaborasi adalah bentuk kerjasama, interaksi, kompromi beberapa elemen yang terkait baik individu, lembaga dan atau pihak-pihak yang terlibat secara langsung dan tidak langsung yang menerima akibat dan manfaat. ⁽⁶⁾ Dalam kemitraan dan kolaborasi juga harus dikembangkan nilai-nilai yang menjadi dasar komitmen bersama (bagian dari kompromi). Nilai-nilai itu diantaranya adalah tujuan bersama, kesamaan persepsi, kemauan untuk berproses, saling memberikan manfaat, kejujuran, kasih sayang serta berbasis masyarakat. ⁽⁶⁾

Dalam perkembangannya, kemitraan atau partnership antara Pemerintah-Swasta dan Pemerintah-pemerintah yang lain menjadi kenyataan yang sesuai dengan tuntutan jaman. Dalam situasi seperti itulah manajemen kolaboratif mutlak harus dilakukan. ⁽⁷⁾

Praktek manajemen kolaboratif menurut Ansell dan Gash memiliki 6 kriteria, *pertama*, forum kolaborasi diinisiasi oleh institusi public, *kedua*, actor dalam forum kolaborasi melibatkan actor non pemerintah, *ketiga*, partisipan terlibat langsung dalam pembuatan kebijakan, *keempat*, forum terorganisir secara formal dan berjalan secara teratur dan rutin, *kelima*, kebijakan yang diambil harus berdasarkan konsensus dan ke enam, kolaborasi berfokus pada kebijakan public atau manajemen public ⁽⁷⁾

Melihat bagaimana pembangunan kesehatan maternal di Kabupaten Bantul di dapat beberapa temuan menarik yang dalam jangka panjang dapat dimanfaatkan untuk memperbaiki pola kolaborasi antar pemangku kepentingan. Dari kegiatan pengumpulan data di lapangan, dapat diidentifikasi beberapa stakeholder

penting dalam kerangka pembangunan kesehatan maternal. Stakeholder tersebut dapat digolongkan dalam 3 kelompok besar yaitu Pemerintahan, Dunia Usaha, dan Organisasi Sosial termasuk di dalamnya para relawan kader kesehatan.

Kelompok Pemerintahan

Termasuk di dalam kelompok ini adalah Dinas Kesehatan, Dinas Kependudukan dan KB, Pemerintah Desa, Kecamatan dan Puskesmas.

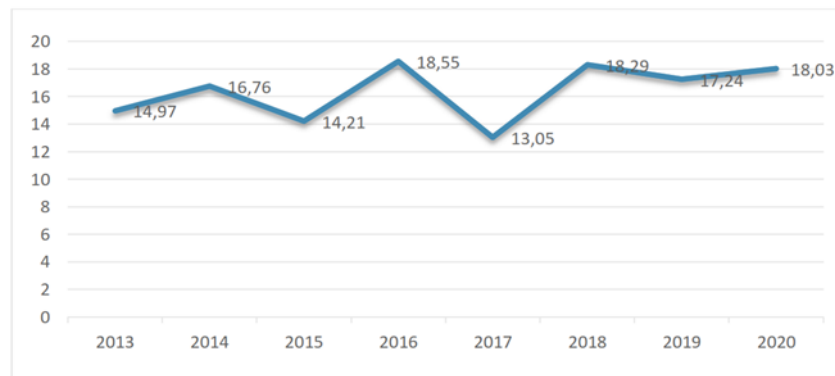
1. Dinas Kesehatan

Sesuai UU no 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah institusi yang paling bertanggungjawab terhadap pelaksanaan kesehatan maternal adalah Dinas Kesehatan. Dinas Kesehatan ini bertugas menyusun program kerja, koordinasi, perumusan kebijakan - regulasi kesehatan, penyelenggaraan program dan pelayanan kesehatan, pengelolaan sumberdaya, pembinaan perangkat di bawahnya, monitoring hingga evaluasi program. Oleh karena itu, secara teknis Kesehatan maternal menjadi tanggungjawab Dinas Kesehatan. ⁽⁸⁾

Dinas Kesehatan juga memiliki kewenangan pendanaan, melalui Anggaran Penerimaan dan Belanja Daerah (APBD). Kewenangan yang luas ini menyebabkan Dinas Kesehatan menjadi institusi utama pendanaan penyelenggaraan kesehatan maternal.

Kemampuan pendanaan ini misalnya terlihat dari besaran APBD yang di alokasikan ke Sektor kesehatan seperti terlihat pada gambar 1.

Gambar 1. Alokasi Anggaran Kesehatan pada APBD 2013-2020 Kab. Bantul



Sumber: Dinkes Kab. Bantul ⁽⁹⁾

Karena kewenangan perencanaan dan pendanaannya, maka dinas ini menjadi institusi yang paling mampu mengeksekusi berbagai program kesehatan maternal.

Dari sisi ketersediaan SDM, Dinas Kesehatan juga memiliki kemampuan yang memadai. Selain alokasi anggaran yang cukup besar Dinas kesehatan juga memiliki perangkat organisasi, SDM (nakes dan Non Nakes) yang memadai. Pada tahun 2021 Dinkes Bantul tercatat memiliki 280 Dokter Spesialis, 57 Dokter Umum, 20 Dokter Spesialis Gizi, 62 Dokter gigi, 92 apoteker, 101 tenaga gizi, 1.489 perawat, 457 bidan, 59 tenaga kesehatan masyarakat dan 75 saniterian.

Dari sisi kelembagaan, pada tahun 2020 Kabupaten Bantul memiliki 10 RSU, 6 RS Khusus, 70 Klinik Pratama, 2 Klinik Utama, 175 Apotek, 27 Puskesmas, 67 Pustu, dan 27 Puskesmas. Semua ada dibawah koordinasi Dinas Kesehatan. ⁽⁹⁾

Dari sisi kompetensi yang dimiliki, Dinas Kesehatan jelas memiliki kompetensi yang tinggi dan lengkap di bidang Kesehatan Maternal. SD Kesehatan dan unit layanan kesehatan

yang tersedia amat membantu meningkatkan kompetensi dinas ini.

Karena tugas dan fungsinya yang cukup lengkap, dari perumusan kebijakan, perencanaan, pendanaan, eksekusi, koordinasi dan monev, maka Dinas Kesehatan merupakan stakeholder terpenting dalam sistem pelayanan kesehatan maternal.

2. Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Masyarakat Desa (DPPKBPMD)

Dinas ini menjalankan tiga fungsi utama pemerintah daerah, yakni pengendalian penduduk, keluarga berencana dan pemberdayaan masyarakat. Persinggungan Dinas ini dengan kesehatan maternal adalah dalam penyelenggaraan keluarga berencana, yang dahulu banyak dijalankan oleh BKKBN.

Jika dilihat tugas dan fungsi yang diemban, dinas ini tidak memiliki kewenangan sebesar Dinas Kesehatan. Pada fokus kegiatan Keluarga Berencana, dinas ini lebih menjalankan fungsi KIE (komunikasi, Informasi dan Edukasi) Keluarga berencana. Dari sisi pendanaan,

instansi ini tidak dapat terlalu diharapkan, karena kesehatan maternal sekedar menjadi salah satu fungsi dari banyak fungsi yang lain.

Kelebihan utama dinas ini adalah pada Tenaga Fungsional KB yang dimiliki di hampir semua wilayah Kabupaten Bantul. Kompetensi teknis yang dimiliki adalah KIE di bidang kesehatan maternal. Dari spesifikasi organisasinya, dapat disimpulkan jika instansi ini bukanlah stakeholder penting dalam kesehatan maternal.

3. RSUD Panembahan Senopati

RSUD ini merupakan salah satu unit pelaksana teknis daerah di bidang kesehatan Kab. Bantul yang paling dominan. Berdiri sejak Tahun 1953 mengakibatkan RS PS memiliki posisi penting dalam sistem pelayanan kesehatan ⁽¹⁰⁾. Melalui Perda No 8 Tahun 2022 RS Panembahan Senopati meningkat statusnya menjadi RS Swadana yang memiliki kemampuan pendanaan relatif mandiri. ⁽¹¹⁾

Dilihat dari struktur organisasinya, kompetensi RSUD dalam pelayanan kesehatan maternal tampak dari tersedianya seorang Kepala Bidang Keperawatan dan Kebidanan yang posisinya ada di bawah Wakil Direktur I dengan tugas utama menyusun kebijakan, mengoordinasikan, membina, dan mengendalikan kegiatan di bidang pelayanan medik, penunjang medik, keperawatan, kebidanan dan penjaminan mutu.

Dari sisi pendanaan, RSUD tidak mengalokasikan anggaran yang besar untuk kesehatan maternal. Karena fokus RSUD ada pada pelayanan teknis, yang pendanaannya sudah didukung oleh BPJS.

Dari sisi ketersediaan sumberdaya, RSUD PS memiliki jumlah tenaga

kesehatan yang cukup banyak. Mereka terdiri dari Obstetri & Ginekologi, Bidan Profesi dan Bidan Vokasi. Sarana penunjang teknis juga tersedia dalam jumlah dan kualitas yang cukup banyak. Dari sisi kewenangan, tugas utama RSUD PS sebagai unit pelaksana teknik tentu lebih kepada pemberian pelayanan kesehatan maternal. Di dalam pelayanan klinis kesehatan maternal, tentu RSUD memiliki SDM kesehatan yang kompeten, serta memiliki sarana dan prasarana pendukung yang amat baik dan lengkap ⁽¹²⁾. Oleh karena itu, peran yang tepat jika dinas ini dilibatkan dalam program kesehatan maternal, tentu yang berkaitan pada tugas tugas pelayanan medis.

Dari paparan di atas terlihat bahwa dengan otonominya, unit ini memiliki kewenangan otonom dibidang perencanaan dan pendanaan. RSUD juga memiliki Sumberdaya yang memadai. Namun karena fokusnya lebih pada pelayanan yang bersifat kuratif, maka unit ini tidak dapat diharapkan untuk menginisiasi kolaborasi dengan pihak pemangku kepentingan yang lain.

Tantangan yang dihadapi RSUD PS adalah beban pekerjaan rutin yang begitu tinggi, sehingga mereka sulit untuk diajak memikirkan upaya upaya mitigasi, perencanaan, monitoring penyelenggaraan kesehatan maternal.

4. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Puskesmas adalah unit pelayanan teknis (UPT) daerah di bidang kesehatan. Secara organisasi Puskesmas berada di bawah komando Dinas Kesehatan. Oleh karena itu Kepala Puskesmas biasanya tidak terlalu memikirkan perumusan kebijakan, karena fungsi itu sepenuhnya

berada di Kepala Dinas, dan Puskesmas tinggal menjalankan beberapa misi yang dimiliki Dinas Kesehatan.

Saat ini Puskesmas telah berkembang menjadi unit layanan kesehatan terdekat dan paling populer di masyarakat. Ini tidak lepas dari perannya sebagai fasilitas kesehatan (faskes)-1 dalam hirarki layanan rujukan BPJS, setara dengan klinik pratama dan dokter praktek swasta.

Menurut statistik kesehatan, di tahun 2020 Kabupaten Bantul tersedia 16 Puskesmas Rawat Inap, 14 Puskesmas non Rawat Inap, 67 Puskesmas Pembantu (Pustu) serta 27 Puskesmas Keliling⁽⁹⁾

Sebagai representasi pemerintah dalam pelayanan kesehatan di tingkat pertama, Puskesmas memiliki tugas dan fungsi yang cukup kompleks. Menurut pasal 7 Permenkes no 43 Tahun 2019 diatur kewenangan Puskesmas memberi layanan kesehatan dasar yang berkesinambungan, bermutu dan holistik (multi disiplin), menyelenggarakan pelayanan kesehatan (terutama) preventif, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berpusat pada keluarga/kelompok masyarakat, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang aman dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan kordinatif (inter – antar profesi), menyelenggarakan pelayanan rekam medis, melakukan monev dan melakukan perencanaan dan peningkatan kompetensi tenaga medis, melaksanakan penapisan rujukan dan melakukan kolaborasi dengan fasyankes di wilayahnya.⁽¹³⁾

Dari deksripsi fungsi dan tugas di atas, nampaknya Puskesmas dapat menjadi pemangku kepentingan yang strategis di level kecamatan/kapanewon. Kolaborasi, kerjasama, pelayanan kesehatan preventif berbasis keluarga adalah kata kunci penting dalam kerangka kolaborasi.

Namun demikian, Puskesmas menghadapi kendala dalam pendanaan. Sebagai UPT (unit pelayanan Teknis) kesehatan, pembiayaan kegiatan (termasuk kolaborasi) harus mengikuti jalur APBD. Artinya tidak ada kewenangan otonomi keuangan pada UPT ini.⁽¹⁴⁾ Dari sisi SDM dan Kelembagaan, Puskesmas sangat siap untuk berkolaborasi, karena mereka memiliki SDM bidang kesehatan. Di Puskesmas setidaknya ada 4-5 dokter per puskesmas, perawat, bidan, sanitarian, tenaga farmasi, promosi kesehatan, laboran dan tenaga non medis. Sarana prasarana juga cukup memadai, Mobil Puskesmas, laboratorium, sarana dan prasarana medis juga lengkap tersedia.

5. Pemerintah Desa/Kelurahan.

Pemerintah Desa dan Pemerintah Kelurahan secara nasional diatur dalam UU no 6 Tahun 2014 tentang Desa⁽¹⁵⁾. Dalam UU ini pada pasal 1 (1) desa dan desa adat dimaknai sebagai atau yang disebut dengan nama lain, selanjutnya disebut Desa, adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul, dan/atau hak tradisional yang diakui dan dihormati dalam sistem

pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Sebagai kepanjangan tangan Bupati, maka Pemerintah Desa/Kelurahan adalah penyelenggara pemerintahan umum; sehingga kesehatan maternal pun dapat menjadi program yang ditangani. Secara spesifik Perda Kab. Bantul no 9 Tahun 2019 ini juga mengatur kewenangan Kelurahan sebagai penjelmaan Desa. Pasal 3 Perda ini menyebutkan bahwa kewenangan Kelurahan Kewenangan terdiri dari kewenangan berdasarkan hak asal usul Kelurahan, kewenangan lokal berskala Kelurahan, dan kewenangan yang ditugaskan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta dan Pemerintah Daerah (Kabupaten); serta kewenangan kewenangan lain yang diberikan berdasarkan peraturan perundang-undangan. Pemerintah Kelurahan juga dapat menerbitkan Peraturan Kelurahan, yang artinya unit ini dapat membuat perencanaan pembangunan (termasuk penanganan kesehatan maternal) di wilayahnya dengan cukup leluasa.

Dari sisi pendanaan, meskipun jumlahnya terbatas, pemerintah kalurahan memiliki APBDes (anggaran penerimaan dan belanja desa). Sehingga unit ini secara teknis cukup leluasa mengelola pendanaan pembangunannya.

Karena keleluasaan ini, beberapa kelurahan di Bantul berhasil membuat program kerja dengan cukup baik. Sebagai contoh, RPJMN Kelurahan Sendangsari misalnya memiliki program Sendangsari Membangun, Sendangsari Sehat, Sendangsari Berbudaya dan Sendangsari Pintar. Sebagai daerah otonom terkecil,

Pemerintah Kelurahan memiliki keleluasaan untuk membangun jejaring dan kolaborasi dengan banyak pihak di wilayah kerjanya⁽¹⁶⁾.

Dari sisi sumberdaya, dibandingkan dengan beban kerjanya sumberdaya yang tersedia tidak terlalu banyak. Dilihat dari struktur organisasi kelurahan, SDM yang menangani kesehatan maternal hanyalah Kaur (kepala urusan) Sosial yang tidak memiliki anak buah. Namun karena jejaring pemerintah kelurahan meluas sampai ke akar rumput, maka dia dapat menjadi modal sosial untuk menginsiasi kolaborasi di level kelurahan/desa.

6. Organisasi Sosial dan Kader Sosial/Kesehatan

Organisasi sosial non pemerintah di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) yang dapat menangani kesehatan maternal potensinya amat besar. PKK, organisasi kemasyarakatan, Kader Kesehatan dan relawan di bidang kesehatan di Bantul amatlah banyak.

Mereka rata rata memiliki kompetensi yang cukup tinggi pada bidangnya dengan etos kerja yang tinggi. Kelemahannya organisasi sosial macam ini memiliki keterbatasan dalam sumberdaya pendukung. Mereka rata rata mengandalkan pendanaan program kerjanya kepada lembaga lain . oleh karena itu organisasi sosial dan kemasyarakatan rata rata sangat terbuka dengan kerjasama / kolaborasi dengan pihak lain. Ini yang menyebabkan organisasi sosial, organisasi massa, para relawan dan kader kesehatan sering menjadi ujung tombak dari berbagai program pemerintah di bidang kesehatan⁽¹⁷⁾.

Kelemahan Ormas dan Kader Kesehatan semacam ini adalah ikatan emosional mereka dengan program sering bersifat transaksional, sehingga ikatan dengan mereka cenderung mudah retak dan susah mendapatkan komitmen tinggi dari mereka.

7. Perguruan Tinggi.

Stakeholder potensial yang berlimpah di DIY, khususnya Kabupaten Bantul adalah Perguruan Tinggi. Perguruan tinggi adalah institusi pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi, yaitu jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program diploma, program sarjana, program magister, program doktor, dan program profesi, serta program spesialis, yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi berdasarkan kebudayaan bangsa Indonesia.

Perguruan tinggi menjalankan fungsi Tridharma Perguruan Tinggi yang terdiri dari Pendidikan dan pengajaran, Penelitian dan Pengabdian pada masyarakat. Dalam konteks kesehatan maternal, pendidikan tinggi dapat menyelenggarakan kegiatan pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dengan fokus kesehatan maternal. Kegiatan tridharma perguruan tinggi dilaksanakan secara kolaboratif antara Dosen, mahasiswa dan siswa.

Data pada laman LLDIKTI Wil. V, tercatat bahwa di DIY terdapat 99 perguruan tinggi dalam berbagai bentuk (Universitas, Sekolah Tinggi, Institut, Akademi, Politeknik), dengan 784 buah Program Studi dan 7.218 Dosen serta 215.093 mahasiswa ⁽¹⁸⁾. Jumlah ini tentu menggambarkan potensi yang sangat besar untuk

dimanfaatkan dalam upaya peningkatan kesehatan maternal.

Dari sisi kompetensi, dosen dan mahasiswa kesehatan yang ada tentu memiliki kompetensi yang bagus, terutama untuk kegiatan komunikasi, edukasi dan informasi kesehatan. Dengan kewajibannya menjalankan Tridharma Perguruan Tinggi para dosen dan mahasiswa akan menjadi potensi amat besar untuk berkolaborasi dengan stakeholder kesehatan maternal lainnya. Keunggulan lain Perguruan Tinggi adalah kemampuan mereka membangun jejaring, menyusun konsep, kebijakan, program dan kegiatan di lingkup kesehatan maternal.

Namun demikian ada beberapa kelemahan atau lebih tepat tantangan yang dimiliki perguruan tinggi untuk menjadi stakeholder kesehatan maternal, yaitu pendanaan dan kewenangan menentukan agenda kesehatan masyarakat. Pendanaan perguruan tinggi terutama dialokasikan ke proses pembelajaran, pendidikan, dan penelitian. Kalaupun ada, alokasi di bidang Pengabdian kepada Masyarakat harus berbagi dengan fokus dan tema-tema lain.

8. Dunia Usaha

Potensi lain untuk memperoleh dukungan terhadap pembangunan kesehatan maternal datang dari Dunia Usaha (bisnis).

Dunia usaha atau sering disebut dengan bisnis adalah kegiatan ekonomi yang dilakukan oleh masyarakat dalam berbagai bentuk kelembagaannya. Menurut Undang Undang no 20 Tahun 2008 tentang Usaha Mikro, Usaha Kecil, Usaha Menengah dan Usaha Besar/UMKM dunia usaha adalah

Usaha Mikro, Usaha Kecil, Usaha Menengah, dan Usaha Besar yang melakukan kegiatan ekonomi di Indonesia dan berdomisili di Indonesia.” (Pasal 1 Angka 5 UU Nomor 20 Tahun 2008 Tentang Usaha Mikro, Kecil, Dan Menengah). Kegiatan ekonomi ini meliputi kegiatan produksi, distribusi dan konsumsi untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. ⁽¹⁹⁾ Tujuan utama didirikannya dunia usaha adalah untuk mendapatkan profit atau keuntungan; sehingga ukuran terpenting untuk menilai kinerja dunia usaha adalah “*profitability*” atau kemampuan menghasilkan profit bagi pemiliknya.

Dunia usaha dewasa ini sudah menjadi entitas yang berpengaruh besar terhadap kehidupan masyarakat. David C. Kohen, seorang profesor sekolah bisnis Harvard, bahwa dunia bisnis selama setengah abad terakhir telah berkembang menjadi institusi paling berkuasa di planet ini. Kekuasaan pelaku bisnis yang begitu dominan

tersebut mau tidak mau pasti mengandung risiko yang tidak kecil karena sepak terjang mereka terutama perusahaan yang telah meraksakan akan memberi dampak signifikan terhadap kualitas tidak saja manusia sebagai individu dan kelompok, juga terhadap lingkungan alam di jagat raya ini. ⁽²⁰⁾

Di Indonesia pengaruh besar dunia usaha terhadap kehidupan semakin meningkat tatkala konsep “*green economy*” dan “*corporate social responsibility*” sebagaimana diadopsi dalam UU No 40 tahun 2007 diterima secara meluas. ⁽²⁰⁾ . Dunia usaha selain mengejar “profit” sebagaimana menjadi watak utamanya, juga bertanggungjawab kepada kelestarian lingkungan hidup dan kehidupan sosial disekitarnya.

Di Kabupaten Bantul, dunia usaha juga berkembang cukup luas. Data yang diperoleh dari Dinas Koperasi dan UKM, pada tahun 2020 terdapat pada gambar 2.

Gambar 2. Kapasitas Kegiatan Dunia Usaha Kab Bantul 2020

Sub Sektor Industri <i>Subsector of Industry Usaha</i>	Jumlah Usaha <i>Manufactory</i>	Tenaga Kerja (Orang) <i>Employee (Person)</i>	Nilai Produksi (ribu Rp) <i>Production Value (thousand)</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
1. Pengolahan Pangan/ <i>Manufacture of Food</i>	9 821	31 431	71 938 000
2. Sandang dan Kulit/ <i>Clothing and Leather</i>	1 234	8 342	21 616 000
3. Kerajinan Umum/ <i>Handicraft</i>	8 789	30 874	96 180 000
4. Kimia dan Bahan Bangunan <i>Chemical and Materials</i>	3 522	30 214	62 010 000
5. Logam dan Jasa/ <i>Metal and Services</i>	1 576	3 502	18 022 000
Bantul	24 942	104 363	269 766 000

Sumber/Source: Dinas Koperasi, Usaha Kecil Menengah, dan Perindustrian Kab. Bantul/ *Office of Cooperatives, Small and Medium Enterprises, and Industry of Bantul Regency*

Melihat data pada gambar 2, dan dikombinasikan dengan tanggungjawab sosial dunia usaha, maka potensi dunia usaha untuk ditarik sebagai salah satu

pemangku kepentingan kesehatan maternal tentu cukup besar.

Kendalanya, dunia usaha biasanya tidak memiliki SDM, sarana dan

prasarana yang relevan dengan kebutuhan kesehatan maternal. Satu satunya kekuatan dunia usaha adalah kekuatan pendanaannya. Sesuai dengan karakternya dunia usaha juga cenderung mengalokasikan CSR nya kepada kegiatan kegiatan yang “*related*” dengan bisnis utama mereka. Oleh karena itu tantangan utama untuk berkolaborasi dengan dunia usaha adalah meyakinkan mereka bahwa

kegiatan pembangunan kesehatan maternal *related* dengan kepentingan mereka seagait institusi bisnis.

SIMPULAN

Membaca temuan penelitian di atas maka dapat diidentifikasi stakeholder yang berpotensi menjadi mitra jejaring pembangunan kesehatan maternal di Kabupaten Bantul yang secara ringkas dapat dilihat di tabel 1.

Tabel 1. Identifikasi Stakeholder Kesehatan Maternal

	Institusi	Isu yang ditangani	Kewenangan regulasi perencanaan	Kemampuan Pendanaan	Kemampuan Eksekusi	Ketersediaan SDM dan kelembagaan	Kompetensi di kesehatan maternal	Peluang Kolaborasi
1	Dinas Kesehatan	Semua isu kesehatan maternal	Kuat dan lengkap karena menjadi Tugas utama	Kuat, melalui APBD	Tinggi, terutama ketika isu menjadi prioritas pembangunan	Kelembagaan dan SDM tersedia	Tinggi sebagai perumus kebijakan	Menjadi inisiator
2	DPPKBPM	Pengendalian penduduk	Koordinasi dan Perencanaan program	Fokus pada pengendalian penduduk dan KB	KIE, movev	Tenaga penyuluh / KIE	Kuat pada level narasi	Bagus untuk KIE dan movev
3	RSUD	Penanganan klinis kesehatan maternal	Terbatas,	Terbatas	Kuat pada fungsi penanganan klinis	SDM banyak, dan kompeten	Terbatas pada penanganan klinis	Pendukung, menangani problem klinis
4	Puskesmas	Semua isu kesehatan maternal	Lemah, sekedar menjalankan fungsi eksekusi	Terbatas, melalui mekanisme APBD	Kemampuan tinggi untuk tingkat layanan dasar	SDM nakes dan non nakes relatif lengkap	Kompetensi bagus sesuai level kewenangannya	Bisa menjadi inisiator, dan eksekutor di level Kapanewon
5	Pemerintah Desa	Semua isu kesehatan maternal, khususnya gizi buruk dan stunting	Perencanaan berbasis kebutuhan riil masyarakat, bagus dalam hal koordinasi dan fasilitasi	Pendanaan tersedia dalam jumlah yang terbatas	Kuat pada fungsi koordinasi, fasilitasi	SDM terkait kesehatan hanya Kaur Sosial	Kordinatif dan fasilitasi, serta mobilisasi masyarakat	Koordinator, eksekutor, fasilitator dan mobilisator
6	Ormas/LMD	Semua isu, sesuai kebutuhan Program	Tidak ada,	Amat terbatas	Cukup baik melaksanakan tugas teknis	Cukup banyak tersedia di masyarakat	Cukup/perlu di tingkatkan	Eksekutor, terutama KIE dan pendampingan
7	Perguruan Tinggi	Semua isu	Tidak ada	Rendah	Tinggi, dan kompeten	Besar dalam bentuk Tenaga Dosen dan Mahasiswa	Tinggi dalam pengembangan konsep dan kolaborator	Kolaborator, komunikator asistensi, dan KIE
8	Dunia Usaha	Tergantung pada <i>approach</i>	Tidak ada	Besar, namun terelasi keuntungan korporasi	rendah	Rendah	rendah	sponsorship

Masing masing stakeholder memiliki karakteristik yang berbeda satu dengan yang lain. Namun demikian ada beberapa stakeholder yang cukup dominan karena memiliki kewenangan yang lengkap, kemampuan pendanaan, serta memiliki sumberdaya yang cukup kuat; sehingga mereka dapat menjadi kolaborator di levelnya masing masing. Mereka adalah

Dinas Kesehatan, Pemerintah desa dan Puskesmas.

Perguruan tinggi, organisasi sosial dan Kader kesehatan berpotensi mengambil peran di bidang komunikasi, edukasi dan informasi; sedangkan dunia usaha dan beberapa organisasi volunteer dapat mengambil peran di bidang pendanaan dan kampanye program.

DAFTAR PUSTAKA

1. **Grantham S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B.** *Development Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries*. Lancet : Lancet, 2007.
2. **World Health Organization.** World Health Organization. [Online] Juli 2018. https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1.
3. *Pelayanan Kesehatan Maternal dalam Akselerasi Penurunan Maternal Mortality.* **Luluk Hidayah, Oktia Woro Kasmini Handayani, Dyah Rini Indriyanti.** 2016, Pubic Health Perspective Journal 1 (1).
4. *Maternal Health Index as an indicator of Live Births.* **Dwi Hapsari T, Puti Sari HI, Lely Indrawati.** 2015, Jurnal Ekologi Kesehatan Vol 14 No 3 , pp. 259-272.
5. *Tinjauan Sistem dan Elemen Pariwisata di Kabupaten Badung, Bali, melalui Sistem Pariwisata Leiper.* **Patria, Teguh Amor.** 2014, Binus Business Review, Vol 5 No.1, pp. 66-79.
6. *Jejaring untuk Membangun Kolaborasi Sektor Publik .* **Haryono, Nanang.** 2012, Jejaring Adinistrasi Publik, Th IV, No1.
7. **Dwiyanto, Agus.** *MANAJEMEN PELAYANAN PUBLIK: Peduli Inklusi dan Kolaborasi.* Yogyakarta : Gadjahmada University Press, 2010.
8. **BPK, JDIH.** *DATA BASE PERATURAN . uu nO 23 TAHUN 2024 Tentang Pemerintahan Daerah.* [Online] BPK , 2024. [Cited: 12 12, 2025.] <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38685/uu-no-23-tahun-2014>.
9. **Dinas Kesehatan Kab Bantul.** *Profil Kesehatan Kabupaten Bantul Tahun 2020.* Bantul , DIY : s.n., April 14, 2021.
10. **Pemerintah Daerah Kab. Bantul.** *Pemerintah Daerah Kabupaten Batul .* [Online] April 4, 2022. <https://dinkes.bantulkab.go.id/hal/tugas-dan-fungsi>.
11. **JDIH BPK.** *Penyertaan Modal Daerah pada Badan Usaha Milik Daerah. BPK.* [Online] September 30, 22. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/231926/perda-kab-bantul-no-8-tahun-2022>.
12. **Pemerintah Kabupaten Bantul.** *Perbup No 178 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Dan Tata Kerja RSUD Panembahan Senopati .* Bantul, DIY : s.n., April 8, 2022.
13. **BPK RI.** *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas. Data base Peraturan .* [Online] Oktober 16, 2019. [Cited: Juni 10, 2024.] <https://peraturan.bpk.go.id/Details/138635/permenkes-no-43-tahun-2019>.
14. **JDIH BPK .** *Peraturan Bupati (PERBUP) Kabupaten Bantul Nomor 107 Tahun 2020 Tentang Tarif Layanan BLU Puskesmas. DATABASE PERATURAN .* [Online] September 17, 2020. [Cited: Oketober 12, 2024.] <https://peraturan.bpk.go.id/Details/283195/perbup-kab-bantul-no-107-tahun-2020>.
15. **BPK RI.** *Undang-undang (UU) Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa. DATABASE PERATURAN .* [Online] Januari 2014, 2014. [Cited: Oktober 14, 2024.] <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38582/uu-no-6-tahun-2014>.
16. **Kalurahan Sendangsari.** *Kalurahan Sendangsari, Kapanewon Pajangan Kab. Bantul .* [Online] April 25, 2022.

<https://sendangsari.bantulkab.go.id/firs-t/artikel/1073>.

17. *Kinerja Kader Kesehatan dalam Pelayanan Posyandu di Kabupaten Kudus*. **Ika Tristanti., Fania Nurul Khoirunissa.** 2018, Jurnal Ilmu Keperawatan dan Ilmu Kebidanan Vol 9 no 2, pp. 192 - 199.

18. **LLDIKTI WILAYAH V.** <https://lldikti5.id/evira/frontpage>. [Online] 5 3, 2025. <https://lldikti5.id/evira/frontpage>.

19. *PRAKTIK CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY (CSR)* . **Gina Bunga Nayenggita, Santoso Tri Raharjo, Risna Resnawaty.** 2019, Jurnal Pekerjaan Sosial Vol. 2 No: 1, pp. 61-66.

20. *Bisnis dan Tanggungjawab Sosial*. **Triastity, Rahayu.** 2010, Jurnal Ekonomi dan Kewirausahaan Vol. 10, No. 1, April 2010 , pp. 32 - 41.

