

ADVOKASI KESEHATAN



PENULIS :

MOHAMAD SADLI
LILI AMALIAH

ADVOKASI KESEHATAN

**Penulis :
Mohamad Sadli
Lili Amaliah**



GET PRESS INDONESIA

ADVOKASI KESEHATAN

Penulis :

Mohamad Sadli
Lili Amaliah

ISBN : 978-634-255-525-5

Editor : Dr. Oktanis, M.Biomed.

Desain Sampul dan Tata Letak : Mila Sari, M. Si.

PENERBIT : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat
website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juni 2026

Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya buku *Advokasi Kesehatan* ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Buku ini hadir sebagai salah satu upaya untuk menyediakan sumber belajar yang komprehensif, sistematis, dan aplikatif dalam memahami konsep serta praktik advokasi di bidang kesehatan masyarakat.

Advokasi kesehatan merupakan bagian penting dalam pembangunan kesehatan karena berperan dalam memengaruhi kebijakan, membangun dukungan publik, serta mendorong perubahan sosial yang berorientasi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Dalam praktiknya, advokasi kesehatan tidak hanya membutuhkan kemampuan komunikasi, tetapi juga pemahaman tentang kebijakan publik, analisis situasi, penggunaan data berbasis bukti, strategi media, hingga kemampuan membangun jejaring dan mobilisasi masyarakat.

Buku ini disusun untuk membantu mahasiswa, akademisi, praktisi kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan, maupun pemerhati isu kesehatan dalam memahami berbagai aspek advokasi kesehatan secara menyeluruh. Materi dalam buku ini mencakup konsep dasar advokasi kesehatan, sistem kebijakan publik di Indonesia, identifikasi masalah dan analisis situasi, stakeholder mapping dan power analysis, evidence-based advocacy, teknik komunikasi dan negosiasi, penyusunan policy brief, analisis studi kasus advokasi kesehatan, media dan advokasi digital, kampanye sosial, advokasi berbasis komunitas, etika dan risiko dalam advokasi, hingga monitoring dan evaluasi advokasi.

Penyusunan buku ini diharapkan mampu memberikan landasan teoritis sekaligus keterampilan praktis bagi pembaca dalam merancang dan melaksanakan kegiatan advokasi kesehatan yang efektif, strategis, dan beretika. Selain itu, contoh kasus dan

pendekatan kontekstual yang disajikan diharapkan dapat membantu pembaca memahami dinamika advokasi dalam berbagai isu kesehatan di masyarakat.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih memiliki berbagai keterbatasan dan kekurangan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi penyempurnaan buku ini di masa mendatang. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat serta menjadi referensi yang berguna dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan praktik advokasi kesehatan di Indonesia.

Padang, Mei 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB 1 KONSEP DASAR ADVOKASI KESEHATAN	1
1.1 Pengertian Advokasi Kesehatan.....	2
1.2 Sejarah Singkat Perkembangan Advokasi Kesehatan.....	4
1.3 Perbedaan Advokasi, Promosi Kesehatan, dan Kampanye Sosial	5
1.4 Advokasi dalam Kesehatan Masyarakat.....	7
1.5 Tujuan dan Fungsi Advokasi Kesehatan	9
1.6 Level Advokasi Kesehatan	10
1.7 Aktor dan Stakeholder dalam Advokasi Kesehatan.....	11
1.8 Prinsip Dasar Advokasi Kesehatan	12
1.9 Proses Advokasi Kesehatan	13
1.10 Advokasi Berbasis Bukti	14
1.11 Kesalahan Umum dalam Advokasi Kesehatan.....	15
BAB 2 SISTEM KEBIJAKAN PUBLIK DI INDONESIA	17
2.1 Pengertian Kebijakan Publik	19
2.2 Karakteristik dan Bentuk Kebijakan Publik	20
2.3 Sistem Kebijakan Publik di Indonesia.....	22
2.4 Tahapan Proses Kebijakan Publik	24
2.5 Identifikasi Masalah dan Penyusunan Agenda.....	25
2.6 Formulasi Kebijakan	27
2.7 Pengesahan Kebijakan	28
2.8 Implementasi Kebijakan.....	29
2.9 Evaluasi Kebijakan.....	31
2.10 Stakeholder Kebijakan Kesehatan	32
2.11 Peran Kementerian Kesehatan, DPR, DPRD, dan Dinas Kesehatan	33

2.12 RPJMN dan RPJMD dalam Sistem Perencanaan.....	35
2.13 Kebijakan Kesehatan dalam Kerangka Hukum Indonesia	36
2.14 Desentralisasi dan Dampaknya terhadap Kebijakan Kesehatan	38
2.15 Peran Advokasi dalam Proses Kebijakan	39
BAB 3 IDENTIFIKASI MASALAH DAN ANALISIS	
SITUASI	41
3.1 Konsep Identifikasi Masalah dalam Kesehatan Masyarakat	42
3.2 Kriteria Isu Sebagai Masalah Prioritas	43
3.3 Sumber Data dalam Identifikasi Masalah	43
3.4 Analisis Epidemiologi	44
3.5 Diagram Fishbone (Ishikawa) dan Analisis SWOT	46
3.6 Penentuan Prioritas Isu	47
3.7 Menyusun Kesimpulan Awal dan Problem Statement	48
BAB 4 STAKEHOLDER MAPPING DAN POWER	
ANALYSIS.....	50
4.1 Konsep Stakeholder dalam Advokasi Kesehatan.....	51
4.2 Jenis-Jenis Stakeholder dalam Isu Kesehatan	54
4.3 Langkah-Langkah Pemetaan Aktor	55
4.4 Power Analysis: Memahami Kekuatan dalam Kebijakan.....	56
4.5 Dimensi Kekuatan: Formal, Informal, Simbolik, dan Jaringan	57
4.6 Analisis Interest: Memahami Tingkat Kepentingan Aktor	58

4.7 Matriks Power-Interest.....	60
4.8 Stakeholder Mapping pada Kasus Stunting dan Kawasan Tanpa Rokok	61
4.9 Strategi Pendekatan Berdasarkan Posisi Stakeholder	63
4.10 Peran Media dan Opini Publik dalam Peta Aktor	65
4.11 Resistensi, Konflik Kepentingan, dan Manajemen Risiko	66
BAB 5 EVIDENCE-BASED ADVOCACY	68
5.1 Konsep Dasar Evidence-Based Advocacy	70
5.2 Jenis-Jenis Bukti dalam Evidence-Based Advocacy	72
5.3 Sumber Data Surveilans Kesehatan	74
5.4 Membandingkan Data dan Menafsirkan Kesenjangan.....	78
5.5 Mengubah Data Menjadi Narasi Kebijakan.....	79
5.6 Visualisasi Data untuk Advokasi	80
5.7 Bukti Kualitatif dan Cerita Lapangan	81
5.8 Etika Penggunaan Data dalam Advokasi.....	81
BAB 6 TEKNIK KOMUNIKASI DAN NEGOSIASI DALAM ADVOKASI KESEHATAN	84
6.1 Hakikat Komunikasi dalam Advokasi Kesehatan.....	85
6.2 Tujuan Komunikasi Advokasi.....	86
6.3 Komunikasi Persuasif.....	87
6.4 Analisis Audiens dalam Komunikasi Advokasi	89
6.5 Menyusun Pesan Kunci Advokasi	90
6.6 Teknik Lobi	91
6.7 Negosiasi dalam Advokasi Kebijakan.....	93
6.8 Public Speaking dalam Advokasi Kesehatan	95
6.9 Struktur Presentasi Advokasi yang Efektif	96

6.10 Penggunaan Suara, Bahasa Tubuh, dan Visual.....	97
6.11 Komunikasi Krisis dan Menjawab Pertanyaan Sulit.....	97
6.12 Etika Komunikasi dan Negosiasi	98
BAB 7 PENYUSUNAN POLICY BRIEF	100
7.2 Karakteristik <i>Policy brief</i> yang Baik	102
7.3 Posisi <i>Policy brief</i> dalam Siklus Advokasi	103
7.4 Jenis-Jenis <i>Policy Brief</i>	104
7.5 Struktur Umum <i>Policy Brief</i>	105
7.6 Gaya Bahasa dan Teknik Penulisan.....	112
7.7 Visualisasi Data dalam <i>Policy Brief</i>	112
7.8 Etika Penyusunan <i>Policy Brief</i>	113
BAB 8 ANALISIS STUDI KASUS ADVOKASI KESEHATAN	114
8.1 Hakikat Studi Kasus dalam Pembelajaran Advokasi	115
8.2 Langkah Analisis Studi Kasus Advokasi	116
8.3 Kasus 1: Stunting di Kabupaten Pesisir	117
8.4 Kasus 2: Pencemaran Sungai oleh Limbah Industri.....	121
8.5 Kasus 3: Rokok dan Vape pada Remaja.....	124
8.6 Perbandingan Tiga Kasus.....	125
8.7 Menulis Jawaban Studi Kasus secara Akademik.....	126
BAB 9 MEDIA DAN ADVOKASI DIGITAL	128
9.1 Konsep Dasar Media dalam Advokasi Kesehatan.....	129
9.2 Peran Media Massa dalam Advokasi Kesehatan	130
9.3 Jenis Media dan Karakteristiknya	131
9.4 Agenda Setting dan Peran Media dalam Membentuk Prioritas Publik	133

9.5 Media Relations: Membangun Relasi dengan Jurnalis dan Redaksi	134
9.6 Media Sosial sebagai Arena Advokasi Digital.....	135
9.7 Keunggulan dan Keterbatasan Media Sosial untuk Advokasi.....	136
9.8 Strategi Konten dalam Advokasi Digital	137
9.9 Manajemen Isu dalam Advokasi Kesehatan	138
9.10 Framing dalam Advokasi Kesehatan	139
9.11 Influencer, Opinion Leader, dan Komunitas Digital.....	141
9.12 Etika dan Evaluasi dalam Advokasi Digital	142
BAB 10 KAMPANYE SOSIAL DAN MOBILISASI PUBLIK.....	144
10.1 Konsep Kampanye Sosial dalam Advokasi Kesehatan.....	145
10.2 Perbedaan Kampanye Sosial, Promosi Kesehatan, dan Advokasi	146
10.3 Tujuan Kampanye Sosial.....	147
10.4 Tahapan Penyusunan Strategi Kampanye.....	148
10.5 <i>Community Engagement</i>	152
10.7 Hubungan Kampanye, <i>Community Engagement, dan Grassroot Movement</i>	154
10.8 Peran Tokoh Kunci dan Influencer Lokal.....	154
10.9 Perencanaan Aksi Kampanye	155
10.10 Monitoring dan Evaluasi Kampanye	156
10.11 Etika Kampanye Sosial.....	157
BAB 11 ADVOKASI BERBASIS KOMUNITAS.....	158
11.1 Konsep Advokasi Berbasis Komunitas.....	159
11.2 Landasan Teoritis Pendekatan Partisipatif.....	161
11.3 Tahapan Advokasi Berbasis Komunitas	163
11.4 Pemetaan Komunitas dan Analisis Sosial	165

11.5 Peran Tokoh Lokal dan Kepemimpinan Komunitas	166
11.6 Kearifan Lokal sebagai Basis Advokasi	167
11.7 <i>Community Organizing</i> untuk Isu Kesehatan.....	168
11.8 Teknik Fasilitasi dalam Komunitas	169
11.9 Kolaborasi Komunitas dengan Pemerintah dan Lembaga Lain	170
11.10 Risiko dan Tantangan Advokasi Berbasis Komunitas	171
BAB 12 ETIKA DAN RISIKO DALAM ADVOKASI.....	174
12.1 Hakikat Etika dalam Advokasi Kesehatan	175
12.2 Konflik Kepentingan	177
12.3 Etika Profesi Kesehatan Masyarakat.....	180
12.4 Etika Komunikasi Publik dan Penggunaan Media.....	183
12.5 Risiko Advokasi	183
12.6 Dilema Etika dalam Advokasi	186
BAB 13 MONITORING DAN EVALUASI ADVOKASI	188
13.1 Konsep Monitoring dalam Advokasi	189
13.2 Konsep Evaluasi dalam Advokasi	190
13.3 Perbedaan Monitoring dan Evaluasi	191
13.4 Tujuan Monitoring dan Evaluasi dalam Advokasi	192
13.5 Indikator Keberhasilan Advokasi.....	193
13.7 Logika Perubahan dalam Advokasi	196
13.8 Evaluasi Kebijakan Kesehatan.....	197
13.9 Tantangan Monitoring dan Evaluasi Advokasi	199
13.10 Data Kuantitatif dan Kualitatif dalam M&E	199
DAFTAR PUSTAKA.....	201

BAB 1

KONSEP DASAR ADVOKASI KESEHATAN

Kesehatan masyarakat merupakan bidang ilmu dan praktik yang berfokus pada upaya melindungi, meningkatkan, dan mempertahankan kesehatan penduduk melalui tindakan kolektif. Berbeda dengan pelayanan klinis yang menitikberatkan pada individu yang sakit, kesehatan masyarakat memandang populasi sebagai unit utama perhatian. Karena itu, persoalan kesehatan masyarakat hampir selalu bersentuhan dengan struktur sosial dan keputusan publik. Ketika kualitas udara memburuk, sanitasi desa tidak memadai, remaja mudah membeli rokok, atau ibu hamil tidak memperoleh layanan dasar, penyebabnya tidak dapat dijelaskan hanya oleh pilihan pribadi. Terdapat faktor kebijakan, distribusi sumber daya, tata kelola, dan prioritas pembangunan yang ikut menentukan. Dalam kerangka inilah advokasi kesehatan muncul sebagai salah satu instrumen penting untuk menjembatani pengetahuan kesehatan masyarakat dengan arena pengambilan keputusan.

Di banyak negara, termasuk Indonesia, beban penyakit dan ketimpangan kesehatan sering kali mencerminkan ketimpangan kebijakan. Daerah dengan layanan primer yang kuat, anggaran kesehatan yang memadai, dukungan sanitasi, serta koordinasi lintas sektor yang baik cenderung memiliki

hasil kesehatan yang lebih baik. Sebaliknya, masyarakat yang hidup di wilayah dengan kebijakan lemah menghadapi hambatan berlapis. Oleh sebab itu, advokasi kesehatan tidak boleh dianggap sebagai aktivitas tambahan yang hanya diperlukan ketika program gagal. Advokasi justru harus dipahami sebagai mekanisme proaktif untuk memastikan bahwa sistem kebijakan bergerak ke arah yang mendukung kesehatan publik.

Pada tingkat pendidikan tinggi, penguatan kapasitas advokasi sangat relevan bagi Kita sebagai tenaga kesehatan masyarakat. Lulusan kesehatan masyarakat diharapkan tidak hanya mampu mengidentifikasi masalah melalui survei, analisis epidemiologi, atau kajian lingkungan, tetapi juga mampu menerjemahkan temuan tersebut menjadi rekomendasi kebijakan yang dapat dipahami dan diterima oleh pembuat keputusan. Inilah alasan mengapa pemahaman konsep dasar advokasi perlu diletakkan pada bagian awal buku ajar. Tanpa fondasi konseptual yang kuat, Kita berisiko melihat advokasi secara sempit hanya sebagai kegiatan bicara di depan pejabat, padahal sesungguhnya advokasi mencakup analisis, etika, komunikasi strategis, pengorganisasian dukungan, dan pengawasan implementasi.

1.1 Pengertian Advokasi Kesehatan

Secara umum, advokasi adalah upaya terencana untuk memengaruhi kebijakan, keputusan, dan tindakan aktor yang memiliki kewenangan agar berpihak pada tujuan tertentu. Dalam konteks kesehatan, World Health Organization menyebut advokasi sebagai kombinasi tindakan individu dan sosial yang dirancang untuk memperoleh komitmen politik,

dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan dukungan sistem bagi tujuan kesehatan (WHO, 1998). Definisi ini penting karena menempatkan advokasi bukan semata sebagai keterampilan berbicara, melainkan sebagai tindakan yang terstruktur dan terarah untuk membentuk lingkungan kebijakan yang lebih sehat.

Advokasi kesehatan dapat dilakukan pada berbagai ruang. Di tingkat nasional, advokasi dapat menyasar kementerian, lembaga negara, parlemen, atau perumusan strategi nasional. Di tingkat daerah, advokasi dapat mengarah pada kepala daerah, DPRD, dinas kesehatan, atau dokumen perencanaan seperti RPJMD dan RKPD. Di tingkat institusi, advokasi dapat berbentuk dorongan untuk memperbaiki SOP pelayanan, kebijakan sekolah, kebijakan rumah sakit, atau kebijakan tempat kerja. Dengan demikian, advokasi tidak identik dengan satu format tertentu. Esensinya terletak pada proses memengaruhi keputusan secara sah, etis, dan berbasis bukti.

Dalam praktik kesehatan masyarakat, advokasi juga dapat dipahami sebagai bentuk translasi ilmu. Data prevalensi, tren kejadian penyakit, hasil penelitian, atau laporan surveilans baru akan berdampak luas bila dapat diubah menjadi pesan kebijakan yang jelas. Tanpa proses advokasi, banyak temuan ilmiah berhenti sebagai laporan akademik. Karena itu, advokasi adalah titik temu antara *evidence* dan *action*. Ia menuntut kemampuan untuk memilih bukti yang relevan, menafsirkan maknanya, menghubungkannya dengan kepentingan publik, lalu menyampaikannya dalam bahasa yang dapat memengaruhi keputusan.

Advokasi kesehatan bukan berarti meniadakan pentingnya program promotif atau kuratif. Sebaliknya, advokasi memperkuat efektivitas seluruh upaya kesehatan dengan memastikan bahwa kebijakan, aturan, dan pembiayaan mendukung program. Upaya penurunan stunting, misalnya, memerlukan edukasi keluarga, layanan ibu dan anak, perbaikan sanitasi, ketahanan pangan, dan perlindungan sosial. Keseluruhan elemen tersebut akan lebih berpeluang berhasil bila ada dukungan kebijakan yang jelas. Artinya, advokasi bukan kompetensi terpisah dari kesehatan masyarakat, tetapi bagian integral dari upaya mewujudkan perubahan yang lebih luas dan berkelanjutan.

1.2 Sejarah Singkat Perkembangan Advokasi Kesehatan

Perkembangan advokasi kesehatan tidak dapat dipisahkan dari perkembangan konsep promosi kesehatan dan pendekatan hak atas kesehatan. Pada dekade 1970-an dan 1980-an, banyak negara mulai menyadari bahwa pendekatan medis semata tidak cukup untuk menjelaskan dan mengatasi masalah kesehatan populasi. Konferensi internasional tentang promosi kesehatan, terutama Ottawa Charter for Health Promotion tahun 1986, memberi penekanan kuat bahwa kesehatan dibentuk dalam kehidupan sehari-hari melalui kebijakan publik yang sehat, lingkungan yang mendukung, penguatan tindakan komunitas, pengembangan keterampilan personal, dan reorientasi pelayanan kesehatan. Di sini advokasi memperoleh tempat penting sebagai salah satu strategi promosi kesehatan.

Dalam konteks global, advokasi banyak digunakan untuk isu pengendalian tembakau, HIV/AIDS, kesehatan ibu dan anak, gizi, air bersih, perlindungan kelompok rentan, dan lingkungan sehat. Organisasi profesi, lembaga internasional, jaringan masyarakat sipil, dan komunitas terdampak memainkan peran besar dalam menekan negara agar mengubah kebijakan. Gerakan anti-tembakau merupakan contoh klasik bagaimana advokasi berbasis bukti dapat mengubah regulasi iklan, kemasan, kawasan tanpa rokok, dan fiskal kesehatan di berbagai negara.

Di Indonesia, perkembangan advokasi kesehatan semakin nyata seiring terbukanya ruang demokrasi dan desentralisasi. Pada masa ketika ruang kebijakan lebih tertutup, advokasi cenderung terbatas. Namun, setelah reformasi, kampus, media, organisasi profesi, dan komunitas memiliki ruang lebih besar untuk memengaruhi kebijakan. Advokasi kini menjadi bagian penting dari diskursus kesehatan, baik pada isu sanitasi, jaminan kesehatan nasional, stunting, kesehatan reproduksi, keselamatan kerja, maupun pengendalian penyakit. Meskipun demikian, tantangan tetap besar karena pengambilan keputusan publik masih dipengaruhi oleh kepentingan politik, keterbatasan fiskal, dan ketimpangan kapasitas daerah.

1.3 Perbedaan Advokasi, Promosi Kesehatan, dan Kampanye Sosial

Advokasi, promosi kesehatan, dan kampanye sosial sering berada dalam satu ekosistem intervensi, tetapi masing-masing memiliki fokus yang berbeda. Advokasi bertujuan memengaruhi kebijakan, regulasi, komitmen, atau alokasi

sumber daya. Promosi kesehatan bertujuan meningkatkan kemampuan individu dan komunitas untuk mengendalikan determinan kesehatan melalui pendidikan, pemberdayaan, dan pembentukan lingkungan yang mendukung. Kampanye sosial berorientasi pada peningkatan perhatian, kesadaran, dan partisipasi publik melalui pesan yang luas dan terencana.

Perbedaan ini penting agar tidak keliru menyusun strategi. Ketika masalah terletak pada lemahnya aturan, promosi dan kampanye saja tidak cukup. Sebaliknya, ketika kebijakan sudah baik tetapi praktik masyarakat masih buruk, promosi kesehatan menjadi sangat penting. Kampanye dapat mendukung keduanya dengan meningkatkan visibilitas isu dan memperluas dukungan publik. Dalam praktik terbaik, ketiganya saling menopang: kampanye membangun perhatian, promosi membentuk perilaku, dan advokasi mengubah sistem.

Pada isu DBD, misalnya, promosi kesehatan dapat berupa edukasi 3M Plus, kampanye sosial dapat berupa gerakan serentak dan konten media, sedangkan advokasi dapat mendorong penguatan surveilans, penganggaran pemberantasan sarang nyamuk, dan perbaikan tata kelola lingkungan. Pada isu rokok remaja, promosi dapat berupa pendidikan di sekolah, kampanye membangun opini anti-rokok, dan advokasi untuk mendorong pembatasan iklan serta pengawasan penjualan kepada anak. Dengan memahami perbedaannya, Kita akan lebih cermat memilih alat intervensi sesuai akar masalah.

Tabel 1. 1. Perbedaan Advokasi, Promosi Kesehatan, dan Kampanye Sosial

Aspek	Advokasi	Promosi Kesehatan	Kampanye Sosial
Sasaran	Pembuat kebijakan, institusi, sistem	Individu, keluarga, komunitas	Publik luas
Tujuan	Perubahan kebijakan, regulasi, komitmen, anggaran	Perubahan pengetahuan, sikap, perilaku	Peningkatan kesadaran, perhatian, partisipasi
Instrumen	Policy brief, lobi, audiensi, hearing, koalisi	Penyuluhan, konseling, pendidikan kesehatan	Media massa, event, konten digital, slogan
Indikator	Aturan berubah, anggaran meningkat, SOP diperbaiki	Perilaku sehat meningkat	Jangkauan, engagement, dukungan publik

1.4 Advokasi dalam Kesehatan Masyarakat

Banyak masalah kesehatan masyarakat bertahan karena penyebabnya tertanam dalam struktur sosial dan kebijakan. Lingkungan yang tidak sehat, akses layanan yang timpang, perlindungan sosial yang lemah, dan prioritas anggaran yang tidak adil merupakan contoh determinan yang tidak dapat diubah hanya melalui nasihat perilaku. Masyarakat dapat diberi tahu tentang pentingnya air bersih, tetapi tanpa

investasi infrastruktur air dan sanitasi, pengetahuan tidak cukup. Remaja dapat diberi tahu tentang bahaya rokok, tetapi jika iklan masih agresif dan akses pembelian longgar, risiko tetap tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa advokasi diperlukan untuk menggeser perubahan dari level individu ke level struktural.

Advokasi juga penting karena kebijakan bersifat distributif: ia menentukan siapa mendapatkan apa, kapan, dan bagaimana. Dalam realitas politik, tidak semua kelompok memiliki daya suara yang sama. Kelompok miskin, masyarakat terpencil, penyandang disabilitas, perempuan, anak, dan pekerja sektor informal sering kali kurang terwakili dalam proses kebijakan. Advokasi kesehatan berfungsi memperkuat suara kelompok-kelompok ini agar kepentingan mereka tidak tersisih dalam prioritas pembangunan. Dengan kata lain, advokasi tidak hanya bicara efektivitas kesehatan, tetapi juga keadilan dan hak asasi.

Selain itu, advokasi sangat relevan dalam konteks keterbatasan anggaran. Setiap tahun, pemerintah harus memilih prioritas. Tanpa advokasi yang kuat, isu kesehatan yang penting bisa kalah oleh isu yang lebih populer secara politik atau ekonomi. Karena itu, tenaga kesehatan masyarakat perlu mampu menjelaskan bahwa investasi kesehatan tidak hanya bermanfaat secara medis, tetapi juga berdampak pada produktivitas, kualitas sumber daya manusia, ketahanan sosial, dan pembangunan jangka panjang. Advokasi menolong sektor kesehatan untuk berbicara dalam bahasa yang dipahami pengambil keputusan lintas sektor.

1.5 Tujuan dan Fungsi Advokasi Kesehatan

Tujuan advokasi kesehatan pada dasarnya adalah menghasilkan perubahan keputusan yang mendukung kesehatan masyarakat. Tujuan ini dapat bersifat sempit maupun luas. Tujuan sempit, misalnya mendorong kepala daerah menandatangani surat keputusan tentang pembentukan tim penanggulangan stunting. Tujuan yang lebih luas, misalnya memastikan isu kesehatan ibu dan anak menjadi prioritas daerah selama lima tahun ke depan melalui RPJMD dan APBD. Di dalam praktik, penajaman tujuan advokasi sangat penting karena akan menentukan target, pesan, strategi, dan indikator evaluasi.

Fungsi advokasi dapat dijelaskan dalam beberapa dimensi. Pertama, fungsi agendatif, yaitu membawa isu ke ruang perhatian publik dan pemerintah. Kedua, fungsi persuasif, yakni memengaruhi cara pandang pengambil kebijakan agar melihat masalah secara lebih mendalam dan mendesak. Ketiga, fungsi regulatif, yaitu mendorong terbentuknya atau berubahnya aturan. Keempat, fungsi fiskal, yaitu mendorong dukungan pembiayaan. Kelima, fungsi kontrol sosial, yakni mengawasi implementasi kebijakan dan menagih akuntabilitas. Keenam, fungsi pemberdayaan, yaitu menguatkan suara komunitas terdampak.

Kita perlu menyadari bahwa advokasi tidak selalu identik dengan menciptakan kebijakan baru. Dalam banyak situasi, kebijakan sebenarnya sudah ada, tetapi implementasinya lemah. Maka tujuan advokasi dapat berupa penguatan implementasi, perbaikan SOP, peningkatan kapasitas pelaksana, penegakan aturan, atau evaluasi kebijakan. Dengan demikian, fungsi advokasi tidak hanya

ofensif dalam melahirkan regulasi, tetapi juga defensif dan korektif untuk memastikan kebijakan yang ada benar-benar bekerja.

1.6 Level Advokasi Kesehatan

Advokasi kesehatan dapat dilakukan pada level nasional, daerah, institusional, dan anggaran. Pada level nasional, sasaran advokasi adalah kebijakan makro seperti undang-undang, peraturan pemerintah, strategi nasional, standar layanan, serta pendanaan pusat. Isu yang umum di level ini adalah JKN, cukai rokok, strategi penurunan stunting, penguatan puskesmas, dan reformasi sistem kesehatan. Advokasi pada level ini biasanya memerlukan data nasional, jejaring yang luas, dan pemahaman terhadap proses legislasi serta birokrasi pusat.

Pada level daerah, sasaran advokasi lebih dekat dengan kebutuhan lokal. Perda, peraturan kepala daerah, RPJMD, APBD, serta kebijakan teknis Dinas Kesehatan merupakan arena penting. Banyak isu kesehatan masyarakat justru lebih efektif diadvokasi pada level ini karena implementasi program terjadi di daerah. Misalnya, pengelolaan sampah, sanitasi desa, kawasan tanpa rokok lokal, penataan pedagang sekitar sekolah, atau prioritas intervensi stunting sering sangat bergantung pada keputusan kepala daerah dan DPRD.

Pada level institusi, advokasi menyoroti kebijakan operasional di rumah sakit, puskesmas, sekolah, tempat kerja, pesantren, atau organisasi kemasyarakatan. Contohnya adalah SOP pelayanan ramah remaja, kebijakan sekolah sehat, tata kelola limbah medis, atau ruang laktasi. Adapun level

anggaran memotong semua level tadi karena kebijakan tanpa dukungan pembiayaan sering tidak berjalan. Karena itu, advokasi kesehatan yang baik selalu mempertanyakan bukan hanya apa regulasinya, tetapi juga siapa yang membiayai, berapa besar, untuk apa, dan bagaimana akuntabilitasnya.

1.7 Aktor dan Stakeholder dalam Advokasi Kesehatan

Setiap isu advokasi melibatkan aktor yang berbeda-beda. Pemerintah adalah aktor formal dengan kewenangan membuat dan menjalankan kebijakan. Namun, pemerintah sendiri tidak homogen. Kementerian, dinas, DPR, DPRD, kepala daerah, dan unit teknis dapat memiliki kepentingan, keterbatasan, dan perspektif yang berbeda. Karena itu, advokasi menuntut kemampuan memetakan aktor: siapa yang berwenang memutuskan, siapa yang dapat memengaruhi keputusan, siapa yang menjadi pelaksana, siapa yang mendukung, dan siapa yang berpotensi menolak.

Akademisi memegang peran penting sebagai penyedia bukti dan penjaga kualitas analisis. Organisasi profesi menyediakan legitimasi teknis dan etis. Media membentuk opini publik dan meningkatkan visibilitas isu. Lembaga swadaya masyarakat dan komunitas dapat memperkuat tekanan sosial, mengorganisasi warga, dan mengawasi implementasi. Sektor swasta dapat menjadi mitra ketika kepentingannya sejalan, tetapi juga bisa menjadi penghambat jika kebijakan dianggap mengganggu bisnis. Pada isu tembakau, makanan ultra-proses, atau pencemaran industri, misalnya, analisis aktor menjadi sangat penting karena konflik kepentingan sering kuat.

Stakeholder mapping membantu advokat menentukan strategi pendekatan yang tepat. Aktor dengan power tinggi dan interest tinggi perlu dilibatkan intensif. Aktor dengan power tinggi tetapi interest rendah perlu diyakinkan dengan data, framing, dan argumen yang relevan dengan prioritas mereka. Aktor dengan power rendah tetapi interest tinggi bisa menjadi basis dukungan sosial. Pemetaan ini membuat advokasi lebih realistis dan terarah, sekaligus menghindari pendekatan seragam terhadap semua pihak.

1.8 Prinsip Dasar Advokasi Kesehatan

Prinsip pertama advokasi kesehatan adalah berbasis evidence. Artinya, klaim yang disampaikan harus bertumpu pada data yang dapat diverifikasi, relevan, dan cukup mutakhir. Riskesdas, profil kesehatan, surveilans, penelitian lokal, audit, dan pengalaman komunitas dapat menjadi sumber data yang saling melengkapi. Prinsip ini penting karena legitimasi advokasi sangat bergantung pada kualitas bukti. Ketika advokasi dibangun atas angka yang salah atau dibesar-besarkan, kepercayaan publik dan pembuat kebijakan dapat hilang.

Prinsip kedua adalah orientasi pada kepentingan publik dan keadilan. Advokasi kesehatan harus memihak pada perlindungan, pemerataan, dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat, terutama kelompok rentan. Prinsip ketiga adalah kejujuran dan transparansi. Sumber data, keterbatasan analisis, serta konflik kepentingan harus disampaikan secara terbuka. Prinsip keempat adalah partisipasi. Komunitas yang terdampak tidak boleh hanya dijadikan pelengkap atau objek foto, tetapi perlu terlibat

bermakna dalam identifikasi masalah, penentuan prioritas, dan penyusunan solusi.

Prinsip kelima adalah non-diskriminasi dan penghormatan hak asasi manusia. Advokasi tidak boleh memperkuat stigma terhadap kelompok tertentu. Prinsip keenam adalah keberlanjutan. Perubahan kebijakan yang baik harus dipikirkan dampak jangka panjang, kapasitas implementasi, dan konsistensinya. Prinsip ketujuh adalah akuntabilitas. Advokat harus siap mempertanggungjawabkan pilihan data, strategi, dan rekomendasi yang diajukan. Jika prinsip-prinsip ini dijalankan secara konsisten, advokasi tidak hanya efektif, tetapi juga bermartabat dan dapat dipercaya.

1.9 Proses Advokasi Kesehatan

Proses advokasi kesehatan secara umum dimulai dengan identifikasi masalah. Pada tahap ini, advokat perlu memastikan bahwa isu yang diangkat benar-benar penting, relevan, dan dapat ditindaklanjuti dalam ruang kebijakan. Identifikasi masalah harus didukung oleh analisis epidemiologi, konteks sosial, serta pembacaan terhadap determinan utama. Setelah masalah dipahami, langkah berikutnya adalah pengumpulan dan pengolahan bukti. Bukti tidak hanya menjelaskan besarnya masalah, tetapi juga menunjukkan siapa yang terdampak, apa dampaknya, dan mengapa keputusan tertentu diperlukan.

Langkah berikutnya adalah menentukan target kebijakan. Advokasi akan gagal bila diarahkan kepada pihak yang tidak memiliki kewenangan. Karena itu, penting untuk menjawab: siapa yang dapat mengubah situasi? Apakah

DPRD, kepala daerah, dinas kesehatan, kementerian, sekolah, atau rumah sakit? Setelah target jelas, advokat menyusun strategi, termasuk pemilihan pesan, media, mitra, bentuk dokumen, serta waktu yang tepat. Policy brief, audiensi, diskusi publik, konferensi pers, kampanye digital, dan koalisi lintas sektor adalah beberapa alat yang umum digunakan.

Setelah strategi dijalankan, advokasi harus dipantau dan dievaluasi. Apakah target merespons? Apakah komitmen muncul? Apakah kebijakan berubah? Apakah anggaran bergerak? Apakah implementasi berjalan? Evaluasi penting untuk mencegah advokasi berhenti pada pernyataan simbolik. Dalam praktik, proses ini jarang linier. Sering kali advokat perlu kembali mengumpulkan data baru, memperbaiki framing, atau memperluas koalisi. Karena itu, proses advokasi sebaiknya dipahami sebagai siklus pembelajaran yang adaptif.

1.10 Advokasi Berbasis Bukti

Advokasi berbasis bukti merupakan inti dari profesionalisme kesehatan masyarakat. Penggunaan bukti membuat advokasi tidak terjebak pada opini, asumsi, atau sekadar momentum media. Bukti dapat berupa data kuantitatif seperti prevalensi, insidensi, cakupan layanan, tren anggaran, atau perbandingan antarwilayah. Bukti juga dapat berupa data kualitatif seperti wawancara masyarakat, hasil observasi lapangan, catatan pengaduan, dan pengalaman kelompok terdampak. Keduanya penting karena kebijakan membutuhkan angka sekaligus konteks.

Namun, bukti tidak otomatis persuasif. Data harus diterjemahkan ke dalam narasi kebijakan yang relevan. Angka stunting 28 persen akan lebih kuat bila dijelaskan sebagai ancaman terhadap kualitas SDM, beban ekonomi, dan indikator ketimpangan pembangunan. Data kepadatan perokok remaja akan lebih berpengaruh bila dihubungkan dengan kemudahan akses produk, agresivitas iklan, dan lemahnya regulasi lokal. Artinya, advokasi berbasis bukti juga menuntut kemampuan framing: memilih sudut pandang yang paling bermakna bagi audiens sasaran.

Kita juga perlu belajar membaca data secara kritis. Pertanyaan penting meliputi: apa definisi indikator yang digunakan, kapan data dikumpulkan, siapa sumbernya, apakah ada potensi bias, dan apakah data nasional sesuai dengan kondisi lokal? Sikap kritis ini mencegah penggunaan data secara serampangan. Dalam kebijakan publik, bukti yang baik bukan hanya yang angkanya besar, tetapi yang valid, relevan, dan dapat dipertanggungjawabkan.

1.11 Kesalahan Umum dalam Advokasi Kesehatan

Kesalahan pertama yang sering terjadi adalah mengangkat isu tanpa data yang cukup. Akibatnya, advokasi mudah dipatahkan sebagai opini. Kesalahan kedua adalah salah menentukan target. Banyak orang menyampaikan tuntutan kepada pihak yang tidak memiliki kewenangan, sehingga energi habis tanpa hasil. Kesalahan ketiga adalah menggunakan bahasa yang terlalu teknis atau terlalu umum. Pesan yang tidak disesuaikan dengan audiens akan sulit memengaruhi keputusan.

Kesalahan keempat adalah tidak membangun koalisi. Advokasi yang dilakukan sendirian cenderung lemah, terutama bila berhadapan dengan struktur kekuasaan yang besar. Kesalahan kelima adalah berhenti setelah kebijakan diumumkan. Padahal implementasi sering menjadi titik paling lemah. Kesalahan keenam adalah mengabaikan etika, misalnya dengan menggunakan data yang tidak valid, menstigmatisasi kelompok tertentu, atau menyembunyikan konflik kepentingan.

Dengan mempelajari kesalahan-kesalahan ini, kita dapat memahami bahwa advokasi bukan hanya soal semangat memperjuangkan isu, tetapi juga soal ketepatan strategi, disiplin data, dan tanggung jawab profesional. Refleksi terhadap kesalahan umum akan membantu menghasilkan advokasi yang lebih matang dan efektif.

BAB 2

SISTEM KEBIJAKAN PUBLIK DI INDONESIA

Kebijakan publik merupakan instrumen utama negara dalam merespons masalah publik, mengarahkan pembangunan, serta mengalokasikan sumber daya yang terbatas untuk tujuan yang dianggap prioritas. Dalam bidang kesehatan, kebijakan publik berfungsi sebagai kerangka normatif dan operasional yang menentukan arah program, distribusi anggaran, penguatan kelembagaan, standar pelayanan, perlindungan kelompok rentan, hingga sistem akuntabilitas pemerintah. Oleh karena itu, kesehatan masyarakat tidak dapat dipisahkan dari proses kebijakan. Derajat kesehatan masyarakat tidak hanya dipengaruhi oleh perilaku individu atau mutu pelayanan kuratif, melainkan juga oleh kualitas keputusan politik dan administratif yang diambil negara di berbagai level pemerintahan.

Dalam konteks Indonesia, banyak persoalan kesehatan yang sifatnya sistemik hanya dapat dijawab secara memadai melalui kebijakan publik. Tingginya stunting, rendahnya akses sanitasi, tingginya paparan asap rokok, ketimpangan mutu pelayanan primer, keterbatasan pembiayaan kesehatan, hingga lemahnya pengawasan lingkungan hidup adalah contoh isu yang tidak bisa diatasi hanya dengan edukasi masyarakat. Semua isu tersebut memerlukan keputusan formal pemerintah mengenai regulasi, pembiayaan, koordinasi lintas sektor, dan pengawasan pelaksanaan

program. Karena itu, Kita sebagai tenaga kesehatan masyarakat perlu memahami bagaimana sebuah masalah kesehatan masuk ke agenda kebijakan, dibahas dalam arena birokrasi dan politik, lalu diterjemahkan menjadi tindakan nyata di lapangan.

Sistem kebijakan publik di Indonesia mempunyai karakteristik khas. Negara ini menganut sistem presidensial, demokrasi elektoral, dan desentralisasi pemerintahan. Konfigurasi tersebut membuat proses kebijakan selalu dipengaruhi oleh hubungan antara pemerintah pusat dan daerah, antara lembaga eksekutif dan legislatif, antara birokrasi dan aktor non-negara, serta antara pertimbangan teknokratik dan kepentingan politik. Dengan demikian, analisis kebijakan kesehatan di Indonesia tidak cukup dilakukan secara normatif, tetapi harus membaca kebijakan sebagai proses sosial-politik yang bergerak dalam konteks kekuasaan, sumber daya, prioritas pembangunan, dan tuntutan masyarakat.

Bab ini disusun untuk memberi fondasi konseptual dan praktis mengenai sistem kebijakan publik di Indonesia dengan penekanan pada sektor kesehatan. Pembahasan meliputi pengertian kebijakan publik, bentuk-bentuk kebijakan, tahapan proses kebijakan, peran para stakeholder, posisi RPJMN dan RPJMD dalam sistem perencanaan, dampak desentralisasi, hingga tempat advokasi kesehatan dalam siklus kebijakan. Setelah mempelajari bab ini, kita diharapkan tidak hanya mampu menjelaskan teori kebijakan publik, tetapi juga mampu membaca arena kebijakan secara lebih realistis serta mengidentifikasi titik masuk advokasi untuk mendorong

perubahan yang berpihak pada kepentingan kesehatan masyarakat.

2.1 Pengertian Kebijakan Publik

Secara umum, kebijakan publik dapat didefinisikan sebagai serangkaian pilihan, keputusan, dan tindakan yang diambil oleh pemerintah untuk menjawab masalah publik. Dunn (2018) menekankan bahwa kebijakan publik merupakan suatu pola tindakan yang ditujukan untuk mencapai tujuan tertentu melalui pemilihan alternatif yang dianggap paling layak. James Anderson menjelaskan kebijakan sebagai *purposive course of action*, yaitu tindakan yang memang dirancang secara sengaja, bukan sekadar respons spontan. Definisi ini menegaskan bahwa kebijakan publik selalu mengandung tujuan, pilihan, dan arah tindakan.

Kebijakan publik berbeda dari opini pejabat, janji politik, atau sekadar wacana birokrasi. Suatu kebijakan publik harus memiliki otoritas, legalitas, dan konsekuensi yang dapat dikenali. Artinya, kebijakan dibuat oleh lembaga yang sah, memiliki dasar hukum atau administratif, serta berpengaruh terhadap perilaku masyarakat, lembaga pelaksana, atau distribusi sumber daya. Dalam praktik pemerintahan, kebijakan publik dapat berupa undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden, peraturan menteri, peraturan daerah, keputusan kepala daerah, pedoman teknis, sampai standar operasional yang mengikat unit pelaksana.

Di bidang kesehatan, kebijakan publik mencakup spektrum yang sangat luas. Kebijakan dapat berupa aturan mengenai pembiayaan kesehatan, jaminan kesehatan nasional, pengendalian penyakit menular, percepatan

penurunan stunting, pengelolaan limbah medis, keselamatan pasien, kawasan tanpa rokok, atau distribusi tenaga kesehatan. Karena itulah, sarjana kesehatan masyarakat perlu memahami kebijakan publik bukan sekadar sebagai produk hukum, tetapi sebagai alat perubahan struktural. Sebuah kebijakan dapat mengubah perilaku masyarakat, mengatur relasi antarlembaga, menggeser alokasi anggaran, dan menciptakan konsekuensi jangka panjang terhadap status kesehatan penduduk.

Pemahaman ini penting karena banyak persoalan kesehatan pada dasarnya merupakan persoalan kebijakan. Tingginya kasus diare, misalnya, bukan hanya isu perilaku cuci tangan, tetapi juga terkait kebijakan air bersih, sanitasi, pengelolaan sampah, dan pembiayaan infrastruktur. Tingginya prevalensi perokok remaja bukan hanya isu pengetahuan, melainkan juga berkaitan dengan kebijakan harga rokok, iklan, akses pembelian, pengawasan penjualan, dan penegakan aturan kawasan tanpa rokok. Jadi, kebijakan publik dalam kesehatan adalah instrumen untuk mengubah faktor-faktor penentu kesehatan pada level sistem, bukan semata-mata pada level individu.

2.2 Karakteristik dan Bentuk Kebijakan Publik

Kebijakan publik memiliki sejumlah karakteristik yang membedakannya dari keputusan biasa. Pertama, kebijakan publik bersifat mengikat karena dibuat oleh otoritas negara. Kedua, kebijakan berorientasi pada kepentingan publik, artinya diarahkan untuk menjawab masalah yang berdampak pada masyarakat luas. Ketiga, kebijakan mengandung tujuan dan prioritas, sehingga selalu ada pilihan tentang apa yang

dikerjakan dan apa yang tidak dikerjakan. Keempat, kebijakan publik menimbulkan konsekuensi nyata, baik hukum, ekonomi, sosial, maupun administratif. Kelima, kebijakan tidak pernah sepenuhnya netral karena selalu terkait dengan alokasi nilai dan sumber daya.

Dalam sistem hukum Indonesia, kebijakan hadir dalam berbagai bentuk. Pada level tertinggi terdapat Undang-Undang yang dibentuk bersama oleh DPR dan pemerintah. Di bawahnya terdapat Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, serta Peraturan Menteri. Pada level daerah terdapat Peraturan Daerah, Peraturan Gubernur, Peraturan Bupati/Wali Kota, dan berbagai keputusan teknis. Bentuk kebijakan yang dipilih menentukan jangkauan, kekuatan mengikat, dan strategi implementasinya. Sebagai contoh, perubahan standar nasional pelayanan kesehatan tentu memerlukan regulasi nasional, sedangkan pembentukan tim percepatan stunting di kabupaten cukup dilakukan melalui keputusan kepala daerah atau kepala dinas.

Selain dilihat dari bentuk hukumnya, kebijakan juga dapat diklasifikasikan berdasarkan fungsinya. Kebijakan regulatif bertujuan membatasi atau mengatur perilaku, misalnya larangan merokok di fasilitas kesehatan. Kebijakan distributif bertujuan menyalurkan manfaat atau layanan kepada kelompok sasaran, misalnya distribusi suplemen gizi untuk ibu hamil. Kebijakan redistributif bertujuan memindahkan sumber daya dari kelompok tertentu ke kelompok lain demi keadilan sosial, misalnya subsidi iuran JKN bagi masyarakat miskin. Adapun kebijakan prosedural mengatur tata cara dan mekanisme pelaksanaan, seperti

prosedur perencanaan, pelaporan, dan evaluasi program kesehatan.

Pemahaman mengenai karakteristik dan bentuk kebijakan sangat penting bagi advokasi kesehatan. Seorang advokat perlu tahu apakah isu yang diperjuangkan membutuhkan perubahan undang-undang, revisi peraturan teknis, peningkatan anggaran, atau sekadar penegakan kebijakan yang sebenarnya sudah ada. Tidak semua masalah memerlukan aturan baru; sering kali masalah terletak pada implementasi yang lemah. Dengan demikian, membaca bentuk kebijakan secara tepat akan membantu menentukan target advokasi, argumen yang digunakan, serta strategi yang paling realistis.

2.3 Sistem Kebijakan Publik di Indonesia

Sistem kebijakan publik di Indonesia dibentuk oleh struktur ketatanegaraan, sistem politik demokratis, hukum administrasi negara, serta mekanisme perencanaan pembangunan. Dalam sistem presidensial, presiden memegang kekuasaan pemerintahan dan mengoordinasikan kementerian/lembaga dalam penyelenggaraan kebijakan nasional. Namun, kekuasaan ini tidak bekerja sendirian. DPR berperan penting dalam legislasi, anggaran, dan pengawasan. Di tingkat daerah, gubernur, bupati, dan wali kota memimpin pemerintahan daerah bersama DPRD. Sistem ini menciptakan kebijakan sebagai hasil interaksi berbagai lembaga, bukan keputusan tunggal satu aktor.

Dalam praktiknya, kebijakan publik di Indonesia juga sangat dipengaruhi oleh birokrasi. Banyak kebijakan dirumuskan oleh unit teknis pemerintahan melalui kajian, naskah akademik, konsultasi publik, dan pembahasan internal antarlembaga. Karena itu, birokrasi bukan sekadar pelaksana, tetapi juga produsen kebijakan. Di sektor kesehatan, Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan memiliki peran besar dalam merumuskan usulan kebijakan, menyusun pedoman, menentukan indikator, dan mengelola data yang menjadi dasar pengambilan keputusan.

Ciri lain sistem kebijakan di Indonesia adalah kuatnya hubungan antara kebijakan dan perencanaan pembangunan. Kebijakan yang tidak masuk ke dalam dokumen perencanaan biasanya sulit memperoleh dukungan anggaran dan legitimasi birokrasi. Oleh karena itu, RPJMN, RPJMD, Renstra, RKPD, serta mekanisme penganggaran seperti APBN dan APBD merupakan bagian integral dari sistem kebijakan. Dalam konteks kesehatan masyarakat, hal ini berarti bahwa keberhasilan advokasi bukan hanya ditentukan oleh diterbitkannya aturan, tetapi juga oleh masuknya isu ke dalam perencanaan dan penganggaran.

Selain itu, sistem kebijakan Indonesia dipengaruhi oleh faktor politik elektoral. Pergantian kepemimpinan, dinamika partai, isu yang viral di media, serta kepentingan elite daerah dapat mengubah prioritas kebijakan secara cepat. Karena itu, analisis kebijakan di Indonesia harus memperhitungkan baik aspek formal maupun aspek informal. Kebijakan tidak hanya bergerak melalui dokumen resmi, tetapi juga melalui negosiasi, lobi, framing media, dan tekanan publik. Kita sebagai tenaga kesehatan masyarakat perlu memahami

dinamika ini agar tidak melihat kebijakan secara terlalu normatif atau administratif semata.

2.4 Tahapan Proses Kebijakan Publik

Secara analitis, proses kebijakan publik sering dijelaskan melalui model siklus kebijakan yang meliputi identifikasi masalah, penyusunan agenda, formulasi kebijakan, pengesahan kebijakan, implementasi, dan evaluasi. Meskipun pada kenyataannya proses ini tidak selalu linier, model tersebut tetap berguna untuk membantu memahami bagaimana suatu masalah publik bergerak dari kondisi sosial menjadi keputusan pemerintah.

Tahap identifikasi masalah adalah tahap ketika suatu kondisi dipahami sebagai masalah yang perlu diintervensi negara. Tidak semua kondisi buruk otomatis menjadi masalah kebijakan. Suatu isu baru diakui sebagai masalah bila memiliki bukti yang kuat, menimbulkan dampak luas, menarik perhatian publik, atau dianggap mendesak oleh pembuat keputusan. Dalam kesehatan, data epidemiologi, hasil surveilans, laporan media, dan tekanan masyarakat dapat mempercepat pengakuan bahwa sebuah kondisi merupakan masalah publik.

Setelah itu masuk tahap agenda setting, yaitu ketika isu yang telah diidentifikasi berhasil masuk ke prioritas pembahasan pemerintah atau legislatif. Pada tahap ini, persaingan antarisu sangat kuat karena kapasitas perhatian negara terbatas. Selanjutnya adalah formulasi kebijakan, ketika alternatif solusi dirumuskan, dibandingkan, dan dinegosiasikan. Setelah opsi dipilih, kebijakan kemudian

diadopsi atau disahkan. Tahap implementasi menerjemahkan kebijakan menjadi tindakan nyata melalui program, anggaran, dan pembagian tugas. Terakhir, evaluasi dilakukan untuk menilai apakah kebijakan relevan, efektif, efisien, dan berkelanjutan.

Bagi advokat kesehatan, setiap tahap kebijakan membuka ruang intervensi yang berbeda. Pada tahap identifikasi masalah, peran utama adalah menyediakan data dan analisis. Pada agenda setting, peran penting adalah framing isu dan membangun perhatian publik. Pada formulasi, dibutuhkan *Policy brief* dan opsi kebijakan yang realistis. Pada pengesahan, lobi dan penguatan dukungan politik menjadi penting. Pada implementasi dan evaluasi, advokasi beralih pada fungsi pengawalan, monitoring, dan perbaikan. Pemahaman siklus kebijakan membantu Kita memetakan strategi advokasi secara lebih sistematis.

2.5 Identifikasi Masalah dan Penyusunan Agenda

Identifikasi masalah merupakan tahap pertama yang sangat menentukan dalam kebijakan publik. Dalam kesehatan masyarakat, identifikasi masalah idealnya didasarkan pada data epidemiologis, analisis determinan, dan kajian dampak sosial-ekonomi. Misalnya, angka stunting yang tinggi, peningkatan kasus DBD, atau tingginya paparan asap rokok pada anak dapat dikenali sebagai masalah melalui data prevalensi, tren waktu, distribusi wilayah, dan analisis kelompok rentan. Tanpa data yang kuat, suatu isu cenderung sulit memperoleh perhatian serius dari pembuat kebijakan.

Namun, data saja tidak selalu cukup. Suatu masalah juga harus dibingkai secara strategis agar dianggap penting oleh publik dan pengambil keputusan. Proses ini disebut framing. Sebagai contoh, stunting dapat dibingkai sebagai masalah gizi keluarga, tetapi dapat pula dibingkai sebagai ancaman kualitas sumber daya manusia dan kerugian ekonomi jangka panjang. Framing yang kedua sering kali lebih kuat untuk mendorong isu naik ke agenda kebijakan karena menyentuh kepentingan pembangunan yang lebih luas.

Penyusunan agenda dipengaruhi oleh banyak faktor. Media massa dan media sosial dapat mengangkat sebuah isu menjadi perbincangan luas. Akademisi dan organisasi profesi dapat memberi legitimasi ilmiah. Komunitas terdampak memberi tekanan moral dan politik. Di sisi lain, momentum seperti penyusunan RPJMD, pembahasan APBD, munculnya kejadian luar biasa, atau pergantian kepala daerah dapat membuka peluang strategis bagi isu tertentu. Konsep policy window menjelaskan bahwa sebuah isu lebih mudah masuk agenda saat masalah, solusi, dan situasi politik bertemu pada waktu yang sama.

Dalam konteks advokasi, tahap identifikasi masalah dan agenda setting sangat penting karena di sinilah dasar arah kebijakan dibentuk. Jika suatu isu gagal masuk agenda, maka peluangnya untuk diproses lebih lanjut menjadi kecil. Karena itu, advokasi kesehatan harus mampu mengombinasikan data, narasi yang kuat, momentum politik, dan dukungan publik agar masalah kesehatan yang nyata tidak tenggelam di tengah banyaknya kompetisi kebijakan lainnya.

2.6 Formulasi Kebijakan

Formulasi kebijakan adalah tahap ketika berbagai alternatif solusi dirumuskan dan dipertimbangkan secara lebih mendalam. Pada tahap ini, para aktor kebijakan menanyakan apa yang harus dilakukan, siapa sasarannya, bagaimana mekanismenya, berapa kebutuhan biayanya, siapa pelaksananya, dan apa indikator keberhasilannya. Di sinilah analisis kebijakan menjadi sangat penting karena pembuat keputusan memerlukan pilihan yang bukan hanya baik secara teknis, tetapi juga realistis secara fiskal, administratif, dan politik.

Dalam sektor kesehatan, formulasi kebijakan sering kali melibatkan pertimbangan lintas sektor. Sebagai contoh, masalah stunting tidak dapat diformulasikan hanya sebagai kebijakan intervensi gizi. Perlu dipikirkan keterkaitannya dengan sanitasi, air bersih, perlindungan sosial, pendidikan, dan pemberdayaan ekonomi keluarga. Oleh karena itu, formulasi kebijakan kesehatan menuntut cara pandang sistemik dan kemampuan menyusun opsi yang terintegrasi. Kebijakan yang terlalu sektoral sering kali gagal memberi dampak berarti terhadap masalah kompleks.

Formulasi kebijakan yang baik memerlukan bukti. Bukti dapat berasal dari surveilans, Riskesdas, SSGI, profil kesehatan daerah, hasil penelitian, evaluasi program sebelumnya, hingga pengalaman daerah atau negara lain. Namun, bukti harus diolah menjadi bahasa kebijakan yang ringkas dan dapat ditindaklanjuti. Di sinilah *Policy brief* menjadi alat penting. *Policy brief* menyajikan masalah, bukti, opsi kebijakan, dan rekomendasi dalam format yang mudah dibaca pengambil keputusan.

Kita sebagai tenaga kesehatan masyarakat perlu memahami bahwa pada tahap formulasi, pembuat kebijakan umumnya tidak membutuhkan uraian masalah yang sangat panjang tanpa arah solusi. Mereka lebih membutuhkan alternatif yang jelas beserta kelebihan, keterbatasan, biaya, dan risiko implementasinya. Karena itu, kemampuan merumuskan opsi kebijakan yang spesifik, terukur, dan relevan adalah kompetensi kunci dalam advokasi kebijakan kesehatan.

2.7 Pengesahan Kebijakan

Pengesahan atau adopsi kebijakan adalah tahap ketika suatu alternatif kebijakan dipilih secara resmi menjadi keputusan pemerintah. Bentuk pengesahan bergantung pada jenis kebijakannya. Undang-undang disahkan melalui proses legislasi bersama DPR dan pemerintah. Peraturan daerah ditetapkan melalui pembahasan DPRD dan kepala daerah. Peraturan teknis tertentu cukup ditetapkan oleh menteri atau kepala dinas sesuai kewenangannya. Pada tahap ini, aspek legal dan politik bertemu secara sangat nyata.

Secara teknis, kebijakan yang baik seharusnya mudah disahkan. Namun dalam praktik, banyak kebijakan yang tertahan atau berubah isinya karena pertimbangan politik, kepentingan ekonomi, atau rendahnya dukungan publik. Kebijakan kesehatan yang menyentuh kepentingan industri atau kebiasaan sosial tertentu, seperti pengendalian rokok atau pembatasan bahan berbahaya, sering menghadapi resistensi lebih kuat dibanding kebijakan yang bersifat administratif. Karena itu, tahap pengesahan adalah arena

penting bagi lobi, negosiasi, penyediaan data pendukung, dan pembentukan opini publik.

Dalam kebijakan daerah, pengesahan juga sangat terkait dengan anggaran. Sebuah perda atau program kesehatan dapat disepakati secara normatif tetapi tidak efektif bila tidak disertai alokasi APBD yang memadai. Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan advokasi tidak cukup diukur dari ada atau tidaknya naskah kebijakan, tetapi juga dari kekuatan dukungan fiskal dan administratif yang menyertainya. Dalam banyak kasus, anggaran adalah bentuk komitmen kebijakan yang paling konkret.

Bagi kita, tahap pengesahan penting untuk dipahami karena menegaskan bahwa proses kebijakan tidak sepenuhnya rasional-teknokratis. Kebijakan adalah hasil interaksi antara data, hukum, kepentingan, dan kekuasaan. Karena itu, advokasi kesehatan harus siap beroperasi dalam arena ini secara etis dan strategis.

2.8 Implementasi Kebijakan

Implementasi adalah proses menerjemahkan kebijakan yang telah disahkan menjadi tindakan nyata. Dalam kesehatan masyarakat, implementasi mencakup penyusunan petunjuk teknis, pembagian tugas antarunit, pengalokasian anggaran, pelatihan sumber daya manusia, penyediaan logistik, sistem pelaporan, pengawasan lapangan, hingga komunikasi kepada masyarakat. Banyak kebijakan yang tampak baik dalam dokumen tetapi gagal memberi perubahan karena lemah pada aspek implementasi.

Keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pertama, kejelasan tujuan dan isi kebijakan. Bila tujuan kabur atau indikator tidak jelas, pelaksana akan menafsirkan secara berbeda-beda. Kedua, kecukupan sumber daya, baik dana, SDM, sarana, maupun waktu. Ketiga, kapasitas birokrasi dan kualitas koordinasi antarinstansi. Keempat, komitmen pimpinan. Kelima, dukungan masyarakat dan kondisi sosial politik setempat. Dalam kesehatan, banyak kebijakan memerlukan kerja lintas sektor dan partisipasi masyarakat, sehingga implementasinya lebih kompleks daripada program internal birokrasi.

Contoh yang sering dibahas adalah kebijakan percepatan penurunan stunting. Di atas kertas, kebijakan ini melibatkan banyak sektor dan memiliki target yang jelas. Akan tetapi implementasi di beberapa daerah sering terkendala oleh lemahnya koordinasi, pemahaman yang berbeda antarinstansi, terbatasnya data desa, atau rendahnya kualitas pemantauan. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi harus dianalisis sebagai proses organisasi dan sosial, bukan semata-mata pelaksanaan teknis.

Advokasi tetap penting pada tahap implementasi. Setelah kebijakan lahir, advokat kesehatan dapat berperan mengawal agar kebijakan tidak berhenti pada simbolisme administratif. Pengawasan dapat dilakukan melalui monitoring anggaran, observasi lapangan, dialog dengan pelaksana, penguatan komunitas, dan penggunaan media untuk menyoroti kesenjangan antara dokumen kebijakan dan kenyataan di lapangan.

2.9 Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan bertujuan menilai apakah kebijakan yang telah dijalankan benar-benar menjawab masalah, memberi hasil yang diharapkan, dan layak dipertahankan atau diperbaiki. Dalam konteks kesehatan, evaluasi menjadi sangat penting karena sumber daya publik terbatas dan kebutuhan masyarakat sangat besar. Kebijakan yang tidak efektif atau tidak efisien akan mengorbankan kelompok rentan dan memperlemah kepercayaan publik terhadap pemerintah.

Evaluasi kebijakan dapat dilakukan pada beberapa level. Evaluasi proses menilai apakah pelaksanaan sesuai rencana, termasuk ketepatan waktu, koordinasi, dan kepatuhan terhadap prosedur. Evaluasi output menilai hasil langsung, misalnya jumlah fasilitas yang dibangun, jumlah kader yang dilatih, atau keluarnya peraturan. Evaluasi outcome menilai perubahan jangka menengah, seperti meningkatnya akses sanitasi, cakupan imunisasi, atau kepatuhan masyarakat. Evaluasi impact menilai dampak jangka panjang terhadap derajat kesehatan, misalnya penurunan angka diare, stunting, atau kematian ibu.

Selain itu, evaluasi kebijakan juga dapat dilihat melalui kriteria relevansi, efektivitas, efisiensi, dan keberlanjutan. Relevansi menilai kesesuaian kebijakan dengan masalah nyata. Efektivitas melihat apakah tujuan tercapai. Efisiensi membandingkan biaya dan hasil. Keberlanjutan menilai apakah kebijakan dapat dipertahankan dalam jangka panjang. Dalam kebijakan kesehatan, analisis cost-benefit juga sering digunakan untuk menunjukkan bahwa intervensi kesehatan tertentu tidak hanya bermanfaat secara sosial, tetapi juga

menguntungkan secara ekonomi karena menurunkan biaya penyakit.

Bagi advokasi kesehatan, evaluasi memiliki nilai strategis. Hasil evaluasi dapat menjadi dasar untuk mempertahankan kebijakan yang baik, merevisi kebijakan yang lemah, atau menghentikan kebijakan yang tidak relevan. Evaluasi juga memperkuat legitimasi advokasi berikutnya karena rekomendasi yang diajukan didasarkan pada pengalaman nyata pelaksanaan kebijakan.

2.10 Stakeholder Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan tidak pernah dibentuk oleh satu aktor tunggal. Ia lahir melalui interaksi berbagai stakeholder yang memiliki kepentingan, kewenangan, pengetahuan, dan sumber daya berbeda. Stakeholder utama dalam kebijakan kesehatan di Indonesia meliputi Kementerian Kesehatan, kementerian/lembaga terkait lainnya, DPR, DPRD, kepala daerah, Dinas Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan, akademisi, organisasi profesi, media, LSM, dunia usaha, dan masyarakat.

Masing-masing stakeholder memainkan peran yang berbeda. Ada aktor yang punya kewenangan formal tinggi tetapi minat rendah terhadap isu tertentu. Ada pula yang sangat peduli terhadap isu namun memiliki power rendah. Dalam advokasi, memahami posisi semacam ini sangat penting. Di sinilah stakeholder mapping dan power-interest analysis dibutuhkan. Dengan pemetaan yang baik, advokat dapat menentukan siapa yang harus dijadikan champion, siapa yang perlu diyakinkan dengan data, siapa yang perlu

diajak berkoalisi, dan siapa yang perlu dimonitor karena berpotensi menghambat.

Dalam isu kesehatan, masyarakat terdampak memiliki legitimasi moral yang kuat, tetapi sering tidak memiliki akses langsung ke arena kebijakan. Akademisi memiliki kekuatan bukti ilmiah, tetapi tidak selalu memiliki daya tawar politik. Media dapat memperluas perhatian publik, namun logikanya sering mengikuti nilai berita. Dunia usaha dapat menjadi mitra dalam beberapa isu, tetapi pada isu tertentu juga dapat menjadi pihak yang berkepentingan mempertahankan status quo. Karena itu, analisis stakeholder bukan sekadar membuat daftar aktor, tetapi memahami relasi, kepentingan, sumber pengaruh, dan kemungkinan strategi pendekatan terhadap masing-masing aktor.

Kita sebagai tenaga kesehatan masyarakat perlu dilatih membaca kebijakan dari perspektif aktor. Kebijakan publik pada dasarnya adalah hasil interaksi antar aktor. Karena itu, kualitas analisis kebijakan akan jauh lebih kuat bila tidak hanya membaca isi regulasi, tetapi juga membaca siapa aktor kuncinya, bagaimana relasi mereka, dan apa implikasinya terhadap keberhasilan implementasi.

2.11 Peran Kementerian Kesehatan, DPR, DPRD, dan Dinas Kesehatan

Kementerian Kesehatan merupakan aktor sentral dalam kebijakan kesehatan nasional. Lembaga ini bertugas merumuskan kebijakan teknis, menyusun pedoman, menetapkan standar, mengelola program prioritas, dan melakukan pembinaan terhadap pemerintah daerah. Dalam

banyak kasus, Kementerian Kesehatan juga menjadi produsen data nasional dan penjaga konsistensi arah kebijakan kesehatan. Karena itu, untuk isu yang membutuhkan perubahan standar nasional atau penyesuaian prioritas program, Kementerian Kesehatan adalah target advokasi yang sangat penting.

DPR memiliki tiga fungsi yang sangat relevan dalam kesehatan, yakni legislasi, anggaran, dan pengawasan. Melalui fungsi legislasi, DPR ikut membentuk undang-undang yang menjadi dasar kebijakan kesehatan. Melalui fungsi anggaran, DPR membahas dan menyetujui alokasi belanja negara di sektor kesehatan. Melalui fungsi pengawasan, DPR dapat meminta penjelasan pemerintah, menilai kinerja program, dan menekan perbaikan implementasi. Ini berarti advokasi kebijakan kesehatan di tingkat pusat sering memerlukan komunikasi yang mampu menghubungkan argumentasi teknis kesehatan dengan bahasa politik dan fiskal yang dipahami anggota legislatif.

Di tingkat daerah, DPRD memegang fungsi serupa: legislasi daerah, persetujuan APBD, dan pengawasan pemerintah daerah. Kepala daerah menentukan visi-misi dan prioritas pembangunan melalui RPJMD. Dinas Kesehatan kemudian berperan sebagai institusi teknis yang menerjemahkan kebijakan ke dalam program, indikator, pembinaan Puskesmas, surveilans, dan usulan anggaran. Dalam praktik advokasi daerah, Dinas Kesehatan dan DPRD sering menjadi target utama karena keduanya paling menentukan apakah suatu isu kesehatan masuk prioritas daerah dan memperoleh dukungan dana yang memadai.

Memahami pembagian peran ini penting agar advokasi tidak salah sasaran. Masalah pelayanan teknis bisa lebih tepat disasar ke Dinas Kesehatan. Masalah perda atau anggaran harus menyasar DPRD dan kepala daerah. Sementara isu perubahan standar nasional perlu dibawa ke kementerian dan DPR. Ketepatan membaca aktor target akan sangat memengaruhi efektivitas advokasi kebijakan kesehatan.

2.12 RPJMN dan RPJMD dalam Sistem Perencanaan

RPJMN atau Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional adalah dokumen perencanaan lima tahunan yang menjadi pedoman seluruh kementerian/lembaga dalam menyusun program dan anggaran. RPJMN 2020–2024, misalnya, menempatkan pembangunan sumber daya manusia sebagai prioritas, termasuk penurunan stunting, penguatan sistem kesehatan, dan peningkatan pelayanan dasar. Dalam konteks kebijakan kesehatan, RPJMN sangat penting karena menentukan arah besar pembangunan, indikator utama, serta justifikasi anggaran nasional.

Di tingkat daerah, RPJMD memiliki fungsi serupa untuk masa jabatan kepala daerah. RPJMD berisi visi, misi, sasaran, strategi, arah kebijakan, dan program prioritas. Isu kesehatan yang berhasil masuk ke RPJMD umumnya memiliki peluang lebih besar untuk dibiayai dan diintegrasikan ke dalam program lintas sektor. Sebaliknya, isu yang tidak masuk RPJMD sering hanya menjadi kegiatan sektoral jangka pendek tanpa dukungan struktural yang kuat. Oleh sebab itu, banyak advokasi kesehatan daerah diarahkan agar isu tertentu,

misalnya sanitasi, stunting, kesehatan remaja, atau pengendalian rokok, masuk ke RPJMD.

Kita perlu memahami bahwa perencanaan pembangunan adalah arena penting kebijakan. Sebuah kebijakan tidak akan berjalan kuat bila tidak tertanam dalam dokumen perencanaan, indikator kinerja, dan penganggaran. Itulah sebabnya advokasi kebijakan sering kali harus dilakukan jauh sebelum program berjalan, yaitu pada saat proses penyusunan RPJMN, RPJMD, Renstra, dan RKPD berlangsung. Momen ini menentukan apakah isu kesehatan akan memiliki umur kebijakan yang cukup panjang atau hanya menjadi program sesaat.

Dengan memahami RPJMN dan RPJMD, kita akan melihat bahwa kebijakan publik dan perencanaan pembangunan adalah dua sisi dari mata uang yang sama. Kebijakan memberi arah normatif, sementara perencanaan memberi ruang operasional. Advokasi kesehatan harus mampu masuk ke keduanya sekaligus.

2.13 Kebijakan Kesehatan dalam Kerangka Hukum Indonesia

Kebijakan kesehatan di Indonesia dibangun di atas fondasi hukum yang cukup kuat. Konstitusi menegaskan hak warga negara atas pelayanan kesehatan dan tanggung jawab negara dalam menyediakannya. Selanjutnya, berbagai undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden, dan peraturan menteri mengatur penyelenggaraan kesehatan secara lebih rinci. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

menjadi tonggak penting terbaru yang menyatukan dan memperbarui berbagai pengaturan sektor kesehatan.

Dalam praktik administratif, Permenkes memegang posisi sangat penting karena menjadi jembatan antara norma hukum umum dan implementasi teknis. Banyak isu kesehatan masyarakat—mulai dari gizi, surveilans, kesehatan lingkungan, fasilitas pelayanan, hingga promosi kesehatan diatur secara lebih operasional melalui Permenkes dan pedoman teknis. Di sisi lain, pemerintah daerah dapat mengadopsi atau menurunkan pengaturan tersebut ke level daerah melalui perda atau peraturan kepala daerah sesuai dengan kewenangannya.

Bagi advokasi, pemahaman hierarki hukum sangat penting. Ada masalah yang cukup dipecahkan melalui penegakan aturan yang sudah ada, ada yang memerlukan revisi pedoman teknis, dan ada pula yang membutuhkan perubahan regulasi lebih tinggi. Misalnya, penguatan pengawasan kawasan tanpa rokok di satu daerah mungkin cukup melalui peraturan kepala daerah dan pengawasan lapangan, sedangkan perubahan standar nasional iklan rokok memerlukan langkah pada tingkat regulasi yang lebih tinggi. Ketepatan membaca level hukum akan menentukan jalur advokasi yang lebih efisien.

Selain itu, kerangka hukum juga penting untuk menjamin keberlanjutan kebijakan. Program yang hanya bergantung pada komitmen personal pimpinan tanpa dasar hukum yang jelas cenderung rapuh ketika terjadi pergantian pejabat. Sebaliknya, kebijakan yang memiliki dasar hukum, dukungan perencanaan, dan alokasi anggaran cenderung lebih tahan terhadap perubahan politik jangka pendek.

2.14 Desentralisasi dan Dampaknya terhadap Kebijakan Kesehatan

Desentralisasi merupakan salah satu perubahan mendasar dalam tata kelola pemerintahan Indonesia pasca reformasi. Dalam sektor kesehatan, desentralisasi memberikan kewenangan yang lebih besar kepada daerah untuk merencanakan, menganggarkan, dan melaksanakan program kesehatan sesuai kondisi lokal. Secara teoritis, desentralisasi dapat meningkatkan relevansi kebijakan karena keputusan diambil lebih dekat dengan masyarakat. Daerah diharapkan lebih responsif terhadap kebutuhan setempat, inovatif dalam pemecahan masalah, dan lebih akuntabel dalam pelayanan publik.

Namun, desentralisasi juga menghasilkan variasi besar dalam kapasitas kebijakan antarwilayah. Daerah yang memiliki kepemimpinan kuat, fiskal memadai, dan birokrasi yang kompeten cenderung mampu menghasilkan kebijakan kesehatan yang lebih baik. Sebaliknya, daerah dengan kapasitas perencanaan lemah, sumber daya terbatas, atau prioritas politik yang rendah terhadap kesehatan cenderung tertinggal. Akibatnya, mutu layanan dan capaian program kesehatan dapat sangat berbeda antara satu daerah dan daerah lain.

Dampak lain dari desentralisasi adalah pentingnya advokasi di level daerah. Banyak isu kesehatan kini lebih efektif diperjuangkan melalui pemerintah daerah, terutama yang berkaitan dengan APBD, perda, pengawasan lingkungan, sanitasi, pemberdayaan desa, dan pelayanan primer. Meski demikian, tidak semua masalah dapat diselesaikan hanya pada level daerah. Isu yang berkaitan dengan standar

nasional, sistem pembiayaan besar, atau regulasi lintas wilayah tetap memerlukan intervensi pusat. Karena itu, strategi advokasi harus mampu membedakan mana masalah yang harus didorong di level pusat dan mana yang lebih efektif di level daerah.

Kita sebagai tenaga kesehatan masyarakat perlu memandang desentralisasi secara seimbang: sebagai peluang untuk kebijakan yang lebih kontekstual, tetapi juga sebagai sumber potensi ketimpangan. Dalam konteks ini, kemampuan analisis kebijakan daerah menjadi sangat penting, sebab banyak keputusan yang paling dekat memengaruhi masyarakat justru diambil di tingkat kabupaten/kota.

2.15 Peran Advokasi dalam Proses Kebijakan

Advokasi adalah jembatan yang menghubungkan masalah kesehatan masyarakat dengan keputusan kebijakan. Pada tahap identifikasi masalah, advokasi berfungsi menegaskan bahwa suatu kondisi adalah masalah publik yang mendesak dan membutuhkan intervensi pemerintah. Pada tahap agenda setting, advokasi membantu isu memperoleh perhatian melalui data, framing, dan dukungan publik. Pada tahap formulasi, advokasi memasukkan rekomendasi dan alternatif kebijakan yang realistis. Pada tahap pengesahan, advokasi memperkuat dukungan politik dan sosial agar kebijakan dapat diadopsi. Pada tahap implementasi dan evaluasi, advokasi berfungsi mengawal agar kebijakan berjalan dan dinilai dengan benar.

Advokasi yang baik harus berbasis evidence. Dalam kesehatan masyarakat, evidence dapat berupa data epidemiologi, hasil penelitian, laporan lapangan, atau analisis biaya-manfaat. Namun evidence saja tidak cukup. Ia harus diterjemahkan dalam bahasa kebijakan yang padat, logis, dan relevan bagi pengambil keputusan. Inilah sebabnya policy brief, infografik, hearing, audiensi, dan komunikasi strategis menjadi sangat penting dalam advokasi kesehatan.

Selain berbasis evidence, advokasi juga harus etis. Manipulasi data, framing yang menyesatkan, atau tekanan yang tidak etis dapat merusak kredibilitas dan pada akhirnya melemahkan tujuan kesehatan publik. Karena itu, advokasi kesehatan perlu menyeimbangkan tiga unsur sekaligus: ketepatan data, kecerdasan strategi, dan integritas moral. Ketiganya saling terkait.

Pemahaman tentang sistem kebijakan publik membuat advokasi menjadi lebih tajam. Seorang advokat kesehatan yang paham kapan momentum perencanaan berlangsung, siapa aktor kunci, bagaimana struktur kewenangannya, dan apa bentuk kebijakan yang dibutuhkan akan jauh lebih efektif dibanding orang yang hanya mengandalkan semangat perubahan tanpa analisis kebijakan yang memadai.

BAB 3

IDENTIFIKASI MASALAH DAN ANALISIS SITUASI

Advokasi kesehatan yang efektif tidak pernah dimulai dari slogan, intuisi, atau tekanan emosional semata. Advokasi yang kuat selalu bertumpu pada kemampuan membaca masalah secara tepat dan menempatkannya dalam konteks yang benar. Dalam ilmu kesehatan masyarakat, kemampuan ini dikenal sebagai identifikasi masalah dan analisis situasi. Keduanya merupakan fondasi awal seluruh proses advokasi, karena tanpa identifikasi masalah yang akurat, praktisi kesehatan akan berisiko salah membaca prioritas, salah menentukan sasaran, dan akhirnya salah memilih strategi intervensi.

Identifikasi masalah adalah proses mengenali kondisi kesehatan yang menyimpang dari keadaan yang diharapkan, memiliki dampak pada masyarakat, dan memerlukan respons terencana. Analisis situasi adalah tahap lanjutan yang bertujuan memahami besaran masalah, distribusinya dalam populasi, faktor penyebab langsung maupun tidak langsung, konteks sosial politik, sumber daya yang tersedia, serta peluang dan hambatan intervensi. Dalam praktik advokasi, kedua tahap ini menentukan kualitas argumentasi kebijakan.

Bab ini membahas konsep identifikasi masalah dan analisis situasi secara mendalam: analisis epidemiologi dengan pendekatan person–place–time, penggunaan data kesehatan untuk membaca pola masalah, analisis akar masalah melalui diagram fishbone, analisis SWOT, serta penentuan prioritas isu menggunakan berbagai metode seperti skoring sederhana, matriks urgensi versus dampak, dan metode Hanlon.

3.1 Konsep Identifikasi Masalah dalam Kesehatan Masyarakat

Dalam kesehatan masyarakat, masalah kesehatan tidak dipahami hanya sebagai adanya penyakit, tetapi sebagai kondisi yang menurunkan derajat kesehatan penduduk, menimbulkan beban sosial ekonomi, dan memerlukan tindakan kolektif. Karena ruang lingkup kesehatan masyarakat luas, identifikasi masalah harus memandang faktor-faktor determinan seperti lingkungan, perilaku, akses layanan, kondisi sosial ekonomi, gender, budaya, serta tata kelola kebijakan.

Secara metodologis, identifikasi masalah dimulai dengan membandingkan keadaan aktual dengan keadaan yang diharapkan. Bila terdapat kesenjangan signifikan, maka kesenjangan tersebut dapat ditetapkan sebagai masalah. Masalah kesehatan juga dapat dikenali melalui tren dan ketimpangan distribusi. Dengan demikian, identifikasi masalah yang baik harus peka terhadap variasi internal suatu wilayah dan tidak puas hanya dengan angka rata-rata.

Dalam advokasi, identifikasi masalah bukan hanya urusan teknis statistik, tetapi juga cara membangun narasi kebijakan. Masalah yang diidentifikasi harus dapat diterjemahkan menjadi isu yang mudah dipahami pengambil keputusan. Misalnya, prevalensi anemia pada remaja putri tidak hanya dibaca sebagai angka laboratorium, tetapi sebagai ancaman terhadap kesiapan kehamilan di masa depan, prestasi belajar, dan produktivitas generasi muda.

3.2 Kriteria Isu Sebagai Masalah Prioritas

Tidak semua masalah kesehatan otomatis menjadi prioritas advokasi. Dalam praktik kebijakan, isu yang diprioritaskan biasanya memenuhi beberapa kriteria, yaitu magnitude, severity, tren, dampak pada kelompok rentan, kelayakan intervensi, relevansi kebijakan, dan nilai komunikatif.

Masalah harus memiliki magnitude yang cukup besar, severity yang berarti, distribusi yang menekan kelompok rentan, serta peluang intervensi yang jelas. Masalah juga lebih mudah diprioritaskan bila terkait dengan target RPJMN, RPJMD, atau agenda kepala daerah. Melalui kriteria-kriteria tersebut, Kita akan belajar bahwa penentuan masalah prioritas bukan semata persoalan data epidemiologi, melainkan juga persoalan strategi.

3.3 Sumber Data dalam Identifikasi Masalah

Kualitas identifikasi masalah sangat bergantung pada kualitas data yang digunakan. Dalam konteks di Indonesia,

kita sebagai tenaga kesehatan masyarakat memiliki banyak sumber data yang dapat dimanfaatkan, mulai dari Riskesdas, SSGI, Profil Kesehatan Indonesia, data BPS, laporan BPJS Kesehatan, sampai data surveilans fasilitas pelayanan kesehatan.

Meskipun tersedia banyak data, kita harus bersikap kritis. Perhatikan tahun data, metode pengumpulan, ukuran sampel, validitas definisi operasional, potensi under-reporting, serta kesesuaian unit analisis. Dalam advokasi, kekuatan data bukan semata pada banyaknya angka, tetapi pada kemampuan memilih data yang paling relevan.

Dalam analisis situasi, penggunaan satu jenis data sering kali tidak cukup. Karena itu diperlukan triangulasi data, yaitu penggunaan beberapa sumber, metode, atau perspektif untuk memeriksa konsistensi temuan. Triangulasi penting agar kesimpulan yang dihasilkan tidak rapuh dan tidak mudah dipatahkan ketika dibawa ke forum advokasi.

Validasi temuan juga penting. Data yang telah dibaca perlu diperiksa kembali apakah benar mewakili situasi nyata. Validasi dapat dilakukan melalui diskusi dengan petugas lapangan, konfirmasi kepada Puskesmas, atau kunjungan ke lokasi terdampak. Dengan triangulasi dan validasi, analisis situasi menjadi lebih kuat secara ilmiah dan lebih kredibel secara advokatif.

3.4 Analisis Epidemiologi

Analisis epidemiologi adalah proses mempelajari distribusi dan determinan masalah kesehatan dalam populasi, lalu menggunakan pengetahuan tersebut untuk pengendalian

masalah. Dalam konteks advokasi, analisis epidemiologi sangat penting karena membantu menjawab pertanyaan inti: siapa yang paling terdampak, di mana masalah paling berat terjadi, kapan masalah meningkat, dan faktor apa yang berhubungan dengan kemunculannya.

Tujuan utama analisis epidemiologi dalam identifikasi masalah adalah mengukur besar masalah, memahami pola distribusi, mengenali kelompok risiko, dan menyusun dasar intervensi. Analisis epidemiologi menjadi dasar penting untuk mengubah data menjadi pesan kebijakan.

Pendekatan person-place-time merupakan fondasi dasar analisis epidemiologi. Analisis person menyoroti siapa yang paling terdampak. Analisis place menyoroti di mana masalah terkonsentrasi. Analisis time menyoroti kapan masalah terjadi dan bagaimana trennya dari waktu ke waktu.

Contohnya, pada kasus stunting di Kabupaten X, analisis person menunjukkan balita dari keluarga miskin paling terdampak, analisis place menunjukkan kasus terkonsentrasi di desa pesisir, dan analisis time menunjukkan tren stagnan tinggi selama tiga tahun. Kesimpulan awal ini sudah cukup kuat untuk menunjukkan bahwa masalah bukan sekadar kekurangan gizi individual, melainkan berhubungan dengan kemiskinan, lingkungan, dan lemahnya intervensi sistemik.

Membaca data epidemiologi tidak cukup dengan melihat besar angka. Kita perlu membangun kebiasaan analitis yang sistematis: identifikasi indikator utama, tentukan pembanding, periksa distribusi internal, kaitkan dengan

kemungkinan determinan, lalu terjemahkan temuan menjadi makna kebijakan.

Kebiasaan membaca data secara bertingkat seperti ini akan membuat kita lebih siap menghadapi forum kebijakan. Mereka tidak mudah terjebak pada angka tunggal yang terlihat besar tetapi sebenarnya menyesatkan, dan sebaliknya tidak mengabaikan masalah yang tersembunyi di balik rata-rata yang tampak baik.

Setelah besar dan distribusi masalah dikenali, langkah berikutnya adalah mencari akar masalah. Dalam kesehatan masyarakat, gejala yang tampak di permukaan sering kali hanya bagian akhir dari rantai penyebab yang kompleks. Bila fokus hanya pada gejala, intervensi cenderung dangkal dan tidak berkelanjutan.

Analisis akar masalah membuat advokasi tidak berhenti pada perubahan perilaku individu, tetapi bergerak menuju perubahan sistem. Dalam pembelajaran advokasi, dua alat yang sangat berguna adalah diagram fishbone dan analisis SWOT.

3.5 Diagram Fishbone (Ishikawa) dan Analisis SWOT

Diagram fishbone atau tulang ikan digunakan untuk mengidentifikasi penyebab masalah dari berbagai sisi secara sistematis. Masalah utama ditempatkan di kepala ikan, sedangkan kategori penyebab ditempatkan pada tulang-tulang besar. Dalam kesehatan masyarakat, kategori dapat disesuaikan menurut kebutuhan, namun yang sering

digunakan adalah manusia/perilaku, metode/SOP, lingkungan, sarana prasarana, dan kebijakan.

Fishbone sangat berguna dalam diskusi kelompok karena memudahkan visualisasi hubungan sebab. Dalam advokasi, hasil fishbone dapat dipakai untuk menunjukkan kepada pembuat kebijakan bahwa suatu masalah tidak akan selesai bila intervensinya terlalu sempit.

Analisis SWOT adalah alat untuk menilai kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman dalam merancang strategi. Dalam identifikasi masalah dan analisis situasi, SWOT berguna untuk memahami posisi program, kapasitas internal, dan konteks eksternal sebelum advokasi dilakukan.

Kita perlu memahami bahwa SWOT bukan daftar abstrak. Setiap poin harus terkait langsung dengan isu yang sedang dianalisis. SWOT yang baik akan menghasilkan arah strategi yang lebih jelas, bukan hanya inventaris faktor.

3.6 Penentuan Prioritas Isu

Dalam dunia nyata, sumber daya selalu terbatas. Pemerintah daerah tidak mungkin menangani semua masalah sekaligus dengan intensitas yang sama. Karena itu, setelah masalah diidentifikasi dan dianalisis, langkah berikutnya adalah penentuan prioritas isu.

Penentuan prioritas dapat didasarkan pada beberapa kriteria, antara lain besarnya masalah, tingkat keparahan, kelompok rentan yang terdampak, potensi penularan atau

perluasan dampak, urgensi waktu, ketersediaan solusi, serta dukungan kebijakan dan politik.

Metode skoring sederhana merupakan cara praktis menentukan prioritas dengan memberi nilai pada setiap isu berdasarkan sejumlah kriteria. Matriks urgensi versus dampak adalah alat visual yang memetakan isu menurut seberapa mendesak dan seberapa besar dampaknya. Metode Hanlon adalah pendekatan yang lebih sistematis karena mempertimbangkan besarnya masalah, tingkat keparahan, efektivitas solusi, dan kelayakan pelaksanaan.

Ketiga metode ini mengajarkan satu hal penting: prioritas kebijakan tidak hanya soal masalah mana yang paling besar, tetapi juga masalah mana yang paling berat, paling mungkin diintervensi, dan paling relevan dalam konteks kebijakan saat itu.

3.7 Menyusun Kesimpulan Awal dan Problem Statement

Setelah melalui analisis epidemiologi, analisis akar masalah, dan penentuan prioritas, Kita perlu menyusun kesimpulan awal dan problem statement. Problem statement harus singkat, jelas, dan berbasis data. Ia bukan paragraf yang bertele-tele, tetapi pernyataan tajam mengenai kesenjangan yang terjadi dan konsekuensinya.

Keterampilan merumuskan problem statement sangat penting karena sering kali inilah bagian pertama yang dibaca pengambil kebijakan.

Analisis situasi yang baik juga harus memperhatikan etika. Penggunaan data kesehatan tidak boleh mengabaikan

kerahasiaan identitas individu, hak privasi keluarga, dan risiko stigmatisasi kelompok tertentu.

Dalam praktik advokasi, godaan terbesar sering muncul ketika data ingin dibuat tampak lebih dramatis. Manipulasi angka, penyajian data tanpa konteks, atau penggunaan kisah personal tanpa izin merupakan pelanggaran etika.

BAB 4

STAKEHOLDER MAPPING DAN POWER ANALYSIS

Pada tahap awal advokasi, kita sering beranggapan bahwa data yang kuat sudah cukup untuk mengubah kebijakan. Dalam praktik kebijakan publik, anggapan tersebut tidak sepenuhnya benar. Data memang sangat penting sebagai dasar argumentasi, tetapi keputusan publik tidak lahir di ruang hampa. Kebijakan dibentuk melalui interaksi antaraktor yang memiliki kepentingan, sumber daya, posisi kelembagaan, jaringan, dan pengaruh yang berbeda-beda. Karena itu, selain mampu menganalisis masalah, seorang advokat kesehatan juga harus mampu membaca peta aktor yang terlibat di balik suatu isu.

Stakeholder mapping dan power analysis merupakan dua perangkat analitis yang sangat penting dalam advokasi kesehatan. Keduanya membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan strategis: siapa saja yang berkepentingan terhadap isu tertentu, siapa yang memiliki kekuatan formal maupun informal untuk memengaruhi keputusan, siapa yang berpotensi menjadi sekutu, siapa yang netral, dan siapa yang kemungkinan menolak perubahan. Dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan ini, advokat dapat menentukan strategi pendekatan yang lebih cerdas, efisien, dan realistis.

Dalam konteks kesehatan masyarakat, isu seperti stunting, rokok pada remaja, sanitasi desa, pencemaran lingkungan, BPJS, hingga pengelolaan limbah medis selalu melibatkan banyak pihak. Pemerintah pusat, pemerintah daerah, DPRD, dinas teknis, tokoh masyarakat, akademisi, media, dunia usaha, kader kesehatan, organisasi profesi, bahkan komunitas terdampak memiliki posisi masing-masing. Tanpa peta stakeholder yang baik, advokasi berisiko salah sasaran, kehilangan momentum, atau menghadapi resistensi yang sebenarnya dapat diprediksi sejak awal.

Bab ini memaparkan konsep stakeholder, teknik pemetaan aktor, analisis kekuatan dan kepentingan, penggunaan matriks power-interest, serta strategi pendekatan advokasi yang berbeda menurut posisi aktor. Pembahasan disusun secara rinci agar Kita dapat melihat bahwa membaca struktur kekuasaan sama pentingnya dengan membaca data epidemiologi.

4.1 Konsep Stakeholder dalam Advokasi Kesehatan

Istilah stakeholder merujuk pada individu, kelompok, atau institusi yang memiliki kepentingan, pengaruh, atau keterkaitan terhadap suatu isu kebijakan. Dalam advokasi kesehatan, stakeholder tidak hanya berarti pengambil keputusan formal seperti kepala daerah atau DPRD, tetapi juga semua pihak yang dapat dipengaruhi oleh kebijakan, mendukung atau menolak perubahan, serta mampu membentuk opini dan arah proses kebijakan. Dengan kata lain, stakeholder mencakup aktor yang terdampak, aktor yang

memengaruhi, dan aktor yang dipengaruhi oleh suatu keputusan kebijakan.

Dalam ilmu kebijakan publik, stakeholder sering dibedakan menjadi stakeholder primer, sekunder, dan kunci. Stakeholder primer adalah pihak yang terdampak langsung oleh masalah atau kebijakan, misalnya balita dan keluarga pada isu stunting, atau warga sekitar sungai pada isu pencemaran air. Stakeholder sekunder adalah pihak yang tidak terdampak langsung, tetapi memiliki perhatian atau peran dalam intervensi, misalnya media, organisasi masyarakat sipil, dan akademisi. Stakeholder kunci adalah pihak yang memiliki kewenangan atau kekuatan besar dalam pengambilan keputusan, seperti bupati, DPRD, kepala dinas, atau kementerian teknis.

Pemahaman tentang stakeholder membantu advokat menyadari bahwa perubahan kebijakan tidak pernah hanya ditentukan oleh satu aktor. Sebuah perda kesehatan lingkungan, misalnya, mungkin memerlukan dukungan kepala daerah, pembahasan di DPRD, masukan teknis dari Dinas Kesehatan, analisis dari Dinas Lingkungan Hidup, dukungan masyarakat, dan sorotan media. Kegagalan memahami siapa saja yang relevan akan membuat advokasi sempit dan tidak efektif.

Kita perlu membiasakan diri berpikir bahwa setiap isu kesehatan selalu berada dalam jaringan aktor. Dengan demikian, analisis stakeholder bukan kegiatan tambahan, melainkan bagian inti dari perencanaan advokasi.

Stakeholder mapping penting karena advokasi kesehatan berlangsung dalam arena sosial dan politik yang kompleks. Pemetaan aktor membantu menghindari dua

kesalahan utama. Pertama, salah mengasumsikan bahwa semua orang memandang masalah dengan cara yang sama. Kedua, salah menargetkan energi advokasi pada pihak yang sebenarnya tidak memiliki kuasa atau tidak memiliki insentif untuk bertindak.

Dengan stakeholder mapping, kita dapat mengetahui pihak mana yang harus dijadikan prioritas pendekatan, pihak mana yang cukup diinformasikan, pihak mana yang perlu diajak dalam koalisi, dan pihak mana yang perlu diantisipasi resistensinya. Pemetaan ini juga membantu memprediksi jalannya proses kebijakan. Misalnya, suatu isu bisa saja didukung kuat oleh Dinas Kesehatan, tetapi tertahan di DPRD karena dianggap membebani anggaran. Atau sebaliknya, ada dukungan politik kepala daerah, tetapi implementasi tersendat karena dinas teknis tidak siap.

Stakeholder mapping juga penting untuk efisiensi sumber daya. Waktu, tenaga, dan biaya advokasi terbatas. Karena itu, advokat perlu menyesuaikan intensitas pendekatan sesuai relevansi dan pengaruh aktor. Pihak yang mempunyai power tinggi dan interest tinggi jelas membutuhkan perhatian besar. Sebaliknya, aktor yang power dan interest-nya rendah cukup dipantau tanpa terlalu banyak investasi sumber daya.

Selain itu, pemetaan aktor penting untuk membangun strategi komunikasi. Bahasa yang dipakai kepada DPRD tidak selalu sama dengan bahasa yang digunakan kepada masyarakat, media, atau tokoh agama. Dengan mengetahui posisi stakeholder, advokat bisa menyesuaikan jenis pesan, bentuk bukti, dan kanal komunikasi yang digunakan.

4.2 Jenis-Jenis Stakeholder dalam Isu Kesehatan

Dalam isu kesehatan, stakeholder dapat dikelompokkan ke dalam beberapa kategori praktis. Pertama, aktor pemerintah. Ini mencakup kementerian, dinas kesehatan, dinas pendidikan, dinas sosial, dinas lingkungan hidup, pemerintah desa, kecamatan, hingga fasilitas pelayanan kesehatan. Kedua, aktor legislatif seperti DPR dan DPRD berperan dalam pembentukan regulasi, pengawasan, dan persetujuan anggaran.

Ketiga, aktor masyarakat dan komunitas, termasuk kader posyandu, kelompok ibu, tokoh pemuda, karang taruna, tokoh agama, dan warga terdampak langsung. Keempat, aktor pengetahuan seperti akademisi, peneliti, organisasi profesi, dan lembaga riset. Kelima, aktor komunikasi seperti media massa, jurnalis, influencer digital, dan pengelola platform komunitas. Keenam, aktor ekonomi seperti pelaku industri, perusahaan, asosiasi bisnis, atau lembaga donor yang dapat menjadi mitra maupun pihak yang berkepentingan menolak perubahan.

Setiap kategori memiliki rasionalitas yang berbeda. Pemerintah cenderung mempertimbangkan tata kelola, target program, dan anggaran. Legislatif mempertimbangkan kepentingan publik, konstituen, dan dinamika politik. Masyarakat cenderung mempertimbangkan dampak langsung pada kehidupan sehari-hari. Dunia usaha mempertimbangkan biaya, citra, dan regulasi. Karena rasionalitasnya berbeda, strategi pendekatan kepada masing-masing kategori juga harus berbeda.

Kita tidak perlu menghafal daftar aktor secara kaku, tetapi perlu berlatih mengidentifikasi siapa saja yang relevan pada setiap isu kesehatan tertentu. Peta aktor untuk kasus stunting tentu berbeda dengan peta aktor untuk kasus polusi udara atau pengendalian rokok.

4.3 Langkah-Langkah Pemetaan Aktor

Pemetaan aktor pada dasarnya dapat dilakukan melalui beberapa langkah sistematis. Langkah pertama adalah mendefinisikan isu kebijakan secara jelas. Tanpa definisi isu yang spesifik, daftar aktor akan terlalu luas dan tidak fokus. Misalnya, lebih baik menyebut 'peningkatan anggaran intervensi stunting di Kabupaten X' daripada sekadar 'masalah stunting'.

Langkah kedua adalah membuat daftar semua aktor yang terlibat atau mungkin terlibat. Pada tahap ini, daftar dapat dibuat luas terlebih dahulu. Langkah ketiga adalah mengelompokkan aktor berdasarkan fungsi, kewenangan, dan tingkat kedekatan dengan isu. Langkah keempat adalah menilai power dan interest masing-masing aktor. Langkah kelima adalah memetakan aktor dalam matriks atau peta visual. Langkah keenam adalah menentukan strategi pendekatan terhadap setiap kelompok prioritas.

Dalam praktik kelas, proses ini dapat dilakukan dengan diskusi kelompok dan tabel sederhana. Setiap kelompok kita dapat diberi satu isu kesehatan, lalu diminta menuliskan aktor, alasan relevansi, tingkat power, tingkat interest, dan strategi pendekatan. Latihan seperti ini membantu kita

mengubah konsep menjadi keterampilan analitis yang konkret.

Penting dipahami bahwa stakeholder mapping bersifat dinamis. Peta aktor dapat berubah sesuai momentum politik, pergantian pejabat, perubahan media, atau munculnya peristiwa baru. Karena itu, peta stakeholder perlu diperbarui secara berkala selama proses advokasi.

4.4 Power Analysis: Memahami Kekuatan dalam Kebijakan

Power analysis atau analisis kekuatan adalah proses menilai seberapa besar kemampuan seorang aktor untuk memengaruhi keputusan, mempercepat atau memperlambat kebijakan, membentuk opini, atau mengalokasikan sumber daya. Dalam kebijakan publik, kekuatan tidak selalu identik dengan jabatan formal. Seorang pejabat mungkin memiliki wewenang administratif, tetapi seorang tokoh masyarakat atau media dapat memiliki kekuatan simbolik dan opini yang sama besar atau bahkan lebih besar dalam konteks tertentu.

Kekuatan dapat bersifat formal maupun informal. Kekuatan formal berasal dari jabatan, aturan hukum, dan kewenangan administratif, seperti kepala daerah, DPRD, atau kepala dinas. Kekuatan informal berasal dari jaringan, kharisma, reputasi, akses ke media, dukungan komunitas, atau kemampuan memobilisasi massa. Dalam advokasi, mengabaikan kekuatan informal sering menjadi kesalahan besar. Banyak kebijakan yang secara formal tampak mudah disahkan, tetapi tertahan karena penolakan opini publik atau resistensi kelompok berpengaruh secara sosial.

Power analysis membantu kita melihat bahwa arena advokasi adalah arena relasi kekuasaan. Siapa yang menguasai informasi? Siapa yang menguasai anggaran? Siapa mengendalikan opini? Siapa yang dapat membuka akses pertemuan? Siapa yang dapat memveto keputusan secara halus? Dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan ini, advokat akan lebih siap merancang strategi yang realistis.

Selain itu, power analysis membantu menghindari romantisme advokasi, yaitu keyakinan bahwa 'yang penting benar pasti menang'. Dalam kenyataan, advokasi yang benar secara substansi tetap membutuhkan strategi untuk berhadapan dengan struktur kekuasaan yang nyata.

4.5 Dimensi Kekuatan: Formal, Informal, Simbolik, dan Jaringan

Kekuatan aktor dapat dibedakan ke dalam beberapa dimensi. Kekuatan formal berkaitan dengan jabatan dan kewenangan resmi. Kekuatan informal berasal dari relasi personal, pengaruh sosial, atau kemampuan memobilisasi dukungan. Kekuatan simbolik berkaitan dengan legitimasi moral, reputasi, dan otoritas nilai. Kekuatan jaringan berkaitan dengan seberapa luas akses seorang aktor ke berbagai pihak yang relevan.

Dalam isu kesehatan, dokter spesialis yang dikenal publik mungkin memiliki kekuatan simbolik yang tinggi. Ketua DPRD memiliki kekuatan formal yang tinggi. Kepala desa yang disegani masyarakat memiliki kekuatan informal yang tinggi. Jurnalis atau influencer lokal yang memiliki

banyak pengikut memiliki kekuatan jaringan yang kuat. Semua jenis kekuatan ini penting dalam strategi advokasi.

Kita perlu dilatih untuk tidak melihat kekuatan secara sempit. Sering kali pihak yang secara formal tidak begitu tinggi justru sangat menentukan arah opini dan jalannya kebijakan. Oleh sebab itu, analisis kekuatan harus sensitif terhadap konteks lokal. Aktor yang kuat di satu daerah belum tentu kuat di daerah lain.

Memahami dimensi kekuatan juga membantu advokat menentukan pintu masuk. Jika akses ke pejabat formal sulit, kadang pendekatan melalui aktor yang memiliki kekuatan simbolik atau jaringan lebih efektif untuk membuka ruang dialog.

4.6 Analisis Interest: Memahami Tingkat Kepentingan Aktor

Selain kekuatan, dimensi lain yang penting adalah interest atau kepentingan. Interest merujuk pada sejauh mana seorang aktor peduli, merasa terkait, atau memiliki insentif untuk mendukung atau menolak suatu perubahan kebijakan. Dua aktor dengan power yang sama belum tentu memiliki interest yang sama. Justru, sering kali aktor yang kuat tetapi tidak terlalu peduli menjadi tantangan tersendiri dalam advokasi.

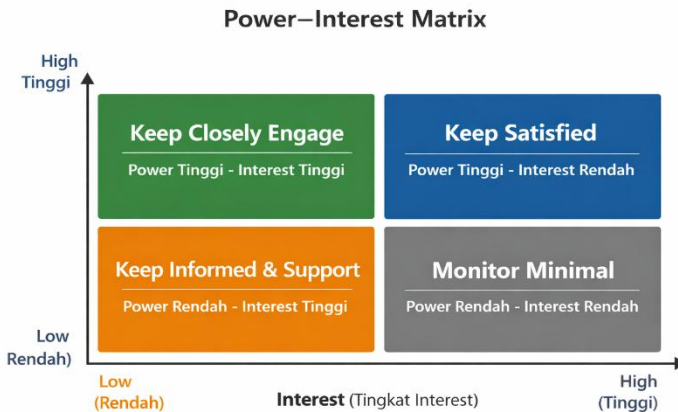
Interest dapat muncul dari berbagai sumber. Ada aktor yang tertarik karena isu menyentuh mandat kerjanya, seperti Dinas Kesehatan pada isu stunting. Ada yang tertarik karena isu menyangkut citra politik, seperti kepala daerah menjelang evaluasi kinerja. Ada yang tertarik karena isu menyentuh nilai

moral atau keagamaan, seperti tokoh agama pada isu kesehatan remaja. Ada pula yang berkepentingan secara ekonomi, baik mendukung maupun menolak, misalnya pelaku usaha pada regulasi rokok atau sampah.

Mengukur interest penting karena strategi advokasi terhadap aktor yang sudah peduli tentu berbeda dari strategi terhadap aktor yang apatis. Aktor dengan power tinggi tetapi interest rendah perlu diyakinkan bahwa isu tersebut penting dan relevan bagi dirinya. Sebaliknya, aktor dengan interest tinggi tetapi power rendah mungkin lebih cocok dijadikan basis dukungan, penguat narasi publik, atau anggota koalisi.

Dalam kelas, kita sering cenderung menilai aktor hanya dari jabatan. Padahal, membaca tingkat kepedulian dan kepentingan sama pentingnya dengan membaca jabatan formal. Keduanya baru bermakna ketika dilihat bersama.

4.7 Matriks Power–Interest



Matriks power–interest adalah alat visual yang paling umum digunakan untuk memetakan stakeholder. Sumbu vertikal menunjukkan tingkat power, sedangkan sumbu horizontal menunjukkan tingkat interest. Hasilnya adalah empat kuadran utama: power tinggi–interest tinggi, power tinggi–interest rendah, power rendah–interest tinggi, dan power rendah–interest rendah.

Aktor pada kuadran power tinggi–interest tinggi merupakan kelompok paling strategis. Mereka harus dilibatkan secara intensif dan, bila memungkinkan, dijadikan champion. Actor pada kuadran power tinggi–interest rendah perlu didekati dengan data yang kuat, framing yang relevan, dan argumen yang menunjukkan mengapa isu tersebut penting bagi mereka. Actor pada kuadran power rendah–interest tinggi dapat dijadikan basis dukungan, koalisi, dan penggerak lapangan. Actor pada kuadran power rendah–

interest rendah biasanya cukup dipantau tanpa menjadi fokus utama.

Matriks ini tidak dimaksudkan untuk menyederhanakan realitas secara berlebihan, tetapi untuk membantu prioritas strategi. Dalam praktiknya, posisi aktor bisa bergerak. Media yang awalnya interest-nya rendah bisa menjadi tinggi ketika isu viral. DPRD yang awalnya netral bisa menjadi pendukung setelah mendapat tekanan publik. Karena itu, matriks perlu diperbarui seiring perkembangan proses advokasi.

Bagi kita, matriks power-interest sangat bermanfaat karena memaksa mereka mengubah daftar aktor yang panjang menjadi peta strategis yang lebih operasional.

4.8 Stakeholder Mapping pada Kasus Stunting dan Kawasan Tanpa Rokok

Kasus stunting merupakan contoh yang baik untuk mempraktikkan stakeholder mapping. Aktor yang relevan antara lain bupati, DPRD, Dinas Kesehatan, Dinas PUPR, Dinas Sosial, pemerintah desa, Puskesmas, kader posyandu, PKK, akademisi, media lokal, organisasi profesi, tokoh agama, dan keluarga sasaran. Setiap aktor memiliki posisi yang berbeda.

Bupati biasanya memiliki power tinggi dan, tergantung konteks, interest sedang sampai tinggi karena stunting terkait target kinerja daerah. DPRD memiliki power tinggi karena berkaitan dengan anggaran dan regulasi. Dinas Kesehatan memiliki interest tinggi dan power menengah hingga tinggi dalam implementasi teknis. Kader posyandu dan keluarga sasaran memiliki interest tinggi tetapi power rendah. Media

lokal bisa memiliki power menengah dan interest yang dapat berubah sesuai momentum isu.

Dari pemetaan ini, strategi advokasi dapat disusun. Bupati dan DPRD perlu pendekatan formal dan policy brief. Dinas teknis perlu diskusi teknis dan koordinasi lintas sektor. Kader dan masyarakat perlu penguatan peran agar menjadi basis dukungan. Media perlu diberi data dan framing yang menarik. Contoh ini menunjukkan bahwa satu isu kesehatan menuntut strategi yang berlapis, tidak cukup dengan pendekatan tunggal.

Pada isu Kawasan Tanpa Rokok, peta aktor juga sangat beragam. Aktor pendukung dapat meliputi Dinas Kesehatan, organisasi profesi kesehatan, sekolah, komunitas orang tua, kelompok anti-rokok, dan media tertentu. Aktor yang cenderung menolak dapat meliputi pengusaha rokok, pedagang tertentu, atau kelompok yang menganggap regulasi tersebut membatasi kebebasan.

DPRD dan kepala daerah berada dalam posisi kunci karena menentukan apakah perda atau peraturan daerah dapat disahkan. Sekolah dan fasilitas kesehatan dapat menjadi contoh implementasi. Media dapat berperan memperkuat narasi bahwa KTR adalah perlindungan terhadap hak masyarakat untuk menghirup udara bersih, bukan sekadar pembatasan perilaku perokok.

Dari contoh ini Kita belajar bahwa stakeholder mapping juga harus mempertimbangkan pihak yang mungkin menolak perubahan. Penolakan bukan sekadar hambatan, tetapi bagian dari realitas kebijakan yang harus dikelola dengan strategi etis dan berbasis bukti.

4.9 Strategi Pendekatan Berdasarkan Posisi Stakeholder

Setelah peta aktor dibuat, langkah berikutnya adalah menentukan strategi pendekatan. Tidak semua aktor harus didekati dengan cara yang sama. Aktor dengan power tinggi–interest tinggi perlu dilibatkan secara intensif, misalnya melalui audiensi resmi, diskusi kebijakan, pelibatan dalam forum perencanaan, dan pemberian brief berkala. Aktor dengan power tinggi–interest rendah memerlukan upaya meyakinkan, misalnya dengan menunjukkan data yang relevan, dampak politik atau ekonomi, serta konsekuensi bila masalah diabaikan.

Aktor dengan power rendah–interest tinggi biasanya merupakan basis dukungan. Mereka dapat didekati melalui forum komunitas, pelatihan, diskusi warga, dan kampanye publik. Sementara aktor dengan power rendah–interest rendah cukup dipantau, karena terlalu banyak energi untuk kelompok ini sering tidak efisien.

Strategi pendekatan juga harus mempertimbangkan karakter aktor. DPRD biasanya membutuhkan informasi yang ringkas, jelas, dan terkait konstituen atau anggaran. Dinas teknis membutuhkan data operasional dan solusi implementatif. Media membutuhkan angka yang menarik dan cerita yang relevan. Tokoh masyarakat membutuhkan pendekatan nilai dan legitimasi sosial. Dengan demikian, strategi pendekatan adalah kombinasi antara posisi stakeholder dan gaya komunikasi yang sesuai.

Audiensi resmi merupakan salah satu strategi penting ketika berhadapan dengan aktor yang memiliki kekuatan formal tinggi. Audiensi harus dipersiapkan dengan baik:

tujuan jelas, data singkat namun kuat, rekomendasi realistis, dan pembagian peran tim yang rapi. Audiensi bukan tempat ceramah panjang, tetapi ruang negosiasi yang terfokus.

Policy brief menjadi alat pendukung yang sangat penting dalam audiensi. Dokumen ini harus ringkas, berbasis bukti, dan menawarkan opsi kebijakan yang jelas. Bagi pembuat kebijakan, *Policy brief* sering kali lebih berguna daripada laporan panjang. Karena itu, Kita perlu memahami bahwa pemetaan stakeholder harus berujung pada pilihan alat komunikasi yang tepat.

Lobi adalah bentuk komunikasi yang lebih fleksibel, baik formal maupun informal, untuk membangun pengaruh dan dukungan. Dalam lobi, relasi personal, waktu yang tepat, dan kemampuan membaca kepentingan lawan bicara sangat penting. Namun, lobi dalam advokasi kesehatan harus tetap menjaga etika, transparansi, dan orientasi kepentingan publik.

Advokasi kesehatan jarang berhasil jika dilakukan sendirian. Karena itu, koalisi menjadi strategi yang sangat penting. Koalisi adalah kerja sama antara berbagai pihak yang memiliki kepentingan searah untuk mencapai tujuan kebijakan tertentu. Dalam konteks kesehatan, koalisi dapat melibatkan akademisi, organisasi profesi, komunitas, media, LSM, dan tokoh masyarakat.

Koalisi memperkuat advokasi setidaknya dalam tiga hal. Pertama, memperbesar legitimasi karena suara yang muncul tidak berasal dari satu pihak saja. Kedua, memperluas sumber daya, baik data, jaringan, maupun tenaga. Ketiga, memperbesar tekanan politik karena isu terlihat mendapatkan dukungan luas. Namun, membangun koalisi

juga membutuhkan pengelolaan. Setiap anggota memiliki gaya kerja, agenda, dan prioritas yang mungkin tidak selalu sama.

Kita perlu belajar bahwa membangun koalisi bukan sekadar mengumpulkan nama. Koalisi yang efektif memerlukan tujuan bersama, pembagian peran, komunikasi yang terjaga, dan etika kolaborasi yang baik. Dalam stakeholder mapping, koalisi sering dibangun terutama dari aktor dengan interest tinggi, baik yang power-nya tinggi maupun rendah.

4.10 Peran Media dan Opini Publik dalam Peta Aktor

Media sering kali diperlakukan hanya sebagai saluran publikasi. Padahal dalam banyak isu kesehatan, media adalah stakeholder itu sendiri karena memiliki kemampuan membentuk opini publik dan memengaruhi agenda kebijakan. Jurnalis yang mengangkat isu berulang kali dapat meningkatkan tekanan pada pemerintah. Sebaliknya, media yang membingkai isu secara negatif dapat melemahkan upaya advokasi.

Opini publik juga merupakan bentuk kekuatan yang tidak boleh diremehkan. Beberapa kebijakan sulit diambil bukan karena datanya lemah, tetapi karena opini publik belum terbentuk atau bahkan menolak. Karena itu, stakeholder mapping harus mempertimbangkan hubungan antara aktor formal dan opini publik. Kadang-kadang mengubah persepsi publik melalui media justru menjadi langkah awal untuk memengaruhi aktor formal.

Dalam pembelajaran advokasi, Kita perlu melihat media bukan hanya sebagai pihak luar, tetapi sebagai aktor strategis yang dapat menjadi pendukung, pengganda pesan, atau bahkan penghambat tergantung bagaimana isu dibingkai dan dikelola.

4.11 Resistensi, Konflik Kepentingan, dan Manajemen Risiko

Tidak semua aktor akan menyambut advokasi secara positif. Beberapa mungkin merasa dirugikan, terancam, atau tidak diuntungkan oleh perubahan kebijakan. Di sinilah pentingnya membaca resistensi sejak awal. Resistensi dapat muncul karena kepentingan ekonomi, perbedaan nilai, takut kehilangan kekuasaan, keterbatasan anggaran, atau kekhawatiran terhadap beban administratif tambahan.

Konflik kepentingan juga harus diwaspadai. Dalam isu kesehatan lingkungan, misalnya, aktor yang memiliki hubungan dengan industri dapat memengaruhi arah keputusan. Dalam isu rokok, dukungan atau penolakan sering terkait kepentingan bisnis. Karena itu, stakeholder mapping tidak boleh hanya mencatat siapa aktornya, tetapi juga kemungkinan agenda tersembunyi atau conflict of interest yang melekat pada posisinya.

Manajemen risiko dalam advokasi berarti mengantisipasi bentuk penolakan, menyiapkan argumen alternatif, menjaga etika komunikasi, dan menghindari langkah-langkah yang justru memperuncing konflik tanpa manfaat strategis. Dengan kata lain, peta stakeholder juga berfungsi sebagai peta risiko.

BAB 5

EVIDENCE-BASED ADVOCACY

Dalam advokasi kesehatan, kekuatan argumen tidak cukup dibangun oleh niat baik, pengalaman lapangan, atau keresahan moral semata. Ketiganya penting, tetapi tidak memadai bila tidak didukung oleh bukti yang dapat dipertanggungjawabkan. Di sinilah konsep evidence-based advocacy menjadi sangat penting. Evidence-based advocacy adalah pendekatan advokasi yang menggunakan data, hasil penelitian, informasi program, evaluasi kebijakan, dan pengalaman lapangan yang tervalidasi sebagai dasar untuk memengaruhi pengambil keputusan. Pendekatan ini menempatkan bukti sebagai fondasi utama bagi proses komunikasi, lobi, pengambilan posisi kebijakan, dan penyusunan rekomendasi.

Di bidang kesehatan masyarakat, kebutuhan akan advokasi berbasis bukti semakin kuat karena isu kesehatan sering berada dalam arena yang sangat kompetitif. Pemerintah harus membagi perhatian dan anggaran ke banyak sektor sekaligus, sementara para pembuat kebijakan tidak memiliki waktu untuk mempelajari setiap isu secara mendalam. Dalam kondisi seperti ini, advokasi yang tidak didukung bukti cenderung kalah oleh isu lain yang lebih terstruktur, lebih terukur, dan lebih mudah dipertanggungjawabkan. Sebaliknya, advokasi yang

menyajikan bukti kuat, relevan, dan komunikatif akan lebih mudah diterima sebagai dasar pengambilan keputusan.

Evidence-based advocacy tidak berarti bahwa advokasi harus selalu menunggu data sempurna. Dalam praktik kebijakan, data sering tidak lengkap, tidak mutakhir, atau tidak tersedia pada level yang paling ideal. Namun demikian, advokat kesehatan tetap dituntut mampu menggunakan bukti terbaik yang tersedia, menginterpretasikannya secara hati-hati, menjelaskan keterbatasannya secara jujur, dan menyusunnya menjadi pesan kebijakan yang tajam. Keterampilan ini sangat penting bagi kita sebagai tenaga kesehatan masyarakat, karena di lapangan mereka akan berhadapan dengan situasi di mana keputusan harus dibuat dengan sumber data yang beragam dan kualitas informasi yang tidak selalu sama.

Bab ini membahas konsep evidence-based advocacy secara mendalam. Pembahasan meliputi pengertian bukti dalam advokasi, jenis-jenis evidence yang relevan, peran data sebagai alat advokasi, sumber data kesehatan di Indonesia seperti surveilans, Riskesdas, SSGI, BPS, dan profil kesehatan, keterampilan membaca data secara kritis, teknik mengubah data menjadi argumen advokasi, prinsip etika dalam penggunaan data, serta contoh kasus dalam isu stunting, hipertensi, polusi udara, dan sanitasi. Dengan menguasai bab ini, Kita diharapkan tidak hanya mampu membaca angka, tetapi juga mampu mengubah angka tersebut menjadi alasan kebijakan yang kuat dan meyakinkan.

5.1 Konsep Dasar Evidence-Based Advocacy

Secara konseptual, evidence-based advocacy adalah penggunaan bukti terbaik yang tersedia untuk memengaruhi pembuat kebijakan agar mengambil keputusan yang lebih rasional, adil, dan efektif. Istilah ini berkembang dari tradisi evidence-based public health dan evidence-based medicine, tetapi memiliki karakteristik khusus karena orientasinya bukan hanya pada keputusan klinis atau program, melainkan juga pada proses advokasi dan kebijakan. Bila evidence-based medicine fokus pada keputusan klinis individual, maka evidence-based advocacy fokus pada keputusan publik yang memengaruhi populasi yang lebih luas.

Dalam konteks advokasi, kata evidence tidak boleh dipersempit hanya menjadi hasil penelitian eksperimental atau jurnal internasional. Bukti dalam advokasi dapat mencakup data surveilans, hasil survei nasional, laporan program, audit layanan, data anggaran, hasil evaluasi kebijakan, studi kasus, bahkan testimoni lapangan yang tervalidasi. Yang terpenting adalah bukti tersebut relevan dengan masalah yang dibahas, berasal dari sumber yang kredibel, dan dapat dipertanggungjawabkan. Dengan demikian, evidence-based advocacy bersifat pragmatis sekaligus ilmiah: ia menuntut kualitas data, tetapi juga menghargai konteks lapangan.

WHO menekankan bahwa promosi kesehatan dan advokasi kebijakan harus menggunakan bukti yang cukup untuk meyakinkan pengambil keputusan (WHO, 1998). Dalam praktiknya, pengambil kebijakan jarang menunggu publikasi ilmiah sempurna sebelum bertindak. Mereka lebih membutuhkan rangkuman bukti yang jelas, mudah dipahami,

dan langsung berkaitan dengan keputusan yang harus diambil. Karena itu, evidence-based advocacy juga menuntut kemampuan translasi ilmu, yaitu kemampuan menerjemahkan data teknis menjadi bahasa kebijakan yang operasional.

Bagi Kita sebagai tenaga kesehatan masyarakat, memahami konsep ini sangat penting karena mereka akan bekerja di ruang yang menghubungkan ilmu dan kebijakan. Seorang advokat kesehatan yang baik bukan sekadar pengumpul data, melainkan penerjemah bukti menjadi tindakan kebijakan.

Data adalah alat untuk menunjukkan bahwa suatu masalah benar-benar ada, cukup besar, dan cukup penting untuk ditangani. Dalam advokasi kesehatan, data berfungsi sebagai dasar legitimasi. Tanpa data, sebuah isu cenderung hanya tampak sebagai pendapat, asumsi, atau aspirasi moral. Dengan data, isu berubah menjadi masalah publik yang terukur. Misalnya, pernyataan bahwa stunting masih tinggi akan jauh lebih kuat ketika disertai angka prevalensi, distribusi wilayah, tren waktu, dan dampaknya terhadap kualitas sumber daya manusia.

Data juga berfungsi untuk menentukan prioritas. Dalam kondisi sumber daya yang terbatas, pemerintah perlu mengetahui isu mana yang paling mendesak dan paling layak didahulukan. Data membantu menjawab pertanyaan tersebut secara lebih objektif. Selain itu, data sangat penting untuk menilai ketimpangan. Sebuah kabupaten mungkin tampak memiliki indikator kesehatan yang cukup baik secara rata-rata, tetapi data rinci bisa menunjukkan bahwa terdapat desa tertentu yang tertinggal jauh. Dengan demikian, data bukan

hanya alat pembuktian, tetapi juga alat keadilan, karena membantu menunjukkan siapa yang selama ini tidak terlihat dalam rata-rata statistik.

Lebih jauh lagi, data berperan dalam menghubungkan masalah dengan solusi. Data yang baik tidak hanya menunjukkan besarnya masalah, tetapi juga membantu mengidentifikasi faktor determinan, populasi sasaran, dan titik masuk kebijakan. Misalnya, bila data menunjukkan bahwa hipertensi tinggi tetapi cakupan skrining rendah, maka rekomendasi kebijakan dapat diarahkan pada penguatan deteksi dini. Bila data menunjukkan bahwa diare tinggi di wilayah dengan sanitasi buruk, maka advokasi harus mengarah pada kebijakan sanitasi dan air bersih.

Pada tahap evaluasi, data kembali berperan untuk menilai apakah kebijakan berhasil. Oleh karena itu, data dalam advokasi kesehatan tidak hanya berguna sebelum kebijakan dibuat, tetapi juga selama implementasi dan sesudahnya.

5.2 Jenis-Jenis Bukti dalam Evidence-Based Advocacy

Bukti dalam advokasi kesehatan dapat dibagi ke dalam beberapa kategori. Pertama, bukti epidemiologis, yaitu data tentang prevalensi, insidensi, mortalitas, distribusi kasus, dan faktor risiko. Bukti ini penting untuk menunjukkan besaran masalah dan pola distribusinya. Kedua, bukti programatik, yaitu data dari pelaksanaan program seperti cakupan layanan, ketersediaan SDM, kinerja Puskesmas, atau kendala pelaksanaan. Ketiga, bukti ekonomi, yaitu data biaya, beban

pembiayaan, cost-benefit, dan kerugian ekonomi akibat suatu masalah kesehatan.

Keempat, bukti kebijakan, yaitu hasil evaluasi kebijakan sebelumnya, perbandingan antardaerah, peraturan yang berlaku, serta gap implementasi. Kelima, bukti sosial dan kualitatif, yaitu persepsi masyarakat, pengalaman kelompok terdampak, wawancara, dan testimoni lapangan. Bukti kualitatif sangat penting karena membantu menjelaskan makna di balik angka dan memberi wajah manusia pada statistik.

Dalam praktik advokasi, bukti yang paling kuat sering justru berasal dari kombinasi berbagai jenis evidence, bukan dari satu sumber tunggal. Data kuantitatif memberi kekuatan pada besar masalah, sedangkan data kualitatif membantu menjelaskan konteks dan urgensinya. Bukti ekonomi membantu meyakinkan pembuat anggaran, sementara bukti kebijakan membantu menunjukkan bahwa solusi yang diusulkan realistis dan sesuai kewenangan.

Kita perlu memahami bahwa kualitas advokasi bukan hanya ditentukan oleh seberapa canggih data yang digunakan, tetapi oleh seberapa tepat kombinasi evidence yang dipilih untuk menjawab kebutuhan pengambil keputusan.

Dalam tradisi ilmiah, bukti sering disusun dalam hierarki, dari yang dianggap paling kuat sampai yang lebih lemah. Dalam riset kesehatan, uji acak terkontrol sering ditempatkan tinggi, disusul kohort, kasus-kontrol, studi potong lintang, dan laporan kasus. Namun, dalam advokasi kesehatan, hierarki bukti tidak boleh dipahami secara kaku. Kebijakan publik jarang menunggu uji eksperimental yang

sempurna. Banyak keputusan justru perlu diambil berdasarkan kombinasi bukti terbaik yang tersedia.

Kesesuaian konteks sering kali lebih penting daripada formalitas hierarki. Misalnya, untuk masalah lokal seperti pencemaran sungai oleh limbah industri, hasil pemeriksaan kualitas air, laporan kasus Puskesmas, observasi lapangan, dan testimoni warga bisa lebih relevan bagi pemerintah daerah dibanding meta-analisis internasional yang jauh dari konteks lokal. Sebaliknya, untuk kebijakan nasional seperti pengendalian konsumsi garam, systematic review dan rekomendasi WHO akan sangat penting.

Karena itu, Kita harus belajar dua hal sekaligus: menghargai kualitas metodologis bukti, dan menilai relevansi bukti terhadap konteks kebijakan. Bukti yang sangat kuat secara metodologis tetapi tidak relevan dengan konteks lokal kadang kurang efektif untuk advokasi. Sebaliknya, bukti lokal yang sangat relevan harus tetap dibaca secara kritis agar tidak disalahgunakan.

Pendekatan evidence-based advocacy yang matang akan selalu mempertimbangkan pertanyaan: apakah bukti ini valid, apakah bukti ini relevan, dan apakah bukti ini dapat diterjemahkan menjadi keputusan kebijakan yang realistis?

5.3 Sumber Data Surveilans Kesehatan

Surveilans kesehatan adalah proses pengumpulan, analisis, interpretasi, dan penyebaran data kesehatan secara terus-menerus untuk tindakan kesehatan masyarakat. Dalam advokasi, data surveilans sangat berharga karena memungkinkan Kita melihat tren, mendeteksi peningkatan

masalah, dan menunjukkan urgensi intervensi. Berbeda dengan survei periodik, surveilans lebih dekat dengan dinamika lapangan dan sering kali menjadi sumber paling cepat untuk mendeteksi perubahan situasi.

Di Indonesia, data surveilans banyak digunakan untuk penyakit menular seperti TB, DBD, malaria, campak, diare, HIV, dan penyakit lain yang dilaporkan melalui sistem rutin. Surveilans juga dapat diterapkan pada kesehatan lingkungan, gizi, kematian ibu, serta kejadian tertentu seperti keracunan makanan. Keunggulan surveilans adalah sifatnya yang berkelanjutan. Namun, Kita juga perlu memahami keterbatasannya: kualitas pencatatan bisa bervariasi, ketergantungan pada fasilitas layanan tinggi, dan under-reporting mungkin terjadi bila akses layanan rendah.

Dalam advokasi, data surveilans berguna untuk menunjukkan pola waktu dan lokasi. Misalnya, lonjakan DBD dalam tiga bulan berturut-turut dapat digunakan untuk mendorong penguatan program pengendalian vektor. Peningkatan kasus diare di desa tertentu dapat menjadi dasar advokasi sanitasi. Dengan demikian, surveilans bukan hanya alat monitoring program, tetapi juga bahan bakar penting bagi kebijakan berbasis bukti.

Bagi Kita, penting untuk belajar membaca surveilans bukan hanya sebagai daftar angka kasus, tetapi sebagai sinyal kebijakan yang memerlukan interpretasi dan tindak lanjut.

Riskesmas merupakan salah satu sumber data paling penting dalam kesehatan masyarakat Indonesia. Survei ini memberikan gambaran nasional dan subnasional tentang status kesehatan penduduk, perilaku kesehatan, penyakit menular, penyakit tidak menular, kesehatan lingkungan, dan

gizi. Riskesdas sangat berguna dalam advokasi karena memiliki legitimasi tinggi, metodologi yang jelas, dan dapat menjadi pembanding antarwilayah.

Untuk isu gizi, Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) menjadi sumber yang sangat relevan, terutama dalam pembahasan stunting, wasting, dan underweight. SSGI memberi gambaran yang lebih fokus dan sering lebih operasional untuk advokasi penurunan stunting di tingkat daerah. Selain itu, terdapat juga data dari BPS, Survei Sosial Ekonomi Nasional, dan survei khusus yang dilakukan kementerian atau lembaga lain.

Keunggulan survei nasional adalah kualitas metodologinya relatif kuat dan hasilnya dapat digunakan untuk framing kebijakan pada level yang lebih tinggi. Kelemahannya, survei biasanya tidak cukup rinci untuk menggambarkan situasi mikro seperti desa, dusun, atau kelompok sangat spesifik. Oleh karena itu, dalam advokasi daerah, data survei nasional sebaiknya dikombinasikan dengan data lokal agar lebih relevan.

Profil Kesehatan Indonesia dan Profil Kesehatan Daerah adalah sumber penting untuk melihat indikator kesehatan secara tahunan. Profil ini biasanya memuat data tentang demografi, sumber daya kesehatan, fasilitas pelayanan, penyakit menular dan tidak menular, kesehatan ibu dan anak, gizi, kesehatan lingkungan, serta program prioritas. Dalam advokasi, profil kesehatan berguna karena lebih dekat dengan struktur birokrasi dan sering menjadi rujukan resmi pemerintah daerah.

Data BPS melengkapi analisis kesehatan dengan informasi sosial ekonomi, kemiskinan, pendidikan, kependudukan, sanitasi, dan karakteristik wilayah. Banyak masalah kesehatan tidak dapat dipahami hanya dari data klinis atau epidemiologis. Misalnya, untuk menjelaskan stunting, Kita perlu melihat data kemiskinan, pengeluaran rumah tangga, pendidikan ibu, akses air bersih, dan kondisi perumahan. Data BPS menjadi sangat penting dalam konteks ini.

Sementara itu, data administratif seperti klaim BPJS Kesehatan, jumlah kunjungan Puskesmas, ketersediaan obat, atau angka rujukan dapat menunjukkan pola pemanfaatan layanan dan beban sistem kesehatan. Data administratif sering dipandang kurang ilmiah dibanding survei, tetapi justru sangat kuat dalam menunjukkan masalah operasional yang membutuhkan kebijakan segera.

Evidence-based advocacy menuntut kemampuan membaca data secara kritis. Artinya, Kita tidak boleh puas hanya dengan melihat angka yang tampak menarik. Setiap data harus ditanya kembali: dari mana sumbernya, kapan dikumpulkan, bagaimana metodenya, apa definisi operasionalnya, apakah representatif, dan apa keterbatasannya. Sikap kritis ini sangat penting agar advokasi tidak terjebak pada kesimpulan yang berlebihan atau salah arah.

Beberapa pertanyaan kunci saat membaca data adalah: apakah data ini terbaru, apakah data ini valid, apakah ada pembanding, apakah ada bias pelaporan, dan apakah data ini cukup relevan untuk konteks kebijakan yang sedang dibahas. Misalnya, penurunan stunting dua persen perlu dibaca hati-

hati: apakah penurunan itu signifikan, apakah merata di semua wilayah, apakah metode pengukuran konsisten, dan apakah penurunan itu cukup untuk mencapai target.

Membaca data secara kritis juga berarti membedakan korelasi dan kausalitas. Dalam advokasi, godaan untuk menyederhanakan hubungan sebab-akibat sangat besar karena pembuat kebijakan biasanya menyukai pesan singkat. Namun, simplifikasi yang berlebihan berisiko menghasilkan rekomendasi kebijakan yang lemah.

5.4 Membandingkan Data dan Menafsirkan Kesenjangan

Data akan lebih bermakna bila dibandingkan dengan standar, target, tren, atau wilayah lain. Tanpa pembanding, angka hanya menjadi informasi statis. Dalam advokasi kesehatan, pembanding bisa berupa target RPJMN, standar pelayanan minimal, rata-rata provinsi, target kepala daerah, atau tren lima tahun terakhir. Dengan pembanding seperti itu, Kita dapat menunjukkan adanya kesenjangan yang jelas antara kondisi aktual dan kondisi yang diharapkan.

Sebagai contoh, prevalensi hipertensi 34 persen akan lebih bermakna bila dibandingkan dengan cakupan skrining yang hanya 40 persen. Ini menunjukkan bukan hanya masalah beban penyakit, tetapi juga gap sistem pelayanan. Demikian pula prevalensi stunting 28 persen menjadi lebih kuat saat dibandingkan dengan target nasional 14 persen. Kesenjangan seperti inilah yang sering menjadi dasar problem statement kebijakan.

Penafsiran kesenjangan harus hati-hati. Tidak semua gap berarti kegagalan program; kadang gap muncul karena target terlalu tinggi, konteks wilayah berbeda, atau data pembanding tidak sepadan. Namun demikian, bila kesenjangan konsisten, besar, dan didukung data lain, maka ia menjadi argumen advokasi yang sangat kuat.

5.5 Mengubah Data Menjadi Narasi Kebijakan

Salah satu keterampilan terpenting dalam evidence-based advocacy adalah kemampuan mengubah data menjadi narasi kebijakan. Data mentah jarang cukup untuk meyakinkan pembuat keputusan. Pembuat kebijakan membutuhkan jawaban atas tiga hal: apa masalahnya, mengapa masalah ini penting, dan apa yang harus dilakukan. Dengan kata lain, data harus diterjemahkan menjadi cerita kebijakan yang singkat, jelas, dan mengarah pada keputusan.

Sebagai contoh, angka stunting 28 persen dapat diterjemahkan ke dalam narasi: Hampir satu dari tiga balita di Kabupaten X mengalami gangguan pertumbuhan, terutama di desa pesisir miskin. Kondisi ini mengancam kualitas sumber daya manusia daerah dan menunjukkan perlunya penguatan intervensi gizi serta sanitasi berbasis anggaran daerah. Narasi seperti ini jauh lebih kuat daripada sekadar menyebut angka 28 persen.

Narasi kebijakan yang baik harus menghubungkan data dengan dampak. Dampak tersebut bisa berupa kesehatan, sosial, ekonomi, atau politik. Bila target audiens adalah pembuat anggaran, maka data perlu dikaitkan dengan biaya. Bila target audiens adalah kepala daerah, data dapat dikaitkan

dengan capaian RPJMD. Bila target audiens adalah publik, data dapat dikaitkan dengan hak masyarakat atas layanan yang layak.

5.6 Visualisasi Data untuk Advokasi

Visualisasi data merupakan bagian penting dari evidence-based advocacy karena manusia cenderung lebih cepat memahami pola melalui grafik, peta, tabel ringkas, dan infografis dibanding paragraf panjang. Dalam forum kebijakan yang waktunya singkat, visualisasi yang baik dapat menyampaikan pesan utama dengan lebih efektif. Namun, visualisasi tidak boleh hanya menarik secara estetis; ia harus jujur, akurat, dan mudah dibaca.

Grafik tren berguna untuk menunjukkan kenaikan atau penurunan masalah dari waktu ke waktu. Diagram batang cocok untuk membandingkan antarwilayah atau antarkelompok. Peta tematik sangat kuat untuk menunjukkan konsentrasi masalah di lokasi tertentu. Tabel ringkas berguna untuk menunjukkan pembandingan utama, misalnya target versus capaian. Dalam advokasi, visualisasi sebaiknya sederhana dan fokus pada satu pesan kunci per gambar.

Kesalahan yang sering terjadi adalah membuat visualisasi terlalu padat, terlalu dekoratif, atau menyesatkan secara skala. Kita perlu belajar memilih bentuk visual yang sesuai dengan jenis data dan tujuan advokasinya.

5.7 Bukti Kualitatif dan Cerita Lapangan

Meskipun data kuantitatif sangat penting, advokasi kesehatan tidak boleh mengabaikan bukti kualitatif. Cerita lapangan, wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, dan testimoni masyarakat memiliki kekuatan khusus karena memberi konteks dan sisi manusiawi pada data. Angka prevalensi memang menunjukkan bahwa masalah itu besar, tetapi cerita lapangan menjelaskan bagaimana masalah itu dialami oleh manusia nyata.

Contohnya, data dapat menunjukkan bahwa skrining hipertensi rendah. Namun wawancara dengan warga mungkin mengungkap bahwa Puskesmas jauh, jam layanan tidak sesuai dengan jam kerja, atau masyarakat takut diketahui sakit karena stigma. Informasi seperti ini sangat penting untuk merancang kebijakan yang lebih sensitif terhadap realitas lapangan.

Namun bukti kualitatif harus digunakan secara hati-hati. Testimoni satu orang tidak boleh digeneralisasi menjadi kesimpulan populasi tanpa dukungan data lain. Karena itu, bukti kualitatif paling kuat bila digunakan untuk memperkaya, menjelaskan, atau menghidupkan temuan kuantitatif.

5.8 Etika Penggunaan Data dalam Advokasi

Evidence-based advocacy harus dijalankan dengan etika yang kuat. Penggunaan data kesehatan menyangkut tanggung jawab profesional karena data dapat memengaruhi reputasi institusi, persepsi publik, bahkan martabat kelompok tertentu. Karena itu, advokat kesehatan harus menjunjung

tinggi kejujuran, transparansi, akuntabilitas, dan perlindungan kerahasiaan.

Manipulasi data, pemilihan angka secara selektif untuk membesar-besarkan masalah, atau penyajian informasi tanpa konteks merupakan bentuk pelanggaran etika. Demikian pula penggunaan foto atau cerita pribadi tanpa izin, terutama bila menyangkut anak, pasien, atau kelompok rentan. Dalam advokasi, kredibilitas adalah aset utama.

Etika juga menuntut advokat untuk jujur mengenai keterbatasan data. Bila data belum lengkap atau masih bersifat indikatif, hal itu perlu dinyatakan. Menyembunyikan keterbatasan bukan tanda profesionalisme.

BAB 6

TEKNIK KOMUNIKASI DAN NEGOSIASI DALAM ADVOKASI KESEHATAN

Advokasi kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kualitas data, tetapi juga oleh kemampuan menyampaikan data tersebut dengan cara yang meyakinkan, etis, dan strategis. Banyak usulan kebijakan yang secara teknis sangat baik, namun gagal memengaruhi keputusan karena dikomunikasikan dengan cara yang kaku, terlalu teknis, atau tidak sesuai dengan kepentingan audiens. Oleh sebab itu, teknik komunikasi dan negosiasi merupakan kompetensi inti dalam advokasi kesehatan.

Dalam konteks kesehatan masyarakat, komunikasi advokasi berbeda dengan komunikasi penyuluhan biasa. Komunikasi advokasi tidak hanya bertujuan memberi informasi, tetapi mendorong perubahan sikap, dukungan, dan keputusan pada level kebijakan. Sasaran komunikasinya pun beragam, mulai dari DPRD, kepala daerah, dinas kesehatan, media, komunitas, sampai kelompok kepentingan yang mungkin menolak perubahan kebijakan. Karena itu, kita perlu memahami komunikasi sebagai proses strategis, bukan sekadar kegiatan berbicara.

Negosiasi juga memiliki posisi penting karena kebijakan publik hampir selalu lahir dari kompromi. Di lapangan, seorang advokat sering berhadapan dengan keterbatasan anggaran, resistensi politik, konflik kepentingan, dan perbedaan prioritas antar-lembaga. Dalam situasi seperti ini, kemampuan bernegosiasi membantu advokat menjaga tujuan utama sambil tetap membuka ruang kesepahaman dengan pihak lain.

Bab ini membahas komunikasi persuasif, teknik lobi, negosiasi kebijakan, public speaking advokasi, pengelolaan audiens, penyusunan pesan, serta praktik komunikasi etis dalam forum formal maupun informal. Dengan menguasai bab ini, kita diharapkan tidak hanya mampu memahami materi advokasi secara teoritis, tetapi juga mampu menyampaikan gagasan secara efektif dalam berbagai arena kebijakan.

6.1 Hakikat Komunikasi dalam Advokasi Kesehatan

Komunikasi dalam advokasi kesehatan adalah proses penyampaian pesan yang bertujuan memengaruhi cara berpikir, sikap, dan keputusan aktor kebijakan serta masyarakat luas. Berbeda dengan komunikasi akademik yang sering menekankan ketelitian konseptual, komunikasi advokasi menekankan keterpahaman, relevansi, dan daya dorong. Artinya, pesan tidak cukup benar secara ilmiah, tetapi juga harus tepat sasaran dan mampu mendorong tindakan.

Setiap proses komunikasi melibatkan pengirim pesan, isi pesan, media, penerima pesan, dan umpan balik. Dalam advokasi, kelima unsur ini harus direncanakan secara sadar. Pengirim pesan harus memiliki kredibilitas, isi pesan harus

ringkas dan jelas, media harus sesuai dengan audiens, penerima pesan harus dipahami kepentingannya, dan umpan balik harus dibaca sebagai sinyal untuk memperbaiki strategi. Kegagalan pada salah satu unsur dapat menurunkan efektivitas komunikasi secara keseluruhan.

Dalam advokasi kesehatan, pesan yang terlalu teknis sering kali sulit diterima oleh pengambil kebijakan, sedangkan pesan yang terlalu sederhana berisiko kehilangan kedalaman ilmiah. Karena itu, advokat harus mampu menyeimbangkan akurasi dan keterbacaan. Kemampuan menerjemahkan data teknis menjadi bahasa kebijakan yang sederhana adalah salah satu bentuk komunikasi strategis yang sangat penting.

6.2 Tujuan Komunikasi Advokasi

Komunikasi advokasi memiliki beberapa tujuan utama. Pertama, membangun perhatian terhadap suatu isu kesehatan. Banyak masalah kesehatan tidak segera dianggap penting karena tidak terlihat secara langsung oleh elite politik. Komunikasi membantu membuat isu menjadi terlihat. Kedua, membangun pemahaman. Pengambil kebijakan perlu memahami bukan hanya apa masalahnya, tetapi juga mengapa masalah itu penting dan apa akibatnya bila diabaikan.

Ketiga, membangun dukungan. Dalam kebijakan publik, dukungan sering kali lebih menentukan daripada sekadar pengetahuan. Seorang pejabat bisa memahami masalah, tetapi belum tentu mendukung solusi tertentu. Karena itu, komunikasi advokasi harus mampu mempertemukan

kepentingan kesehatan publik dengan kepentingan politik, sosial, atau ekonomi pihak yang diajak bicara. Keempat, mendorong keputusan dan tindakan. Tujuan akhirnya bukan hanya perubahan opini, melainkan perubahan kebijakan, alokasi anggaran, atau komitmen institusional.

Kita perlu memahami bahwa komunikasi dalam advokasi selalu bergerak dari informasi menuju persuasi, lalu dari persuasi menuju tindakan. Bila komunikasi berhenti pada penyampaian informasi, maka advokasi belum selesai. Karena itu, setiap strategi komunikasi sebaiknya selalu diakhiri dengan kejelasan: tindakan apa yang diharapkan dari audiens setelah mereka menerima pesan.

6.3 Komunikasi Persuasif

Komunikasi persuasif adalah proses menyampaikan pesan dengan tujuan memengaruhi sikap, keyakinan, atau perilaku orang lain melalui cara yang rasional, emosional, dan etis. Dalam advokasi kesehatan, komunikasi persuasif digunakan untuk meyakinkan pembuat kebijakan bahwa suatu masalah perlu ditangani dan solusi yang diusulkan layak didukung. Persuasi dalam konteks ini bukan manipulasi, melainkan upaya memengaruhi secara bertanggung jawab.

Komunikasi persuasif menjadi penting karena kebijakan publik jarang ditentukan oleh data saja. Data perlu dikemas dalam pesan yang masuk akal, mudah dipahami, dan menyentuh kepentingan audiens. Misalnya, isu stunting bisa dipresentasikan sebagai masalah gizi anak, ancaman kualitas sumber daya manusia, atau kerugian ekonomi jangka panjang.

Ketiga framing tersebut benar, tetapi dampak persuasinya dapat berbeda tergantung kepada siapa pesan ditujukan.

Persuasi yang efektif membutuhkan pemahaman tentang audiens, konteks, hambatan komunikasi, dan saluran yang digunakan. Oleh karena itu, kita tidak boleh menganggap persuasi sebagai bakat alami semata. Persuasi adalah keterampilan yang dapat dipelajari, dilatih, dan dievaluasi.

Dalam tradisi retorika klasik, komunikasi persuasif bertumpu pada tiga unsur utama: *ethos*, *logos*, dan *pathos*. *Ethos* berkaitan dengan kredibilitas komunikator. *Logos* berkaitan dengan kekuatan logika dan data. *Pathos* berkaitan dengan kemampuan membangun empati dan keterlibatan emosional audiens. Ketiga unsur ini sangat relevan dalam advokasi kesehatan.

Ethos berarti audiens percaya bahwa penyampai pesan memiliki kompetensi, integritas, dan niat baik. Dalam advokasi kesehatan, *ethos* dapat dibangun melalui penguasaan data, kejelasan argumentasi, konsistensi sikap, serta reputasi profesional. *Logos* diwujudkan melalui penggunaan data yang valid, penjelasan hubungan sebab-akibat, dan penyajian solusi yang masuk akal. *Pathos* muncul ketika advokat mampu menghubungkan isu kesehatan dengan pengalaman nyata masyarakat, terutama dampaknya pada anak, keluarga, kelompok rentan, atau beban ekonomi rumah tangga.

Komunikasi advokasi yang terlalu berat pada *logos* tetapi miskin *pathos* sering terasa kering dan kurang menyentuh. Sebaliknya, komunikasi yang sangat emosional tanpa *logos* dapat dianggap manipulatif. Karena itu, keseimbangan ketiganya sangat penting. Kita perlu belajar

bahwa data yang kuat harus disampaikan oleh komunikator yang dipercaya dan dibingkai dengan empati yang proporsional.

6.4 Analisis Audiens dalam Komunikasi Advokasi

Komunikasi yang baik selalu dimulai dari pemahaman tentang audiens. Dalam advokasi kesehatan, audiens tidak homogen. DPRD, kepala dinas, tokoh agama, wartawan, komunitas pemuda, dan kader posyandu memiliki latar belakang, kepentingan, dan bahasa yang berbeda. Karena itu, pesan tidak dapat disampaikan dengan format yang sama kepada semua pihak.

Analisis audiens mencakup beberapa hal: siapa mereka, apa kewenangannya, apa kepentingannya, seberapa tinggi pengetahuannya terhadap isu, apa hambatan penerimaannya, dan bentuk komunikasi apa yang paling cocok. Misalnya, kepada DPRD, penekanan bisa diberikan pada relevansi anggaran, dampak sosial ekonomi, dan manfaat politik kebijakan. Kepada dinas teknis, penekanan bisa lebih besar pada implementasi dan indikator program. Kepada media, penekanan bisa pada nilai berita dan kepentingan publik.

Dengan analisis audiens yang baik, kita dapat menyesuaikan pilihan kata, tingkat teknis penjelasan, contoh yang dipakai, dan jenis bukti yang ditonjolkan. Kemampuan menyesuaikan pesan dengan audiens merupakan ciri komunikasi strategis yang matang.

6.5 Menyusun Pesan Kunci Advokasi

Pesan kunci adalah inti informasi yang ingin ditangkap audiens setelah berkomunikasi dengan advokat. Dalam praktik, pesan kunci harus ringkas, jelas, relevan, dan mudah diingat. Pesan yang terlalu panjang membuat audiens kehilangan fokus, sedangkan pesan yang terlalu umum tidak mendorong tindakan.

Pesan kunci yang baik biasanya memuat tiga unsur: masalah, dampak, dan tindakan yang diharapkan. Contohnya: 'Prevalensi stunting di Kabupaten X masih 28 persen dan paling tinggi di desa pesisir miskin; tanpa penguatan anggaran gizi dan sanitasi, kualitas SDM daerah akan terus tertinggal; kami merekomendasikan peningkatan anggaran intervensi terpadu pada APBD tahun depan.' Kalimat seperti ini memberi arah yang jelas.

Kita perlu berlatih menulis dan menyampaikan pesan kunci dalam berbagai format: satu kalimat, satu paragraf, satu slide, dan penjelasan dua menit. Latihan ini penting karena dalam forum kebijakan sering kali waktu sangat terbatas.

Bahasa dalam advokasi kesehatan harus mudah dipahami tanpa kehilangan makna. Diksi atau pilihan kata menjadi sangat penting. Istilah teknis seperti prevalensi, determinan, efektivitas intervensi, atau under-reporting boleh digunakan, tetapi perlu diterjemahkan bila audiens tidak terbiasa dengan istilah tersebut. Bahasa yang terlalu akademik dapat menjauhkan audiens, sedangkan bahasa yang terlalu longgar dapat mengaburkan substansi.

Framing adalah cara membingkai isu agar dipahami dalam perspektif tertentu. Dalam advokasi kesehatan, framing dapat menentukan apakah suatu masalah dianggap mendesak atau tidak. Misalnya, stunting dapat dibingkai sebagai masalah gizi, ancaman kualitas SDM, atau kerugian ekonomi jangka panjang. Isu rokok dapat dibingkai sebagai masalah kesehatan, perlindungan anak, atau beban pembiayaan kesehatan.

Kita perlu memahami bahwa framing bukan memanipulasi fakta. Framing adalah memilih aspek paling relevan dari fakta untuk tujuan komunikasi tertentu. Framing yang baik akan membuat pesan lebih dekat dengan kepentingan audiens.

6.6 Teknik Lobi

Lobi adalah upaya komunikasi langsung yang dilakukan untuk memengaruhi keputusan pihak yang memiliki kewenangan. Dalam advokasi kesehatan, lobi biasanya menyasar anggota DPRD, kepala daerah, kepala dinas, pejabat perencanaan, atau tokoh kunci lain yang dapat memengaruhi arah kebijakan. Lobi bisa dilakukan melalui audiensi resmi, pertemuan informal, diskusi terbatas, atau komunikasi personal yang tetap etis.

Lobi berbeda dari propaganda. Lobi lebih bersifat dialogis, fokus pada pertukaran argumen, dan berorientasi pada pengambilan keputusan konkret. Dalam lobi, advokat tidak hanya menyampaikan tuntutan, tetapi juga mendengarkan keberatan, memahami batasan pihak lain, dan menawarkan solusi yang realistis. Karena itu, lobi

memerlukan persiapan substansi sekaligus kepekaan interpersonal.

Kita perlu memahami bahwa lobi bukan aktivitas eksklusif elite politik. Dalam konteks kesehatan masyarakat, lobi adalah bagian sah dari proses demokratis untuk memperjuangkan kepentingan publik melalui jalur komunikasi yang terstruktur.

Lobi yang efektif hampir selalu ditentukan oleh kualitas persiapan. Sebelum bertemu dengan pihak yang akan dilobi, advokat perlu menjawab beberapa pertanyaan dasar: apa tujuan pertemuan, siapa yang ditemui, apa kepentingan dan posisi pihak tersebut, data apa yang paling relevan, keberatan apa yang mungkin muncul, dan tindakan konkret apa yang ingin diminta pada akhir pertemuan.

Persiapan lobi juga mencakup bahan pendukung. *Policy brief* singkat, data utama, satu atau dua grafik penting, serta ringkasan rekomendasi sering kali lebih efektif dibanding dokumen yang terlalu tebal. Selain itu, pembagian peran dalam tim lobi juga penting. Siapa yang membuka pembicaraan, siapa yang menjelaskan data, siapa yang menjawab pertanyaan, dan siapa yang menutup dengan permintaan yang tegas sebaiknya sudah disepakati sebelum pertemuan.

Hal lain yang perlu dipersiapkan adalah skenario keberatan. Pihak yang dilobi mungkin mengatakan anggaran terbatas, isu bukan prioritas, atau kewenangan berada di instansi lain. Kita harus belajar menyiapkan jawaban yang singkat, tenang, dan berbasis data untuk merespons keberatan semacam itu.

Dalam pelaksanaan lobi, pembukaan sangat menentukan. Pertemuan perlu diawali dengan pengenalan singkat, penghormatan terhadap waktu lawan bicara, dan penyampaian tujuan secara jelas. Setelah itu, advokat dapat masuk pada gambaran masalah, bukti utama, dampak kebijakan, dan rekomendasi. Penyampaian tidak boleh berputar-putar karena pejabat kebijakan sering memiliki waktu yang sangat terbatas.

Bagian inti lobi adalah dialog. Pada tahap ini, advokat perlu aktif mendengarkan, mencatat keberatan, dan menjawab dengan argumentasi yang tenang. Jika lawan bicara menyoroti hambatan anggaran, advokat dapat menawarkan opsi bertahap. Jika lawan bicara menyatakan isu belum prioritas, advokat dapat menjelaskan dampak jangka panjang dan kaitannya dengan target pembangunan daerah.

Penutupan lobi harus memuat tindak lanjut yang jelas. Misalnya, permintaan agar isu dimasukkan dalam pembahasan APBD, komitmen untuk pertemuan lanjutan, atau persetujuan menerima *Policy brief* resmi. Tanpa penutupan yang konkret, lobi berisiko berakhir sebagai percakapan yang baik tetapi tidak menghasilkan perubahan nyata.

6.7 Negosiasi dalam Advokasi Kebijakan

Negosiasi adalah proses mencari titik temu antara pihak-pihak yang memiliki kepentingan berbeda. Dalam advokasi kebijakan, negosiasi hampir tidak terhindarkan karena setiap kebijakan melibatkan pilihan prioritas, alokasi sumber daya, dan pembagian peran. Seorang advokat

kesehatan yang baik bukan hanya mampu meyakinkan, tetapi juga mampu bernegosiasi tanpa kehilangan tujuan utama.

Negosiasi yang sehat berfokus pada kepentingan, bukan semata posisi. Posisi adalah apa yang dinyatakan pihak secara langsung, sedangkan kepentingan adalah alasan di balik posisi tersebut. Misalnya, seorang anggota DPRD mungkin menolak usulan program baru karena khawatir menambah beban anggaran. Bila advokat hanya menanggapi posisi, pembicaraan bisa buntu. Namun bila advokat memahami kepentingan di baliknya, ia bisa menawarkan solusi bertahap, integrasi program, atau penyesuaian skema anggaran.

Kita perlu menyadari bahwa negosiasi bukan berarti mengorbankan kepentingan publik, tetapi mencari jalan paling mungkin agar perubahan tetap bergerak. Dalam konteks advokasi, negosiasi adalah seni menjaga substansi sambil tetap realistis terhadap situasi kebijakan.

Salah satu pendekatan paling penting dalam negosiasi adalah orientasi win-win, yaitu mencari solusi yang memberi keuntungan atau setidaknya penerimaan bagi semua pihak. Dalam kebijakan kesehatan, pendekatan ini penting karena perubahan yang terlalu menekan satu pihak sering menimbulkan resistensi yang besar. Sebaliknya, solusi yang menunjukkan manfaat bersama lebih mudah diterima.

Konsep penting lain adalah BATNA, yaitu Best Alternative to a Negotiated Agreement. BATNA berarti opsi terbaik jika negosiasi tidak mencapai kesepakatan. Dalam advokasi, memahami BATNA membantu tim advokasi bersikap lebih tenang dan strategis. Misalnya, bila lobi langsung tidak berhasil, tim bisa menggunakan jalur media,

forum konsultasi publik, atau koalisi masyarakat sipil sebagai alternatif.

Kita perlu berlatih membedakan mana hal yang bisa dinegosiasikan dan mana yang tidak. Data tidak boleh dimanipulasi, integritas tidak boleh dikompromikan, dan kepentingan kelompok rentan tidak boleh dikorbankan. Tetapi bentuk implementasi, tahapan program, atau pilihan jalur kebijakan sering kali masih dapat dinegosiasikan.

6.8 Public Speaking dalam Advokasi Kesehatan

Public speaking adalah kemampuan menyampaikan pesan secara jelas, terstruktur, dan meyakinkan di depan audiens. Dalam advokasi kesehatan, public speaking sangat penting karena banyak proses kebijakan berlangsung melalui forum: rapat dengar pendapat, presentasi ke DPRD, diskusi lintas sektor, seminar publik, hearing masyarakat, atau konferensi pers. Kualitas penyampaian lisan sering menentukan apakah data dan rekomendasi diterima dengan serius atau tidak.

Public speaking advokasi berbeda dari ceramah umum. Fokusnya bukan pada penjelasan panjang, tetapi pada argumentasi yang padat, logis, dan diarahkan pada keputusan. Karena itu, struktur presentasi harus sangat jelas: pembukaan, masalah utama, bukti kunci, dampak, rekomendasi, dan penutup dengan ajakan tindakan.

Kecemasan saat berbicara di depan umum adalah hal yang wajar. Namun kecemasan dapat dikelola dengan latihan, penguasaan materi, struktur yang baik, dan kesadaran bahwa audiens membutuhkan isi pesan, bukan penampilan

sempurna. Kita perlu membangun keberanian berbicara bukan sebagai gaya pribadi semata, tetapi sebagai alat perubahan kebijakan.

6.9 Struktur Presentasi Advokasi yang Efektif

Presentasi advokasi yang efektif biasanya dimulai dengan pembukaan yang langsung menunjukkan relevansi isu. Setelah itu, sajikan satu atau dua data utama yang paling kuat, lalu jelaskan dampak bila masalah tidak ditangani. Bagian berikutnya adalah rekomendasi yang spesifik dan realistis. Penutup harus mengulang inti pesan dan memuat ajakan tindakan yang konkret.

Sebagai contoh, bila mempresentasikan isu stunting, pembukaan dapat menegaskan bahwa satu dari tiga balita di wilayah tertentu mengalami gangguan pertumbuhan. Data utama bisa berupa prevalensi dan distribusi wilayah. Dampak dapat dijelaskan dalam kaitannya dengan kualitas SDM dan kerugian ekonomi. Rekomendasi bisa diarahkan pada peningkatan anggaran gizi dan sanitasi. Penutup menegaskan kembali bahwa keputusan kebijakan hari ini menentukan kualitas generasi mendatang.

Struktur yang baik membantu kita berbicara dengan lebih percaya diri karena alur pikirnya jelas. Selain itu, audiens pun lebih mudah mengikuti isi presentasi.

6.10 Penggunaan Suara, Bahasa Tubuh, dan Visual

Dalam public speaking, isi pesan memang yang utama, tetapi cara penyampaian juga sangat memengaruhi daya terima audiens. Suara yang terlalu pelan, terlalu cepat, atau monoton dapat mengurangi kekuatan argumen. Bahasa tubuh yang tertutup, gugup, atau tidak sinkron juga dapat menurunkan kredibilitas penyampai pesan.

Kita perlu belajar menggunakan suara secara proporsional: cukup jelas, tempo teratur, penekanan pada kata-kata penting, dan jeda pada bagian yang membutuhkan perhatian. Bahasa tubuh juga perlu dijaga: kontak mata, posisi berdiri yang stabil, gerakan tangan yang seperlunya, dan ekspresi wajah yang sesuai dengan isi pesan. Dalam advokasi kesehatan, kesan profesional dan tenang sangat membantu membangun ethos.

Visual presentasi seperti slide, grafik, dan infografik harus digunakan untuk memperkuat pesan, bukan menggantikannya. Slide yang terlalu penuh teks justru mengurangi efektivitas presentasi. Karena itu, visual sebaiknya sederhana, fokus, dan mendukung alur pembicaraan.

6.11 Komunikasi Krisis dan Menjawab Pertanyaan Sulit

Dalam forum advokasi, tidak semua audiens akan setuju. Ada kalanya advokat menghadapi pertanyaan kritis, komentar sinis, atau penolakan langsung. Situasi ini membutuhkan keterampilan komunikasi krisis, yaitu kemampuan menjaga

ketenangan, menjawab secara proporsional, dan mencegah pembicaraan berubah menjadi konflik tidak produktif.

Saat menerima pertanyaan sulit, langkah pertama adalah mendengarkan sampai selesai. Jangan memotong. Langkah kedua, ulangi inti pertanyaan bila perlu untuk memastikan pemahaman. Langkah ketiga, jawab dengan ringkas dan berbasis data. Bila tidak mengetahui jawabannya secara pasti, lebih baik jujur dan menawarkan tindak lanjut daripada memberikan jawaban spekulatif. Sikap defensif berlebihan justru melemahkan kredibilitas.

Kita perlu berlatih menghadapi pertanyaan seperti 'mengapa isu ini harus diprioritaskan padahal ada masalah lain?', 'bagaimana jika anggaran tidak tersedia?', atau 'apakah data ini benar-benar valid?'. Pertanyaan semacam ini bukan ancaman, tetapi bagian normal dari proses advokasi yang sehat.

6.12 Etika Komunikasi dan Negosiasi

Komunikasi dan negosiasi dalam advokasi harus dijalankan secara etis. Artinya, pesan yang disampaikan harus jujur, tidak memanipulasi data, tidak menghina pihak lain, dan tetap menghormati hak audiens untuk berbeda pendapat. Dalam forum kebijakan, etika sangat penting karena reputasi seorang advokat dapat dibangun atau rusak melalui cara ia berkomunikasi.

Etika juga berarti menjaga keseimbangan antara ketegasan dan penghormatan. Advokat harus tegas pada substansi, tetapi tidak perlu agresif pada personal. Mengkritik kebijakan boleh dilakukan, tetapi menyerang individu secara

tidak proporsional justru akan menutup ruang dialog. Selain itu, penggunaan cerita kasus atau pengalaman personal juga harus memperhatikan privasi dan persetujuan.

Kita perlu belajar bahwa komunikasi yang etis tidak mengurangi daya persuasif. Justru dalam jangka panjang, etika adalah sumber utama kredibilitas dalam advokasi kesehatan.

BAB 7

PENYUSUNAN POLICY BRIEF

Policy brief merupakan salah satu instrumen tertulis yang paling penting dalam advokasi kebijakan kesehatan. Di antara berbagai bentuk dokumen akademik dan kebijakan, *Policy brief* menempati posisi khusus karena ia dirancang untuk menjembatani dunia bukti ilmiah dengan dunia pengambilan keputusan. *Policy brief* tidak sepanjang laporan penelitian, tidak seteknis naskah akademik, dan tidak seformal dokumen regulasi. Namun justru dalam keterbatasan panjang dan waktunya itulah *Policy brief* dituntut untuk sangat tajam, ringkas, meyakinkan, dan relevan. Seorang pengambil kebijakan umumnya tidak memiliki banyak waktu untuk membaca laporan panjang, tetapi ia tetap memerlukan ringkasan masalah, bukti, dan rekomendasi yang kuat. Di sinilah *Policy brief* menjadi alat advokasi yang sangat strategis.

Dalam bidang kesehatan masyarakat, banyak masalah membutuhkan respons kebijakan yang cepat, terarah, dan berbasis bukti. Misalnya, tingginya stunting, meningkatnya penggunaan rokok elektronik pada remaja, rendahnya akses sanitasi, atau lemahnya sistem surveilans penyakit menular. Semua isu tersebut menuntut adanya dokumen yang mampu menjelaskan situasi secara singkat namun tetap bernilai analitis. *Policy brief* menjawab kebutuhan tersebut dengan menyajikan inti masalah, data pendukung, analisis dampak,

pilihan kebijakan, dan rekomendasi yang dapat ditindaklanjuti.

Kita sebagai tenaga kesehatan perlu memahami bahwa *Policy brief* bukan sekadar tugas menulis. *Policy brief* adalah bagian dari strategi advokasi. Dokumen ini dirancang untuk dibaca oleh orang yang memiliki kewenangan mengambil keputusan, sehingga logika penyusunannya harus mempertimbangkan kebutuhan pembaca, konteks kebijakan, dan peluang implementasi. Karena itu, keterampilan menulis *Policy brief* memerlukan kombinasi kemampuan analitis, komunikasi tertulis, pemahaman kebijakan, dan sensitivitas terhadap audiens.

Bab ini membahas penyusunan *Policy brief* secara rinci, mulai dari konsep dasar, fungsi, karakteristik, struktur, teknik penulisan problem statement, pemilihan dan penggunaan data, perumusan opsi kebijakan, penyusunan rekomendasi, gaya bahasa, etika penyusunan, hingga latihan praktik. Dengan menguasai bab ini, kita diharapkan mampu menyusun *Policy brief* yang tidak hanya baik secara akademik, tetapi juga layak digunakan dalam advokasi nyata.

7.1 Pengertian dan Fungsi Policy Brief

Policy brief adalah dokumen ringkas yang disusun untuk membantu pembuat kebijakan memahami suatu masalah publik dan mempertimbangkan solusi yang direkomendasikan. Berbeda dengan laporan penelitian yang menekankan detail metodologi, *Policy brief* berfokus pada inti masalah, bukti paling relevan, dan pilihan tindakan yang

paling mungkin dilakukan. Dengan kata lain, *Policy brief* adalah dokumen yang berorientasi pada keputusan.

Fungsi utama *Policy brief* dalam advokasi kesehatan adalah menerjemahkan temuan ilmiah dan situasi lapangan ke dalam bahasa kebijakan. Banyak data kesehatan tidak otomatis berdampak pada kebijakan karena tidak disajikan dalam format yang mudah dibaca dan dipakai pengambil keputusan. *Policy brief* menyederhanakan kompleksitas tanpa menghilangkan substansi. Ia memilih data yang paling penting, menyusun narasi yang langsung pada persoalan, dan menekankan implikasi kebijakan secara jelas.

Dalam praktik, *Policy brief* dapat memiliki beberapa fungsi tambahan. Ia dapat menjadi bahan audiensi dengan DPRD, kepala daerah, atau dinas teknis; menjadi pegangan tim advokasi agar argumentasinya konsisten; menjadi bahan diskusi lintas sektor; menjadi landasan komunikasi dengan media; dan menjadi dokumen resmi yang menunjukkan bahwa usulan yang dibawa advokat tidak sekadar opini. Oleh karena itu, kemampuan menyusun *Policy brief* merupakan kompetensi inti bagi calon advokat kesehatan.

7.2 Karakteristik *Policy brief* yang Baik

Policy brief yang baik memiliki beberapa karakteristik utama. Pertama, ringkas tetapi tidak dangkal. Ringkas berarti isi hanya memuat hal yang benar-benar penting, bukan berarti analisisnya lemah. Kedua, berbasis bukti. Semua pernyataan penting harus didukung oleh data, hasil penelitian, atau sumber resmi yang dapat dipertanggungjawabkan. Ketiga, berorientasi pada solusi. *Policy brief* tidak berhenti pada

deskripsi masalah, tetapi menuntun pembaca ke pilihan tindakan yang realistis. Keempat, relevan dengan audiens. *Policy brief* harus disusun dengan mempertimbangkan siapa yang akan membaca, apa kewenangannya, dan apa kebutuhan informasinya. *Policy brief* untuk DPRD biasanya lebih menonjolkan urgensi, dampak sosial ekonomi, dan implikasi anggaran. *Policy brief* untuk dinas kesehatan dapat menonjolkan implementasi program dan indikator teknis. Kelima, jelas secara struktur. Pembaca harus mudah menemukan masalah, data utama, analisis, dan rekomendasi tanpa perlu membaca berulang-ulang. Keenam, menggunakan bahasa yang sederhana tetapi tetap profesional. Gaya bahasa yang terlalu akademik bisa mengurangi keterbacaan, sementara bahasa yang terlalu populer dapat mengurangi kesan ilmiahnya. Ketujuh, spesifik dan dapat ditindaklanjuti. Rekomendasi dalam *Policy brief* tidak boleh berhenti pada kalimat umum seperti 'pemerintah perlu meningkatkan perhatian'. Rekomendasi harus menunjukkan tindakan konkret, siapa pelakunya, dan ke arah mana kebijakan perlu bergerak.

7.3 Posisi *Policy brief* dalam Siklus Advokasi

Policy brief tidak berdiri sendiri. Ia berada dalam siklus advokasi yang lebih luas. Sebelum *Policy brief* ditulis, biasanya sudah ada identifikasi masalah, analisis situasi, pengumpulan data, dan penentuan prioritas isu. Setelah *Policy brief* selesai, dokumen tersebut digunakan dalam lobi, audiensi, diskusi publik, atau komunikasi media. Dengan demikian, *Policy brief* adalah produk antara yang menghubungkan analisis dan tindakan advokasi.

Dalam tahap agenda setting, *Policy brief* dapat dipakai untuk memperkenalkan isu yang belum mendapatkan perhatian. Dalam tahap formulasi kebijakan, *Policy brief* dapat dipakai untuk menawarkan alternatif solusi. Dalam tahap implementasi, *Policy brief* juga dapat disusun untuk menyoroti kesenjangan pelaksanaan kebijakan yang sudah ada. Bahkan dalam evaluasi, *Policy brief* dapat merangkum temuan penilaian kebijakan dan menyarankan perbaikan.

Kita perlu memahami posisi ini agar tidak menulis *Policy brief* secara abstrak. Sebuah *Policy brief* harus selalu menjawab pertanyaan: dokumen ini akan digunakan untuk apa, pada tahap advokasi yang mana, dan kepada siapa. Jawaban atas pertanyaan tersebut akan memengaruhi isi, gaya, dan fokus penekanan dokumen.

7.4 Jenis-Jenis *Policy Brief*

Secara umum, *Policy brief* dapat dibedakan menjadi beberapa jenis. Pertama, briefing note atau issue brief, yaitu dokumen singkat yang bertujuan memberi gambaran cepat tentang suatu isu. Kedua, problem-focused brief, yaitu *Policy brief* yang menekankan identifikasi masalah dan urgensi kebijakan. Ketiga, options brief, yaitu *Policy brief* yang membandingkan beberapa opsi kebijakan. Keempat, recommendation brief, yaitu *Policy brief* yang berfokus pada rekomendasi tindakan tertentu.

Dalam konteks pembelajaran advokasi kesehatan, kita biasanya paling sering menulis problem-focused brief dan recommendation brief. Hal ini karena banyak tugas perkuliahan menuntut kemampuan kita mengidentifikasi satu

masalah prioritas, menjelaskan dampaknya, lalu menawarkan rekomendasi kebijakan yang realistis. Namun di dunia nyata, jenis-jenis tersebut bisa tumpang tindih. Sebuah *Policy brief* sering memuat unsur masalah, opsi, dan rekomendasi sekaligus.

Memahami variasi jenis *Policy brief* membantu kita menyesuaikan tujuan penulisan. Bila pembaca masih belum memahami masalah, maka bagian identifikasi isu perlu diperkuat. Bila pembaca sudah memahami masalah tetapi bingung memilih solusi, maka opsi kebijakan perlu diperjelas. Bila keputusan hampir diambil, maka rekomendasi harus dibuat lebih tegas dan operasional.

7.5 Struktur Umum *Policy Brief*

Walaupun format *Policy brief* dapat bervariasi, secara umum terdapat beberapa komponen penting yang hampir selalu ada, yaitu judul, ringkasan eksekutif, latar belakang, problem statement, analisis situasi atau bukti, opsi kebijakan, rekomendasi kebijakan, penutup, dan daftar referensi. Struktur ini penting agar pembaca dapat mengikuti alur logika dokumen dengan cepat.

Judul harus informatif dan langsung mencerminkan isu. Ringkasan eksekutif berfungsi memberikan gambaran inti kepada pembaca yang sangat terbatas waktu. Latar belakang memberi konteks singkat. Problem statement merumuskan masalah secara tajam. Bagian bukti menjelaskan data pendukung. Opsi kebijakan menyajikan alternatif tindakan. Rekomendasi menegaskan solusi utama yang didorong penulis. Penutup menekankan urgensi keputusan. Daftar

referensi menunjukkan bahwa seluruh argumen didasarkan pada sumber yang kredibel.

Kita sebaiknya melihat struktur ini bukan sebagai template kaku, tetapi sebagai kerangka logis. Tiap bagian harus saling berkaitan. Misalnya, rekomendasi yang diajukan harus benar-benar lahir dari problem statement dan bukti yang disajikan, bukan muncul tiba-tiba tanpa hubungan.

A. Menyusun Judul yang Efektif

Judul *Policy brief* memegang peran penting karena menjadi pintu masuk pertama bagi pembaca. Judul yang terlalu umum akan kehilangan daya dorong, sedangkan judul yang terlalu panjang dapat terasa berat. Judul yang baik sebaiknya informatif, spesifik, dan menunjukkan fokus kebijakan.

Misalnya, judul seperti 'Masalah Stunting di Indonesia' terlalu luas dan cenderung seperti judul makalah umum. Sebaliknya, judul 'Penguatan Intervensi Gizi dan Sanitasi untuk Menurunkan Stunting di Kabupaten X' jauh lebih fokus karena langsung menunjukkan isu, arah solusi, dan lokasi. Pada isu rokok remaja, judul seperti 'Pembatasan Iklan Digital dan Pengawasan Akses Vape pada Remaja di Kota Y' juga menunjukkan orientasi kebijakan dengan jelas.

Dalam advokasi, judul bukan hanya label, tetapi bagian dari framing. Karena itu, pemilihan kata pada judul perlu diperhatikan agar selaras dengan tujuan dokumen.

B. Ringkasan Eksekutif

Ringkasan eksekutif adalah bagian yang sangat penting karena sering menjadi satu-satunya bagian yang dibaca secara utuh oleh pengambil kebijakan. Ringkasan ini harus mampu menyampaikan inti dokumen dalam satu sampai dua paragraf singkat. Isinya umumnya mencakup masalah utama, bukti kunci, dampak pokok, dan rekomendasi yang paling penting.

Kesalahan umum kita adalah menjadikan ringkasan eksekutif sebagai pengulangan kalimat-kalimat dari bagian lain tanpa seleksi. Padahal ringkasan eksekutif harus sangat padat dan selektif. Hanya informasi paling strategis yang dimasukkan. Misalnya, pada *Policy brief* stunting, ringkasan cukup menyebut prevalensi utama, kelompok atau wilayah terdampak, konsekuensi jangka panjang, serta dua atau tiga rekomendasi inti.

Ringkasan eksekutif yang baik membuat pembaca memahami substansi utama bahkan jika ia tidak sempat membaca seluruh dokumen. Karena itu, bagian ini perlu ditulis dengan sangat hati-hati dan sering kali justru diselesaikan setelah bagian lain selesai ditulis.

C. Latar Belakang Masalah

Latar belakang berfungsi menempatkan isu dalam konteks yang lebih luas. Bagian ini menjelaskan mengapa masalah tersebut muncul dalam agenda kebijakan, bagaimana hubungannya dengan kondisi kesehatan masyarakat, dan mengapa pembaca perlu memberi perhatian. Latar belakang tidak perlu terlalu panjang,

tetapi harus cukup untuk membuat pembaca memahami posisi isu.

Pada isu stunting, misalnya, latar belakang dapat menjelaskan bahwa stunting adalah gagal tumbuh akibat kekurangan gizi kronis yang berdampak pada perkembangan kognitif, produktivitas, dan kualitas SDM. Pada isu vape remaja, latar belakang dapat menjelaskan kenaikan penggunaan rokok elektronik, persepsi salah bahwa vape lebih aman, dan lemahnya pengawasan promosi digital.

Latar belakang yang baik membantu pembaca memasuki problem statement dengan kesiapan yang cukup. Ia menjawab pertanyaan mengapa isu ini penting sebelum pembaca diajak melihat detail masalah.

D. Problem Statement

Problem statement adalah inti dari policy brief. Bagian ini merumuskan masalah secara singkat, spesifik, terukur, dan bermakna. Problem statement bukan sekadar uraian panjang tentang keadaan buruk, melainkan pernyataan analitis mengenai adanya kesenjangan yang memerlukan intervensi kebijakan.

Problem statement yang baik biasanya memuat empat unsur: besar masalah, kelompok atau wilayah terdampak, faktor atau konteks penting, dan implikasi bila masalah tidak ditangani. Contohnya: 'Prevalensi stunting di Kabupaten X mencapai 28 persen dan terkonsentrasi pada balita keluarga miskin di desa pesisir, menunjukkan lemahnya integrasi intervensi gizi, sanitasi, dan dukungan anggaran daerah.' Pernyataan ini lebih

kuat dibanding kalimat umum seperti 'stunting masih tinggi dan perlu perhatian.'

Kita perlu berlatih menulis problem statement secara ketat. Bagian ini harus dapat berdiri sendiri sebagai inti masalah kebijakan. Bila problem statement lemah, seluruh *Policy brief* akan kehilangan arah.

E. Menggunakan Data dan Bukti secara Tepat

Data adalah jantung policy brief. Namun bukan berarti semakin banyak angka maka semakin baik. Yang dibutuhkan adalah data yang tepat, mutakhir, relevan, dan mampu menjelaskan masalah serta mendukung rekomendasi. Sumber data dapat berasal dari Riskesdas, SSGI, profil kesehatan, surveilans, hasil penelitian, atau laporan resmi lembaga terkait.

Penggunaan data dalam *Policy brief* harus selektif. Misalnya, bila tujuan dokumen adalah mendorong penguatan sanitasi untuk menurunkan diare, maka data yang paling penting mungkin adalah angka kejadian diare, distribusi wilayah, akses jamban, akses air bersih, dan biaya sosial ekonominya. Menambahkan terlalu banyak angka yang tidak terkait justru dapat mengaburkan fokus.

Selain itu, data harus ditafsirkan, bukan hanya ditampilkan. Pengambil kebijakan membutuhkan makna dari angka, bukan tumpukan statistik. Karena itu, setiap data utama sebaiknya diikuti kalimat yang menjelaskan apa implikasinya terhadap kebijakan.

F. Menyusun Analisis Dampak

Setelah masalah dirumuskan, *Policy brief* perlu menunjukkan dampak yang ditimbulkan. Analisis dampak penting karena membantu pembaca memahami konsekuensi kebijakan dari masalah yang sedang dibahas. Tanpa analisis dampak, masalah bisa terlihat kecil atau teknis saja.

Dampak dapat dibahas dari berbagai sisi, misalnya dampak kesehatan, sosial, pendidikan, ekonomi, dan politik. Pada kasus stunting, dampaknya tidak hanya pada tinggi badan anak, tetapi juga pada perkembangan kognitif, prestasi sekolah, produktivitas, dan kerugian ekonomi jangka panjang. Pada kasus sanitasi buruk, dampaknya bukan hanya diare, tetapi juga absensi sekolah, biaya berobat, dan kualitas hidup keluarga.

Semakin jelas dampaknya, semakin kuat urgensi *policy brief*. Karena itu, kita perlu belajar menghubungkan data epidemiologis dengan konsekuensi sosial yang lebih luas.

G. Menyusun Opsi Kebijakan

Salah satu kekuatan *Policy brief* adalah kemampuannya menyajikan pilihan kebijakan. Opsi kebijakan menunjukkan bahwa penulis tidak hanya pandai mengkritik, tetapi juga mampu berpikir solutif. Bagian ini dapat memuat dua sampai tiga pilihan tindakan yang realistis.

Setiap opsi sebaiknya dijelaskan singkat berikut kelebihan dan keterbatasannya. Misalnya, pada isu stunting, opsi pertama adalah meningkatkan edukasi gizi;

opsi kedua adalah intervensi sanitasi terpadu; opsi ketiga adalah kombinasi peningkatan anggaran gizi dan sanitasi. Dengan menampilkan opsi, pembuat kebijakan dapat melihat bahwa ada pilihan yang dapat dipertimbangkan sesuai konteks fiskal dan administratif.

Namun, *Policy brief* tidak boleh berhenti pada opsi. Ia tetap harus mengarahkan pembaca pada rekomendasi yang paling disarankan.

H. Menyusun Rekomendasi Kebijakan

Rekomendasi adalah bagian paling strategis dalam policy brief. Rekomendasi harus spesifik, realistis, berbasis bukti, dan terkait langsung dengan masalah yang telah dijelaskan. Rekomendasi yang terlalu umum akan kehilangan daya pengaruh.

Contohnya, rekomendasi seperti 'pemerintah perlu memperhatikan masalah stunting' terlalu lemah. Sebaliknya, rekomendasi seperti 'meningkatkan alokasi anggaran intervensi gizi dan sanitasi terpadu sebesar minimal 20 persen pada APBD tahun berikutnya untuk desa pesisir dengan prevalensi stunting tertinggi' jauh lebih kuat. Rekomendasi tersebut menunjukkan tindakan, skala, sasaran, dan arah kebijakan yang jelas.

Dalam banyak kasus, dua atau tiga rekomendasi inti sudah cukup. Terlalu banyak rekomendasi justru membuat fokus dokumen melemah.

7.6 Gaya Bahasa dan Teknik Penulisan

Policy brief harus ditulis dengan bahasa yang jelas, langsung, dan profesional. Kalimat sebaiknya tidak terlalu panjang. Istilah teknis boleh digunakan bila diperlukan, tetapi sebaiknya tidak berlebihan. Gaya bahasa aktif lebih disukai karena terasa lebih tegas dan mudah dipahami.

Kita juga perlu menghindari bahasa normatif yang kabur seperti 'sangat penting', 'harus segera', atau 'perlu perhatian serius' tanpa dukungan bukti yang memadai. Setiap klaim sebaiknya terkait dengan data atau analisis. Selain itu, penggunaan subjudul, bullet point terbatas, dan tabel kecil dapat membantu keterbacaan dokumen.

Policy brief yang baik adalah *Policy brief* yang dapat dibaca dengan cepat tanpa kehilangan kedalaman maknanya.

7.7 Visualisasi Data dalam Policy Brief

Visualisasi data seperti grafik, tabel ringkas, atau infografik sederhana dapat memperkuat *Policy brief* bila digunakan dengan tepat. Visual membantu pembaca menangkap tren, perbandingan, atau distribusi masalah dengan cepat. Namun visual tidak boleh terlalu ramai atau terlalu banyak.

Grafik batang sederhana untuk menunjukkan perbedaan prevalensi antarwilayah, atau tabel kecil untuk menunjukkan ringkasan opsi kebijakan, sering kali sudah cukup. Yang penting, visual tersebut benar-benar mendukung argumen utama. Kita perlu belajar bahwa visual dalam *Policy brief* harus fungsional, bukan dekoratif.

Jika visual dipakai, ia harus diberi judul yang jelas, sumber data yang tegas, dan penjelasan singkat agar pembaca tidak salah menafsirkan.

7.8 Etika Penyusunan Policy Brief

Sebagai dokumen advokasi, *Policy brief* tetap harus menjunjung etika ilmiah dan etika komunikasi kebijakan. Data tidak boleh dimanipulasi, sumber tidak boleh disembunyikan, dan cerita kasus tidak boleh melanggar privasi. Penggunaan bahasa juga harus tetap menghormati pihak yang berbeda pandangan.

Etika penting karena *Policy brief* bukan hanya soal meyakinkan pembaca, tetapi juga soal menjaga kredibilitas penulis. Sekali sebuah *Policy brief* diketahui memelintir data, kepercayaan pembaca akan turun drastis. Dalam jangka panjang, integritas lebih penting daripada kemenangan sesaat dalam satu forum advokasi.

Kita perlu membangun kebiasaan menyebut sumber data, menghindari generalisasi berlebihan, dan memastikan setiap rekomendasi benar-benar lahir dari analisis yang jujur.

BAB 8

ANALISIS STUDI KASUS ADVOKASI KESEHATAN

Pada tahap-tahap awal pembahasan advokasi kesehatan, kita telah mempelajari konsep dasar advokasi, sistem kebijakan publik, identifikasi masalah, stakeholder mapping, evidence-based advocacy, teknik komunikasi dan negosiasi, serta penyusunan policy brief. Seluruh materi tersebut pada hakikatnya bukan kumpulan topik yang berdiri sendiri, melainkan satu rangkaian kompetensi yang saling terhubung. Kompetensi itu baru terlihat utuh ketika kita dihadapkan pada kasus nyata. Karena itu, studi kasus menempati posisi penting dalam pembelajaran advokasi kesehatan.

Studi kasus memungkinkan kita memahami bahwa kebijakan kesehatan tidak lahir di ruang yang steril. Kebijakan selalu dipengaruhi oleh data epidemiologi, persepsi publik, distribusi kekuasaan, anggaran, etika, media, dan dinamika lokal. Dalam situasi nyata, seorang advokat kesehatan hampir tidak pernah menghadapi masalah yang murni teknis. Ia harus mampu membaca kompleksitas hubungan antaraktor, menentukan prioritas isu, memilih framing yang tepat, dan menyusun strategi komunikasi yang realistis. Di sinilah studi kasus menjadi alat pedagogik yang sangat kuat, karena ia memaksa kita menghubungkan teori dengan praktik.

Bab ini secara khusus membahas analisis studi kasus advokasi kesehatan. Fokusnya bukan sekadar pada penceritaan kasus, tetapi pada cara membaca kasus secara sistematis. Kita akan diajak memahami langkah-langkah menganalisis kasus mulai dari identifikasi masalah, analisis epidemiologi, analisis akar masalah, stakeholder mapping, perumusan strategi advokasi, penyusunan *Policy brief* ringkas, sampai evaluasi kemungkinan hasil kebijakan. Kasus-kasus yang dibahas dipilih karena relevan dengan isu kesehatan masyarakat di Indonesia, yaitu stunting, pencemaran lingkungan, dan rokok/vape pada remaja.

Melalui bab ini, kita diharapkan tidak hanya mampu menjawab soal analitis, tetapi juga mampu mengembangkan cara berpikir kebijakan. Dengan demikian, studi kasus tidak dipahami sekadar sebagai bahan ujian, melainkan sebagai simulasi intelektual dan profesional menuju kerja advokasi yang sesungguhnya.

8.1 Hakikat Studi Kasus dalam Pembelajaran Advokasi

Studi kasus adalah metode pembelajaran yang menggunakan peristiwa nyata atau situasi realistis sebagai bahan analisis. Dalam bidang kesehatan masyarakat, studi kasus membantu kita memahami bahwa satu masalah kesehatan dapat dibaca dari banyak sudut: epidemiologi, perilaku, lingkungan, kebijakan, ekonomi, budaya, dan politik. Karena advokasi kesehatan selalu bergerak dalam kompleksitas tersebut, studi kasus menjadi salah satu metode yang paling relevan.

Keunggulan studi kasus terletak pada kemampuannya menghadirkan ketegangan nyata antara apa yang ideal secara akademik dan apa yang mungkin dilakukan dalam konteks kebijakan. Misalnya, seorang kita mungkin tahu bahwa penanganan stunting harus lintas sektor. Namun saat dihadapkan pada kasus kabupaten dengan anggaran terbatas dan DPRD yang kurang peduli, ia perlu berpikir lebih strategis: isu apa yang paling mungkin didorong lebih dulu, siapa aktor kuncinya, dan bagaimana membingkai masalah agar diterima.

Studi kasus juga melatih kemampuan sintesis. Kita bukan hanya diminta mengingat teori, tetapi menggabungkan teori menjadi keputusan analitis. Mereka harus menilai data mana yang penting, faktor mana yang paling dominan, opsi kebijakan mana yang paling realistis, dan strategi komunikasi apa yang paling sesuai. Dengan kata lain, studi kasus melatih clinical reasoning versi kebijakan kesehatan publik.

Karena itu, dalam pembelajaran advokasi, studi kasus tidak boleh diperlakukan sebagai tambahan perifer. Ia justru merupakan medan utama untuk menguji apakah materi teori benar-benar dipahami dan dapat dipakai.

8.2 Langkah Analisis Studi Kasus Advokasi

Analisis studi kasus advokasi sebaiknya dilakukan secara sistematis. Langkah pertama adalah membaca fakta kasus secara cermat. Kita perlu membedakan antara fakta, interpretasi, dan asumsi. Fakta dapat berupa angka prevalensi, tren kasus, kondisi lingkungan, sikap pejabat, atau isi regulasi. Interpretasi adalah makna yang ditarik dari fakta.

Asumsi adalah dugaan yang perlu diuji lebih lanjut. Kecermatan membedakan ketiganya sangat penting agar analisis tidak melompat terlalu cepat.

Langkah kedua adalah mengidentifikasi masalah utama dan masalah turunan. Dalam banyak kasus, terdapat banyak persoalan sekaligus. Kita perlu menilai mana yang merupakan inti masalah dan mana yang sekadar gejala atau akibat. Langkah ketiga adalah melakukan analisis epidemiologi dan situasional: siapa yang terdampak, di mana masalah terkonsentrasi, bagaimana trennya, dan faktor apa yang dominan. Langkah keempat adalah melakukan analisis akar masalah, stakeholder mapping, dan penilaian konteks kebijakan.

Langkah kelima adalah merumuskan opsi kebijakan dan strategi advokasi. Pada tahap ini, kita perlu berpikir realistis. Tidak semua solusi ideal dapat diadopsi dalam jangka pendek. Karena itu, strategi sering kali perlu disusun bertahap. Langkah keenam adalah menyusun problem statement dan rekomendasi singkat yang bisa menjadi dasar policy brief. Langkah ketujuh adalah memikirkan indikator keberhasilan, potensi resistensi, dan kemungkinan evaluasi.

Jika langkah-langkah ini dilakukan secara runtut, studi kasus akan berubah dari sekadar cerita menjadi alat latihan berpikir kebijakan yang sangat kuat.

8.3 Kasus 1: Stunting di Kabupaten Pesisir

Kasus pertama yang dibahas adalah tingginya prevalensi stunting di sebuah kabupaten pesisir. Data menunjukkan bahwa prevalensi stunting mencapai 28 persen, lebih tinggi

dari target nasional. Kasus paling banyak ditemukan pada balita dari keluarga miskin yang tinggal di desa-desa pesisir. Cakupan air bersih rendah, sanitasi lingkungan buruk, angka anemia ibu hamil tinggi, dan anggaran intervensi gizi daerah menurun dalam dua tahun terakhir.

Pada pandangan pertama, kasus ini tampak sebagai masalah gizi anak. Namun bila dianalisis lebih mendalam, tampak bahwa masalahnya bersifat struktural. Analisis person menunjukkan bahwa kelompok paling rentan adalah balita dari rumah tangga miskin dan ibu dengan pendidikan rendah. Analisis place menunjukkan bahwa masalah terkonsentrasi di wilayah pesisir dengan akses layanan dan sanitasi yang buruk. Analisis time menunjukkan bahwa masalah bukan bersifat akut, melainkan kronis dan menetap.

Masalah ini juga memiliki dimensi kebijakan yang kuat. Penurunan anggaran intervensi gizi menunjukkan lemahnya komitmen fiskal. Rendahnya sanitasi menunjukkan kegagalan koordinasi lintas sektor. Bila kita hanya berhenti pada rekomendasi edukasi gizi, maka analisisnya terlalu sempit. Sebaliknya, bila kita mampu melihat hubungan antara gizi, sanitasi, kemiskinan, dan anggaran, maka ia telah masuk ke tingkat analisis advokasi yang lebih matang.

Dalam kasus ini, problem statement yang baik harus menggarisbawahi bahwa stunting bukan hanya persoalan perilaku keluarga, tetapi masalah sistemik yang memerlukan intervensi kebijakan terpadu.

1. Analisis Akar Masalah pada Kasus Stunting

Dengan menggunakan diagram fishbone, akar masalah stunting pada kabupaten pesisir dapat diurai ke dalam beberapa kategori. Pada aspek manusia, terdapat

pola asuh yang belum optimal, pengetahuan gizi yang terbatas, dan tingginya kejadian anemia pada ibu. Pada aspek lingkungan, akses air bersih dan sanitasi buruk. Pada aspek sarana, layanan pemantauan tumbuh kembang belum merata. Pada aspek metode, koordinasi antarprogram masih lemah. Pada aspek kebijakan, anggaran gizi menurun dan isu stunting belum ditempatkan sebagai prioritas lintas sektor.

Analisis ini penting karena mengubah cara pandang terhadap solusi. Bila penyebabnya multi-level, maka intervensinya pun harus multi-level. Artinya, advokasi perlu diarahkan bukan hanya ke dinas kesehatan, tetapi juga ke pemerintah desa, dinas pekerjaan umum, lembaga perencanaan daerah, dan DPRD. Dalam pembelajaran, kita perlu dilatih menunjukkan hubungan antara akar masalah dan target advokasi.

Melalui analisis akar masalah, kita juga belajar bahwa satu kebijakan tunggal jarang cukup untuk menyelesaikan masalah kompleks. Yang dibutuhkan sering kali adalah kombinasi regulasi, anggaran, perbaikan layanan, dan mobilisasi masyarakat.

2. Stakeholder Mapping pada Kasus Stunting

Dalam kasus stunting, stakeholder utama mencakup bupati, DPRD, Dinas Kesehatan, Dinas PUPR, Dinas Sosial, pemerintah desa, Puskesmas, kader posyandu, media lokal, organisasi perempuan, dan komunitas masyarakat. Masing-masing memiliki kekuatan dan kepentingan yang berbeda. Bupati dan DPRD memiliki kekuatan tinggi dalam menentukan prioritas dan anggaran. Dinas teknis memiliki kepentingan tinggi tetapi kekuatannya

bergantung pada keputusan politik. Kader dan masyarakat memiliki kepentingan tinggi namun kekuatan formal rendah.

Melalui power-interest matrix, kita dapat memetakan siapa yang harus dilibatkan erat, siapa yang perlu diyakinkan, siapa yang menjadi basis dukungan, dan siapa yang cukup dimonitor. Misalnya, DPRD mungkin memiliki power tinggi tetapi interest sedang. Maka strategi komunikasinya harus menekankan dampak ekonomi, kualitas SDM, dan relevansi politik pembangunan daerah. Bupati mungkin memiliki power tinggi dan interest tinggi bila stunting sudah menjadi indikator kinerja. Dalam hal ini, pendekatan dapat lebih diarahkan pada solusi dan percepatan implementasi.

Latihan stakeholder mapping pada kasus stunting membantu kita melihat bahwa kebijakan tidak pernah dipengaruhi oleh satu aktor saja. Ia adalah hasil interaksi antar-lembaga dan antar-kepentingan.

3. Strategi Advokasi untuk Kasus Stunting

Strategi advokasi untuk kasus stunting perlu dirancang berlapis. Pada level kebijakan, advokasi dapat diarahkan pada peningkatan alokasi anggaran intervensi gizi dan sanitasi dalam APBD. Pada level kelembagaan, advokasi dapat mendorong pembentukan tim lintas sektor yang aktif dan terukur. Pada level publik, advokasi dapat memperkuat kesadaran bahwa stunting bukan sekadar urusan ibu dan anak, tetapi urusan pembangunan daerah.

Komunikasi kepada DPRD sebaiknya menekankan bahwa stunting berdampak pada kualitas sumber daya manusia dan kerugian ekonomi jangka panjang. Komunikasi kepada dinas teknis dapat menekankan integrasi program. Komunikasi kepada masyarakat dapat menggunakan framing tentang 1000 hari pertama kehidupan dan sanitasi rumah tangga. Artinya, strategi advokasi tidak tunggal; ia harus dibedakan menurut audiens.

Kasus stunting memperlihatkan pentingnya menggabungkan evidence, stakeholder mapping, framing, dan strategi bertahap. Inilah contoh bagaimana teori yang telah dipelajari pada bab-bab sebelumnya diintegrasikan dalam satu kasus.

8.4 Kasus 2: Pencemaran Sungai oleh Limbah Industri

Kasus kedua adalah pencemaran sungai akibat limbah industri di wilayah padat penduduk. Masyarakat mengeluhkan bau menyengat, warna air berubah, dan meningkatnya kasus diare, penyakit kulit, serta gangguan pernapasan. Pemerintah daerah lambat merespons karena industri tersebut merupakan penyumbang pendapatan daerah dan memiliki hubungan politik dengan elite lokal. Media lokal mulai memberitakan kasus ini setelah adanya aksi warga.

Kasus ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan lingkungan sering kali berada dalam pusaran konflik antara kesehatan publik, kepentingan ekonomi, dan kekuasaan

politik. Dalam situasi seperti ini, advokasi tidak bisa hanya bertumpu pada data kesehatan. Kita perlu membaca konteks kekuasaan, hubungan antara warga dan pemerintah, peran media, serta kemungkinan resistensi dari industri.

Pada level identifikasi masalah, pencemaran sungai bukan hanya masalah ekologi. Ia adalah masalah hak atas lingkungan sehat, masalah kesehatan masyarakat, dan masalah tata kelola pemerintahan. Pada level advokasi, isu ini memerlukan strategi yang berhati-hati namun tegas, karena berhadapan dengan aktor yang mungkin memiliki kekuasaan tinggi.

1. Analisis Situasi pada Kasus Pencemaran Sungai

Dalam menganalisis kasus pencemaran sungai, kita perlu menggabungkan data kesehatan, data lingkungan, dan data sosial. Data kesehatan dapat berupa peningkatan diare, penyakit kulit, atau keluhan pernapasan. Data lingkungan dapat berupa hasil uji kualitas air. Data sosial dapat berupa keluhan warga, mata pencaharian yang terganggu, dan tingginya ketergantungan masyarakat terhadap sungai. Dengan triangulasi ini, masalah menjadi lebih kuat secara analitis.

Pendekatan person-place-time juga dapat diterapkan. Person: siapa yang paling terdampak? Kemungkinan besar anak-anak, ibu rumah tangga, atau warga yang menggunakan air sungai untuk aktivitas sehari-hari. Place: dusun atau desa mana yang paling dekat dengan sumber pencemaran? Time: sejak kapan pencemaran terjadi dan apakah ada peningkatan keluhan

setelah produksi industri meningkat? Analisis sederhana semacam ini dapat memperjelas urgensi kebijakan.

Karena kasus ini menyangkut aktor kuat, kita perlu menyadari bahwa evidence saja mungkin tidak cukup. Diperlukan strategi komunikasi publik, dokumentasi visual, dan mungkin koalisi dengan media, akademisi, serta organisasi lingkungan.

2. Manajemen Isu dan Framing pada Kasus Lingkungan

Dalam kasus pencemaran sungai, manajemen isu sangat penting. Jika isu dibiarkan hanya sebagai keluhan warga, kemungkinan besar ia akan diabaikan. Namun jika dikelola sebagai isu publik yang menyangkut hak kesehatan, keselamatan anak, dan kualitas hidup masyarakat, maka peluangnya masuk ke agenda kebijakan lebih besar. Di sinilah framing memainkan peran penting.

Isu pencemaran sungai dapat dibingkai sebagai masalah kesehatan anak, masalah keadilan lingkungan, atau masalah kegagalan pengawasan pemerintah. Setiap framing akan menghasilkan resonansi yang berbeda. Framing sebagai kesehatan anak cenderung lebih mudah membangun simpati publik. Framing sebagai keadilan lingkungan menekankan hak warga. Framing sebagai kegagalan pengawasan menekan pemerintah untuk bertindak.

Kita perlu belajar bahwa framing tidak boleh dilepaskan dari evidence. Frame yang kuat harus tetap didukung data dan tidak boleh berubah menjadi sensasi tanpa dasar.

8.5 Kasus 3: Rokok dan Vape pada Remaja

Kasus ketiga membahas meningkatnya penggunaan rokok dan vape pada remaja. Data survei sekolah menunjukkan bahwa 35 persen siswa pernah mencoba vape dan sebagian besar menganggap vape lebih aman dibanding rokok konvensional. Di media sosial, konten vape tampil modern, trendi, dan dekat dengan gaya hidup anak muda. Sementara itu, regulasi daerah mengenai pembatasan iklan digital dan pengawasan penjualan masih lemah.

Kasus ini penting karena menunjukkan bagaimana masalah kesehatan modern tidak hanya bergerak melalui ruang fisik, tetapi juga ruang digital. Dalam isu vape, advokasi tidak cukup hanya menyasar sekolah atau orang tua. Ia juga harus mempertimbangkan media sosial, strategi pemasaran industri, budaya remaja, dan regulasi iklan digital.

Analisis kasus ini menuntut kita menggabungkan data perilaku, stakeholder mapping, komunikasi persuasif, kampanye sosial, dan strategi kebijakan yang lebih adaptif terhadap perkembangan teknologi komunikasi.

Dalam isu rokok dan vape remaja, stakeholder utama mencakup dinas kesehatan, dinas pendidikan, sekolah, DPRD, orang tua, organisasi pemuda, media, dan pelaku usaha. Strategi advokasi perlu mencakup beberapa lapis. Pertama, penguatan regulasi seperti pembatasan iklan, penjualan pada anak, dan pengawasan kawasan tanpa rokok. Kedua, kampanye komunikasi yang mampu membongkar persepsi salah bahwa vape lebih aman. Ketiga, penguatan lingkungan sekolah dan komunitas.

Komunikasi persuasif pada kasus ini dapat menggunakan kombinasi logos dan pathos. Logos berupa data tentang nikotin, perilaku adiksi, dan potensi gangguan kesehatan. Pathos berupa narasi tentang masa depan remaja, ketergantungan, dan manipulasi industri terhadap gaya hidup anak muda. Ethos dibangun melalui keterlibatan tenaga kesehatan, guru, dan figur muda yang kredibel.

Kasus ini menunjukkan bahwa advokasi kesehatan pada era digital menuntut strategi yang lebih kreatif dan lintas platform. Kita perlu memahami bahwa arena kebijakan kini tidak hanya berada di kantor pemerintah, tetapi juga di media sosial dan ruang budaya anak muda.

8.6 Perbandingan Tiga Kasus

Ketiga kasus dalam bab ini menunjukkan tipe masalah yang berbeda. Stunting merepresentasikan masalah kronis dengan determinan struktural yang luas. Pencemaran sungai merepresentasikan masalah lingkungan yang bersinggungan langsung dengan konflik kepentingan ekonomi-politik. Rokok/vape remaja merepresentasikan masalah perilaku yang dibentuk oleh budaya populer dan strategi industri. Meskipun berbeda, ketiganya memiliki benang merah: semua memerlukan pembacaan data, analisis konteks, pemetaan stakeholder, dan strategi advokasi yang terarah.

Melalui perbandingan ini, kita dapat belajar bahwa tidak ada satu resep advokasi untuk semua kasus. Strategi untuk stunting tidak bisa dipindahkan begitu saja ke kasus pencemaran sungai. Begitu pula strategi untuk rokok remaja tidak bisa hanya meniru pendekatan sanitasi desa. Yang

berubah bukan prinsip dasar advokasinya, melainkan cara menerapkan prinsip itu sesuai karakter masalah.

Perbandingan ini membantu kita mencapai tingkat pemahaman yang lebih matang, yaitu memahami advokasi sebagai kerangka berpikir yang fleksibel namun tetap berbasis prinsip.

8.7 Menulis Jawaban Studi Kasus secara Akademik

Dalam konteks menjawab studi kasus, kita sering diminta menjawab studi kasus secara tertulis. Jawaban yang baik tidak boleh hanya berupa opini panjang tanpa struktur. Jawaban akademik sebaiknya mengikuti urutan: identifikasi masalah, analisis epidemiologi/situasional, analisis akar masalah, stakeholder mapping, strategi advokasi, rekomendasi kebijakan, dan indikator evaluasi. Dengan struktur ini, jawaban menjadi lebih logis dan mudah dinilai.

Selain struktur, kualitas jawaban juga ditentukan oleh kemampuan menggunakan istilah secara tepat, menghindari generalisasi berlebihan, dan menyatakan alasan di balik setiap usulan. Misalnya, bila kita mengusulkan peningkatan anggaran, ia perlu menjelaskan mengapa anggaran penting dan sektor mana yang harus diperkuat. Bila mengusulkan kampanye media sosial, ia perlu menjelaskan target audiens dan framing pesan.

Jawaban studi kasus yang baik memperlihatkan bahwa kita dapat menghubungkan teori dengan situasi nyata. Inilah yang dicari dalam evaluasi pembelajaran advokasi.

Beberapa kesalahan umum sering muncul ketika kita menjawab studi kasus. Pertama, terlalu cepat memberi solusi

tanpa menganalisis masalah. Kedua, hanya menyebut data tanpa menafsirkan maknanya. Ketiga, tidak membedakan antara akar masalah dan gejala. Keempat, mengabaikan aktor kebijakan. Kelima, memberi rekomendasi yang terlalu normatif seperti 'pemerintah harus lebih tegas' tanpa menjelaskan bagaimana caranya.

Kesalahan lain adalah menggunakan bahasa yang terlalu umum. Kalimat seperti 'masyarakat harus sadar' atau 'semua pihak harus bekerja sama' terdengar benar, tetapi miskin nilai analitis bila tidak dijelaskan lebih spesifik. Dalam advokasi kesehatan, jawaban harus menunjukkan siapa yang dimaksud, apa yang harus dilakukan, dan mengapa hal itu relevan.

Dengan mengenali kesalahan-kesalahan ini, kita dapat meningkatkan kualitas jawaban mereka secara signifikan.

BAB 9

MEDIA DAN ADVOKASI DIGITAL

Media memiliki posisi strategis dalam advokasi kesehatan karena menjadi jembatan antara fakta kesehatan masyarakat, persepsi publik, dan keputusan kebijakan. Dalam praktiknya, banyak masalah kesehatan tidak otomatis menjadi perhatian pemerintah hanya karena data epidemiologi menunjukkan angka yang tinggi. Sebuah isu sering baru memperoleh perhatian serius ketika dibicarakan secara luas, dipahami sebagai masalah publik, dan dianggap mendesak oleh pembuat keputusan. Pada titik inilah media memainkan peran penting. Media tidak sekadar menyampaikan informasi, tetapi ikut menentukan isu mana yang terlihat, siapa yang dianggap berwenang, dan bagaimana publik menilai suatu persoalan kesehatan.

Di era digital, lanskap media telah berubah secara mendasar. Jika pada masa lalu advokasi sangat bergantung pada surat kabar, radio, dan televisi, kini isu kesehatan dapat muncul, menyebar, dan diperdebatkan secara cepat melalui portal berita daring, media sosial, aplikasi pesan, kanal video, dan jejaring komunitas digital. Perubahan ini membuka peluang besar bagi tenaga kesehatan masyarakat dan advokat kebijakan untuk memperluas jangkauan pesan, membangun solidaritas publik, dan mempengaruhi agenda kebijakan. Namun perubahan ini juga membawa risiko, seperti

penyebaran hoaks, simplifikasi isu, polarisasi opini, dan kompetisi perhatian yang sangat tinggi.

Karena itu, kita sebagai tenaga kesehatan perlu memahami media bukan hanya sebagai alat publikasi, tetapi sebagai bagian dari arena kebijakan itu sendiri. Mereka perlu belajar bagaimana isu kesehatan dibingkai, bagaimana berita dapat memperkuat atau melemahkan advokasi, bagaimana media sosial dapat membangun tekanan kebijakan, dan bagaimana manajemen isu dilakukan agar pesan kesehatan tetap kredibel di tengah banjir informasi. Bab ini membahas peran media massa, penggunaan media sosial untuk advokasi, manajemen isu, framing, etika komunikasi digital, strategi konten, studi kasus, serta evaluasi keberhasilan advokasi digital.

9.1 Konsep Dasar Media dalam Advokasi Kesehatan

Dalam konteks advokasi, media dapat dipahami sebagai sarana, ruang, sekaligus aktor yang memengaruhi proses pembentukan opini publik. Sebagai sarana, media menjadi kanal untuk menyampaikan data, cerita, hasil riset, dan rekomendasi kebijakan. Sebagai ruang, media menjadi arena tempat isu diperdebatkan, diterima, atau ditolak. Sebagai aktor, media memiliki logika kerja sendiri, termasuk kepentingan redaksi, nilai berita, segmentasi audiens, dan pola produksi konten yang memengaruhi bagaimana suatu isu ditampilkan.

Advokasi kesehatan membutuhkan media karena proses perubahan kebijakan jarang bergantung pada komunikasi tertutup saja. Pengambil keputusan sering lebih responsif ketika suatu isu telah menjadi perhatian publik. Misalnya, masalah pencemaran sungai mungkin sudah lama dikeluhkan warga, tetapi baru dianggap mendesak ketika media memberitakan dampaknya pada diare anak, kerusakan sumber air, dan lemahnya pengawasan industri. Artinya, media dapat berfungsi sebagai penguat suara masyarakat dan penambah tekanan sosial terhadap lembaga pemerintah.

Namun demikian, media tidak selalu otomatis berpihak pada kepentingan kesehatan publik. Logika media dapat dipengaruhi oleh kebutuhan akan isu yang menarik, cepat, singkat, dan mudah dipahami. Sering kali, persoalan kesehatan yang kompleks diringkas secara berlebihan sehingga kehilangan konteks. Karena itu, advokat kesehatan harus aktif menyediakan data yang kuat, narasi yang jelas, dan framing yang bertanggung jawab agar isu yang dibawa ke media tetap akurat.

9.2 Peran Media Massa dalam Advokasi Kesehatan

Media massa memiliki beberapa fungsi penting dalam advokasi kesehatan. Pertama, fungsi informasi. Media membantu menyebarkan fakta kesehatan kepada masyarakat luas, termasuk data kasus, risiko, kebijakan baru, dan temuan ilmiah. Dalam isu stunting, misalnya, media dapat menjelaskan bahwa stunting bukan sekadar tubuh pendek, tetapi gangguan pertumbuhan kronis yang berdampak pada perkembangan kognitif dan produktivitas masa depan.

Kedua, fungsi edukasi. Media dapat menjadi alat pendidikan publik yang sangat efektif bila isi pesannya akurat dan mudah dipahami. Berita, artikel, wawancara, infografik, dan tayangan video dapat meningkatkan literasi kesehatan masyarakat. Ketiga, fungsi kontrol sosial. Media dapat mengawasi jalannya kebijakan, mengungkap ketimpangan layanan, atau menyoroti kelalaian pemerintah dan pihak swasta. Ketika media menyoroti antrean layanan, kekurangan obat, atau pencemaran lingkungan, media sedang menjalankan peran pengawasan terhadap tata kelola kebijakan kesehatan.

Keempat, fungsi mobilisasi. Media dapat membantu membangun dukungan publik terhadap suatu isu dan menggerakkan partisipasi masyarakat. Kampanye vaksinasi, gerakan sanitasi, dan pengendalian rokok sering lebih kuat ketika didukung media. Kelima, fungsi legitimasi. Ketika isu kesehatan dibahas oleh media arus utama secara konsisten, isu tersebut memperoleh legitimasi sebagai masalah publik yang layak masuk ke agenda kebijakan. Bagi advokat kesehatan, memahami kelima fungsi ini penting agar media dimanfaatkan secara strategis, bukan sekadar tempat mempublikasikan kegiatan.

9.3 Jenis Media dan Karakteristiknya

Media massa terdiri atas beberapa bentuk yang masing-masing memiliki karakteristik berbeda. Media cetak seperti surat kabar dan majalah cenderung kuat dalam analisis yang lebih panjang, opini, dan pelaporan mendalam. Media ini cocok untuk artikel kebijakan, opini akademik, dan liputan investigatif. Media elektronik seperti radio dan televisi

memiliki jangkauan luas serta kekuatan audiovisual yang dapat membangun emosi audiens. Televisi efektif untuk menampilkan dampak nyata isu kesehatan di lapangan, sedangkan radio efektif untuk menjangkau komunitas tertentu secara lokal.

Media daring atau portal berita online memiliki keunggulan dalam kecepatan distribusi, kemudahan akses, dan potensi sebar ulang melalui jejaring sosial. Namun, media daring juga sering bekerja dalam tekanan kecepatan dan clickability, sehingga advokat kesehatan perlu ekstra hati-hati dalam menyederhanakan pesan tanpa kehilangan akurasi. Selain itu, media komunitas seperti radio komunitas, buletin lokal, atau kanal informasi desa juga memiliki posisi penting dalam advokasi kesehatan berbasis komunitas karena lebih dekat dengan kebutuhan warga.

Pemilihan jenis media harus disesuaikan dengan tujuan advokasi. Jika tujuannya membangun tekanan nasional, maka media arus utama dan portal berita besar mungkin lebih relevan. Jika tujuannya menggerakkan warga desa untuk memperjuangkan air bersih, maka media lokal dan komunikasi komunitas bisa lebih efektif. Dengan kata lain, tidak ada media yang paling baik untuk semua situasi. Yang diperlukan adalah kesesuaian antara tujuan, audiens, dan kanal komunikasi.

9.4 Agenda Setting dan Peran Media dalam Membentuk Prioritas Publik

Teori agenda setting menjelaskan bahwa media tidak selalu memberi tahu publik apa yang harus dipikirkan, tetapi sangat kuat dalam memberi tahu publik apa yang harus dianggap penting. Dalam advokasi kesehatan, teori ini sangat relevan. Banyak masalah kesehatan tidak menjadi perhatian karena tidak muncul secara konsisten di ruang publik. Sebaliknya, isu yang terus-menerus diberitakan akan lebih mudah dianggap penting oleh masyarakat dan pada akhirnya menarik perhatian pemerintah.

Misalnya, jika media secara intens meliput kasus keracunan makanan di sekolah, publik akan memandang keamanan pangan sebagai isu penting. Akibatnya, pembuat kebijakan merasa perlu merespons, baik melalui inspeksi, regulasi, maupun kebijakan pengawasan yang lebih ketat. Hal yang sama berlaku pada isu polusi udara, kesehatan mental remaja, atau rokok elektronik. Ketika isu-isu itu berulang kali dibahas, mereka naik dalam hirarki prioritas publik.

Bagi kita sebagai tenaga kesehatan, pemahaman tentang agenda setting penting karena menunjukkan bahwa advokasi media bukan sekadar menyebarkan informasi, tetapi berusaha menempatkan isu kesehatan dalam radar perhatian publik. Ini berarti advokat perlu memilih momentum, sudut pandang, dan bentuk pesan yang memungkinkan isu tetap bertahan dalam pembicaraan publik, bukan hanya viral sesaat.

9.5 Media Relations: Membangun Relasi dengan Jurnalis dan Redaksi

Media relations adalah upaya membangun hubungan profesional yang sehat dengan jurnalis, redaksi, dan institusi media untuk memastikan isu kesehatan dapat diberitakan secara akurat dan berimbang. Dalam advokasi kesehatan, hubungan dengan media tidak boleh hanya bersifat insidental, yaitu datang ketika butuh publikasi lalu menghilang setelah isu mereda. Hubungan yang lebih baik dibangun melalui konsistensi, kejujuran data, kesiapan menjadi narasumber, dan kemampuan menyediakan bahan yang relevan bagi kebutuhan jurnalistik.

Jurnalis bekerja dengan logika waktu yang cepat dan kebutuhan akan nilai berita. Karena itu, advokat kesehatan perlu memahami bagaimana membuat isu yang kompleks tetap memiliki news value. Data mentah yang rumit tidak selalu menarik bila tidak dihubungkan dengan dampak manusiawi, kebaruan, konflik kebijakan, atau kepentingan publik. Di sisi lain, jurnalis juga membutuhkan sumber yang dapat dipercaya. Bila advokat kesehatan dikenal akurat, jelas, dan responsif, maka peluang isu diberitakan secara baik akan lebih besar.

Media relations yang baik mencakup beberapa keterampilan: menyiapkan siaran pers, memberi kutipan yang jelas, menyederhanakan bahasa teknis, menjaga respons yang cepat, dan menghormati independensi media. Kita perlu belajar bahwa berhubungan dengan media bukan berarti mengendalikan media, melainkan membangun kemitraan berbasis kepentingan publik.

9.6 Media Sosial sebagai Arena Advokasi Digital

Media sosial telah mengubah cara isu kesehatan disebarkan, dibahas, dan diperebutkan. Platform seperti Instagram, TikTok, X, Facebook, YouTube, dan WhatsApp memungkinkan individu, komunitas, dan organisasi berbicara langsung kepada publik tanpa harus selalu melalui media arus utama. Hal ini membuat advokasi menjadi lebih demokratis, tetapi sekaligus lebih kompetitif.

Dalam advokasi kesehatan, media sosial memiliki beberapa keunggulan. Pertama, kecepatan distribusi. Pesan dapat menyebar dalam hitungan menit. Kedua, biaya yang relatif rendah dibanding kampanye media konvensional. Ketiga, interaktivitas. Audiens tidak hanya menerima informasi, tetapi dapat bertanya, berbagi, menyetujui, atau menolak secara langsung. Keempat, potensi membangun komunitas. Akun, tagar, dan gerakan digital dapat menjadi titik kumpul bagi orang-orang yang peduli pada isu yang sama.

Namun, media sosial juga membawa risiko besar: disinformasi, polarisasi, echo chamber, penyederhanaan isu, dan tekanan untuk mengejar viralitas. Karena itu, advokasi digital memerlukan strategi yang matang. Kita harus mampu melihat media sosial bukan sebagai tempat unggah konten semata, tetapi sebagai ruang interaksi, kontestasi, dan pembentukan opini yang perlu dikelola secara serius.

9.7 Keunggulan dan Keterbatasan Media Sosial untuk Advokasi

Keunggulan utama media sosial adalah kemampuan menjangkau audiens yang luas dan beragam dengan biaya yang relatif murah. Selain itu, media sosial memungkinkan segmentasi pesan. Isu kesehatan mental remaja, misalnya, dapat dikemas berbeda untuk siswa, guru, orang tua, dan pembuat kebijakan. Media sosial juga memungkinkan penyajian konten visual yang kuat, seperti infografik, video singkat, testimoni, hingga siaran langsung diskusi.

Media sosial juga unggul dalam membangun partisipasi. Audiens dapat diajak menandatangani petisi, mengisi polling, membagikan cerita, menghadiri webinar, atau memperluas jangkauan pesan melalui repost. Dalam situasi tertentu, kekuatan partisipatif ini dapat menciptakan tekanan yang cukup besar terhadap lembaga pemerintah. Misalnya, ketika isu antrean layanan BPJS menjadi viral dan dibahas secara luas, respons kebijakan sering datang lebih cepat.

Namun, media sosial memiliki keterbatasan. Algoritma platform tidak selalu mendukung pesan yang paling akurat; sering kali ia lebih menguntungkan konten yang emosional, kontroversial, atau sensasional. Selain itu, pesan yang terlalu singkat sering kehilangan konteks. Karena itu, advokat kesehatan harus menyeimbangkan daya tarik konten dengan ketepatan informasi. Mereka juga harus siap menghadapi komentar negatif, misinformasi tandingan, atau serangan personal.

9.8 Strategi Konten dalam Advokasi Digital

Konten advokasi digital harus dirancang sesuai tujuan. Konten untuk membangun kesadaran biasanya berbeda dengan konten untuk mendorong keputusan kebijakan. Secara umum, konten advokasi dapat dibagi menjadi konten informatif, konten persuasif, konten partisipatif, dan konten penguat legitimasi. Konten informatif menjelaskan masalah dan data. Konten persuasif menekankan urgensi dan solusi. Konten partisipatif mengajak audiens melakukan tindakan. Konten penguat legitimasi menampilkan suara ahli, tokoh, atau komunitas terdampak.

Secara teknis, konten digital yang baik memiliki beberapa ciri: fokus pada satu pesan utama, menggunakan bahasa sederhana, menampilkan visual yang kuat, dan diakhiri dengan call to action yang jelas. Misalnya, pada isu rokok remaja, satu konten dapat fokus pada data prevalensi, konten lain fokus pada dampak terhadap kesehatan paru, dan konten berikutnya fokus pada ajakan mendukung pembatasan iklan digital.

Kita juga perlu memahami pentingnya serialisasi konten. Advokasi digital jarang berhasil hanya dengan satu unggahan. Isu perlu dibangun secara bertahap melalui rangkaian konten yang saling menguatkan: pengenalan masalah, data, cerita dampak, respons kebijakan, dan ajakan tindakan. Dengan begitu, audiens tidak hanya melihat satu potongan isu, tetapi memahami keseluruhan narasi.

9.9 Manajemen Isu dalam Advokasi Kesehatan

Manajemen isu adalah proses sistematis untuk mengenali, menganalisis, merespons, dan memantau suatu isu sebelum berkembang menjadi krisis yang lebih besar. Dalam kesehatan masyarakat, banyak persoalan awalnya muncul sebagai isu: keluhan warga tentang bau limbah, kabar antrean layanan yang terlalu panjang, video sekolah dengan makanan tidak higienis, atau rumor penyakit tertentu di media sosial. Jika tidak dikelola, isu semacam ini dapat berkembang menjadi ketidakpercayaan publik, konflik sosial, dan tekanan kebijakan yang tidak terkendali.

Manajemen isu penting karena advokasi tidak selalu bergerak dalam ruang yang tenang dan terencana. Sering kali advokat harus merespons situasi yang sedang berkembang dengan cepat. Pada kondisi seperti itu, kemampuan membaca isu, memilah fakta dari rumor, dan menentukan pesan utama menjadi sangat penting. Manajemen isu juga membantu memastikan bahwa organisasi atau tim advokasi tidak reaktif secara berlebihan, tetapi tetap bertindak berdasarkan bukti dan strategi.

Dalam konteks media digital, siklus isu bergerak jauh lebih cepat. Sebuah unggahan dapat viral dalam hitungan jam. Karena itu, kita perlu memahami manajemen isu sebagai kemampuan inti dalam advokasi modern.

Secara umum, manajemen isu terdiri atas empat tahap: identifikasi, analisis, respons, dan monitoring. Pada tahap identifikasi, advokat mendeteksi adanya isu melalui pemantauan media, keluhan masyarakat, data lapangan, atau percakapan daring. Pada tahap analisis, isu dikaji dari sisi fakta, aktor yang terlibat, potensi dampaknya, dan

kemungkinan eskalasinya. Tahap ini sangat penting agar tim tidak salah membaca masalah.

Pada tahap respons, tim menentukan sikap dan strategi komunikasi. Respons bisa berupa klarifikasi, penyampaian data, pertemuan dengan stakeholder, penyusunan pernyataan resmi, penguatan koalisi, atau dorongan kebijakan tertentu. Tahap terakhir adalah monitoring, yaitu memantau perkembangan isu setelah respons dilakukan: apakah isu mereda, berubah arah, atau justru meningkat. Monitoring juga berguna untuk menilai efektivitas strategi yang dipilih.

Sebagai contoh, pada isu pencemaran sungai akibat limbah pabrik, identifikasi dapat dimulai dari keluhan warga. Analisis dilakukan dengan memeriksa data kualitas air dan pola penyakit. Respons dapat berupa publikasi temuan, audiensi dengan pemerintah daerah, dan pelibatan media. Monitoring dilakukan dengan memantau pemberitaan, sikap pemerintah, dan kondisi lapangan. Tahapan ini menunjukkan bahwa manajemen isu bukan tindakan sekali jadi, tetapi proses berkelanjutan.

9.10 Framing dalam Advokasi Kesehatan

Framing adalah cara membingkai suatu isu agar dipahami dari perspektif tertentu. Dalam advokasi kesehatan, framing sangat menentukan apakah sebuah masalah dianggap biasa, mendesak, atau strategis. Fakta yang sama dapat menghasilkan respons berbeda jika dibingkai dengan cara berbeda. Karena itu, framing merupakan keterampilan komunikasi yang sangat penting.

Misalnya, isu stunting dapat dibingkai sebagai masalah gizi keluarga, ancaman kualitas sumber daya manusia, atau kerugian ekonomi jangka panjang. Ketiga framing tersebut benar, tetapi efeknya pada audiens berbeda. Framing gizi keluarga lebih dekat ke perilaku rumah tangga. Framing kualitas SDM lebih kuat untuk pembuat kebijakan pembangunan. Framing ekonomi lebih kuat dalam pembahasan anggaran. Dengan memilih framing yang tepat, advokat dapat memperbesar urgensi kebijakan tanpa mengubah fakta.

Kita perlu memahami bahwa framing bukan manipulasi, melainkan penyusunan sudut pandang yang sah terhadap fakta. Namun framing harus tetap jujur, proporsional, dan bertanggung jawab. Framing yang menyesatkan dapat memang menghasilkan perhatian sesaat, tetapi merusak kredibilitas advokasi dalam jangka panjang.

Pada isu polusi udara, misalnya, advokat dapat memilih beberapa frame. Pertama, frame lingkungan: polusi sebagai bentuk kerusakan kualitas udara dan ancaman keberlanjutan kota. Kedua, frame kesehatan anak: polusi sebagai penyebab ISPA, gangguan perkembangan paru, dan absensi sekolah. Ketiga, frame ekonomi: polusi meningkatkan biaya kesehatan, menurunkan produktivitas, dan merugikan kota secara jangka panjang.

Pada isu rokok remaja, framing juga dapat berbeda. Isu dapat dibingkai sebagai masalah kesehatan, masalah perlindungan anak, atau masalah industri yang menargetkan konsumen muda. Frame perlindungan anak sering sangat kuat secara moral dan politik. Pada isu sampah, framing bisa

diarahkan sebagai masalah kebersihan, kesehatan lingkungan, pariwisata, atau beban fiskal pemerintah daerah.

Dengan berlatih membuat beberapa alternatif frame untuk satu isu, kita akan memahami bahwa komunikasi advokasi memerlukan kreativitas analitis. Tujuannya bukan mencari frame paling dramatis, tetapi paling tepat untuk audiens dan tujuan kebijakan.

9.11 Influencer, Opinion Leader, dan Komunitas Digital

Dalam advokasi digital, influencer dan opinion leader dapat memainkan peran penting. Influencer memiliki jangkauan audiens yang luas, sedangkan opinion leader memiliki otoritas tertentu dalam komunitas atau isu tertentu. Dalam kesehatan masyarakat, dokter, dosen, tokoh agama, guru, aktivis lingkungan, dan figur publik lokal dapat berperan sebagai opinion leader yang memperkuat legitimasi pesan.

Namun penggunaan influencer harus dilakukan dengan hati-hati. Tidak semua figur publik cocok untuk semua isu. Kredibilitas, rekam jejak, dan relevansi sangat penting. Influencer yang populer tetapi tidak memiliki integritas atau pemahaman isu dapat justru merusak advokasi. Karena itu, kita perlu belajar menilai bukan hanya jumlah pengikut, tetapi juga kualitas pengaruh.

Komunitas digital juga penting karena mereka dapat menjadi penggerak diskusi dan partisipasi. Komunitas ibu muda, kelompok guru, pegiat lingkungan, atau komunitas pemuda lokal dapat menjadi penguat advokasi bila dilibatkan secara tepat. Ini menunjukkan bahwa advokasi digital bukan

hanya soal akun resmi, tetapi juga soal jejaring sosial yang dibangun di sekitarnya.

9.12 Etika dan Evaluasi dalam Advokasi Digital

Etika merupakan fondasi utama dalam penggunaan media untuk advokasi kesehatan. Advokat tidak boleh menyebarkan data yang belum diverifikasi, membesar-besarkan risiko secara tidak proporsional, memanipulasi testimoni, atau mengekspos identitas individu tanpa persetujuan. Dalam isu sensitif seperti HIV, kesehatan mental, kekerasan, gizi buruk anak, atau keracunan, pelanggaran etika dapat menimbulkan stigmatisasi serius.

Etika juga berarti menjaga akurasi konteks. Infografik yang tampak menarik tetapi menyederhanakan fakta secara berlebihan tetap berbahaya. Selain itu, advokat harus berhati-hati terhadap godaan mengejar viralitas dengan cara yang sensasional. Viral tidak selalu berarti bermanfaat. Konten yang ramai tetapi menyesatkan justru dapat mengacaukan kebijakan.

Dalam ruang digital yang cepat dan kompetitif, menjaga etika memang lebih menantang. Namun justru karena itulah etika menjadi penanda profesionalisme. Kita perlu memahami bahwa kredibilitas jangka panjang jauh lebih penting daripada perhatian sesaat.

Evaluasi advokasi media tidak boleh berhenti pada jumlah tayangan atau banyaknya likes. Keberhasilan perlu dilihat secara lebih substansial. Pada level awal, indikator dapat berupa jangkauan pesan, jumlah liputan media, engagement rate, atau pertumbuhan audiens. Pada level

menengah, dapat dilihat apakah isu masuk ke forum publik, dibahas oleh pejabat, atau memicu pertemuan stakeholder. Pada level lebih lanjut, evaluasi perlu melihat apakah terjadi perubahan agenda, komitmen kebijakan, atau perubahan implementasi.

Misalnya, sebuah kampanye digital tentang sanitasi desa mungkin memperoleh ribuan tayangan. Tetapi pertanyaan yang lebih penting adalah: apakah kepala desa mulai membahas isu itu dalam musyawarah? Apakah ada perubahan alokasi dana desa? Apakah kader kesehatan dan masyarakat bergerak? Dengan demikian, evaluasi advokasi media harus tetap terhubung dengan tujuan kebijakan.

Kita perlu belajar membedakan metrik popularitas dengan indikator perubahan. Keduanya penting, tetapi tidak sama. Popularitas dapat menjadi pintu masuk, sedangkan perubahan kebijakan adalah tujuan yang lebih substantif.

BAB 10

KAMPANYE SOSIAL DAN MOBILISASI PUBLIK

Kampanye sosial dan mobilisasi publik merupakan dua strategi penting dalam advokasi kesehatan. Bila advokasi kebijakan lebih banyak menyorot pengambil keputusan, maka kampanye sosial bekerja dengan membangun kesadaran, dukungan, dan partisipasi publik agar suatu isu kesehatan memperoleh legitimasi sosial yang kuat. Dalam praktik kebijakan, dukungan masyarakat sering kali menjadi faktor penentu apakah suatu isu akan dianggap mendesak atau diabaikan. Karena itu, advokasi kesehatan yang baik tidak hanya mengandalkan data dan lobi, tetapi juga kemampuan menggerakkan opini dan tindakan publik.

Dalam konteks kesehatan masyarakat, kampanye sosial dapat digunakan untuk berbagai tujuan, seperti meningkatkan kesadaran mengenai stunting, mendorong perilaku hidup bersih dan sehat, menekan penggunaan rokok pada remaja, memperkuat gerakan sanitasi, atau menggalang dukungan terhadap kebijakan pengendalian sampah. Kampanye yang efektif bukan sekadar kegiatan menyebarkan poster atau membuat slogan, tetapi sebuah proses strategis yang melibatkan analisis audiens, penyusunan pesan, pemilihan media, penjadwalan aktivitas, pelibatan aktor kunci, serta evaluasi hasil.

Mobilisasi publik melangkah lebih jauh daripada kampanye. Bila kampanye berfokus pada penyebaran pesan, maka mobilisasi publik bertujuan mengubah perhatian menjadi keterlibatan nyata. Bentuknya dapat berupa forum warga, aksi komunitas, petisi, dialog publik, gerakan sukarela, pengumpulan dukungan, hingga inisiatif akar rumput yang memberi tekanan moral maupun politik terhadap pembuat kebijakan. Dalam isu kesehatan, mobilisasi publik sangat penting terutama ketika masalah bersifat struktural dan menyentuh kehidupan sehari-hari masyarakat.

10.1 Konsep Kampanye Sosial dalam Advokasi Kesehatan

Kampanye sosial adalah rangkaian kegiatan komunikasi yang dirancang secara sistematis untuk memengaruhi pengetahuan, sikap, perilaku, dan dukungan publik terhadap isu sosial tertentu. Dalam advokasi kesehatan, kampanye sosial berfungsi untuk meningkatkan visibilitas isu, membangun opini publik, memperluas dukungan, dan menciptakan iklim sosial yang kondusif bagi perubahan kebijakan. Dengan kata lain, kampanye sosial adalah jembatan antara pengetahuan kesehatan masyarakat dan energi kolektif masyarakat.

Kampanye sosial memiliki beberapa karakteristik. Pertama, kampanye memiliki tujuan yang jelas dan terukur. Kedua, kampanye memiliki pesan utama yang konsisten. Ketiga, kampanye menyasar audiens tertentu yang dianalisis secara cermat. Keempat, kampanye menggunakan media dan metode yang disesuaikan dengan karakter audiens. Kelima, kampanye berjalan dalam periode tertentu dan memerlukan

evaluasi. Keenam, kampanye tidak berdiri sendiri, tetapi idealnya terhubung dengan strategi advokasi yang lebih luas.

Dalam kesehatan masyarakat, kampanye sering kali diarahkan untuk mendukung kebijakan atau program tertentu. Misalnya, kampanye tentang bahaya rokok pada remaja dapat memperkuat advokasi kenaikan cukai, pelarangan iklan, dan pengawasan penjualan. Kampanye tentang sanitasi dapat memperkuat dukungan terhadap kebijakan sanitasi desa dan alokasi anggaran air bersih. Dari sini terlihat bahwa kampanye sosial tidak selalu berhenti pada perubahan perilaku individual, tetapi dapat menjadi alat untuk membangun basis legitimasi kebijakan.

10.2 Perbedaan Kampanye Sosial, Promosi Kesehatan, dan Advokasi

Dalam praktik kesehatan masyarakat, istilah kampanye sosial, promosi kesehatan, dan advokasi sering digunakan secara bergantian. Padahal, ketiganya memiliki fokus yang berbeda. Promosi kesehatan menekankan peningkatan kemampuan individu dan komunitas untuk mengontrol determinan kesehatan melalui pendidikan, pemberdayaan, dan perubahan perilaku. Advokasi menekankan perubahan kebijakan, regulasi, atau keputusan pada tingkat institusional. Kampanye sosial berada di antara keduanya, yaitu sebagai strategi komunikasi publik yang membangun kesadaran dan dukungan sosial.

Kampanye sosial biasanya memiliki jangkauan yang lebih luas dan lebih komunikatif dibanding promosi kesehatan yang cenderung edukatif. Sementara advokasi cenderung

menyasar pembuat kebijakan, kampanye sosial menyasar publik luas atau segmen masyarakat tertentu. Meskipun berbeda, ketiganya saling melengkapi. Kampanye dapat menjadi bagian dari promosi kesehatan sekaligus alat untuk memperkuat advokasi.

Sebagai contoh, dalam isu stunting, promosi kesehatan dapat dilakukan melalui edukasi ibu hamil tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan. Kampanye sosial dapat dilakukan melalui media massa dan media sosial untuk menekankan bahwa stunting adalah ancaman kualitas sumber daya manusia. Advokasi dilakukan dengan mendorong penguatan anggaran, program lintas sektor, dan komitmen RPJMD. Dengan demikian, kampanye sosial harus dipahami dalam hubungan strategis dengan dua pendekatan lainnya.

10.3 Tujuan Kampanye Sosial

Tujuan kampanye sosial dapat dibedakan menjadi tujuan komunikasi, tujuan sosial, dan tujuan kebijakan. Tujuan komunikasi berkaitan dengan peningkatan perhatian, pengetahuan, atau perubahan persepsi publik terhadap suatu isu. Tujuan sosial berkaitan dengan perubahan sikap, norma, atau keterlibatan masyarakat dalam isu kesehatan. Tujuan kebijakan berkaitan dengan terciptanya tekanan sosial yang mendorong pengambil keputusan mengambil tindakan tertentu.

Dalam praktiknya, kampanye yang baik sebaiknya memiliki tujuan yang spesifik dan terukur. Misalnya, kampanye pencegahan rokok remaja dapat menargetkan peningkatan kesadaran siswa mengenai bahaya vape,

peningkatan dukungan orang tua terhadap sekolah bebas rokok, atau peningkatan perhatian DPRD terhadap regulasi iklan rokok digital. Tanpa tujuan yang jelas, kampanye cenderung menjadi kegiatan komunikasi yang ramai tetapi tidak terarah.

Kita perlu memahami bahwa kampanye bukan kegiatan sekali jalan. Tujuan kampanye harus dirancang sesuai tahapan perubahan yang ingin dicapai. Ada kampanye yang cukup bertujuan membangun perhatian awal. Ada yang bertujuan memperkuat dukungan. Ada pula yang bertujuan langsung mendorong tindakan tertentu, seperti menandatangani petisi, hadir dalam forum warga, atau mendukung kebijakan daerah.

10.4 Tahapan Penyusunan Strategi Kampanye

Strategi kampanye yang baik biasanya disusun melalui beberapa tahap. Pertama, identifikasi masalah dan konteks. Isu apa yang ingin diangkat, mengapa isu ini penting, dan data apa yang mendukung kampanye. Kedua, penetapan tujuan kampanye. Ketiga, segmentasi audiens. Keempat, penyusunan pesan kunci. Kelima, pemilihan media dan kegiatan. Keenam, penentuan mitra dan koalisi. Ketujuh, implementasi. Kedelapan, monitoring dan evaluasi.

Setiap tahap memiliki fungsi strategis. Tanpa identifikasi masalah yang baik, kampanye cenderung berjalan berdasarkan intuisi semata. Tanpa segmentasi audiens, pesan akan terlalu umum dan tidak efektif. Tanpa evaluasi, sulit menilai apakah kampanye berhasil atau hanya menghasilkan keramaian sesaat. Dengan mengikuti tahapan ini, kita dapat

memandang kampanye sebagai proses manajerial dan strategis, bukan sekadar aktivitas kreatif.

Dalam konteks advokasi kesehatan, strategi kampanye juga harus diselaraskan dengan peta stakeholder dan momentum kebijakan. Kampanye tentang sanitasi, misalnya, akan lebih efektif bila dilakukan menjelang pembahasan anggaran desa atau saat isu diare sedang meningkat. Dengan demikian, strategi kampanye selalu terkait dengan konteks politik dan sosial yang melingkupinya.

1. Segmentasi dan Profil Audiens

Segmentasi audiens adalah proses membagi sasaran kampanye ke dalam kelompok-kelompok yang memiliki karakteristik, kebutuhan, dan pola respons berbeda. Segmentasi penting karena pesan yang efektif untuk satu kelompok belum tentu efektif untuk kelompok lain. Dalam advokasi kesehatan, audiens dapat dibedakan berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lokasi, peran sosial, atau tingkat pengaruh terhadap kebijakan.

Misalnya, dalam kampanye pengendalian rokok remaja, siswa SMA memerlukan pesan yang berbeda dari orang tua, guru, kepala sekolah, dan DPRD. Remaja mungkin lebih responsif terhadap pesan yang menekankan identitas, kemandirian, dan bahaya industri rokok. Orang tua mungkin lebih peka terhadap dampak kesehatan dan pengeluaran rumah tangga. Pengambil kebijakan lebih membutuhkan data tentang dampak jangka panjang dan urgensi regulasi.

Profil audiens yang baik tidak hanya memuat demografi, tetapi juga psikografi dan konteks sosial. Apa nilai yang mereka pegang, apa kekhawatiran mereka, dari media mana mereka memperoleh informasi, dan siapa tokoh yang mereka percaya. Pertanyaan-pertanyaan ini membantu penyusunan pesan dan pemilihan media kampanye yang lebih tepat.

2. Penyusunan Pesan Kampanye

Pesan kampanye adalah inti informasi dan ajakan yang ingin disampaikan kepada audiens. Pesan harus jelas, singkat, relevan, dan mudah diingat. Dalam kesehatan masyarakat, pesan kampanye yang efektif biasanya menghubungkan masalah, dampak, dan tindakan yang diharapkan. Misalnya, 'Cegah stunting sejak 1000 hari pertama kehidupan', atau 'Udara bersih adalah hak semua anak'.

Pesan kampanye tidak boleh terlalu teknis. Bahasa yang terlalu akademik akan sulit diterima masyarakat luas. Namun, pesan juga tidak boleh terlalu dangkal hingga kehilangan substansi. Karena itu, kita perlu belajar menyederhanakan data tanpa menghilangkan makna. Pesan yang baik biasanya mempunyai satu fokus utama dan dapat diulang secara konsisten di berbagai media.

Dalam banyak kasus, kampanye memerlukan lebih dari satu lapis pesan. Ada pesan inti untuk semua audiens dan ada pesan khusus untuk segmen tertentu. Pesan untuk masyarakat umum mungkin lebih emotif dan sederhana, sedangkan pesan untuk pejabat publik lebih berbasis data dan relevansi kebijakan. Prinsip terpenting adalah konsistensi.

3. Framing dalam Kampanye Sosial

Framing adalah cara membingkai isu agar dipahami dari perspektif tertentu. Dalam kampanye sosial, framing sangat menentukan apakah sebuah isu terasa dekat, penting, dan mendesak bagi audiens. Isu kesehatan yang sama dapat dipersepsikan berbeda tergantung bagaimana ia dibingkai. Karena itu, framing merupakan bagian strategis dari kampanye.

Sebagai contoh, stunting dapat dibingkai sebagai masalah gizi anak, ancaman kualitas SDM daerah, ketimpangan sosial, atau kerugian ekonomi jangka panjang. Sampah dapat dibingkai sebagai masalah kebersihan, masalah kesehatan, atau masalah martabat lingkungan. Rokok dapat dibingkai sebagai masalah perlindungan anak atau beban pembiayaan kesehatan.

Framing yang tepat dapat memperkuat urgensi kebijakan. Namun, framing tetap harus jujur dan berbasis data. Framing bukan manipulasi fakta, melainkan memilih aspek fakta yang paling relevan untuk tujuan komunikasi tertentu.

4. Pemilihan Media Kampanye

Media kampanye dapat berbentuk media tatap muka, media cetak, media elektronik, media sosial, video, poster, baliho, podcast, atau kegiatan komunitas. Pemilihan media tidak boleh didasarkan hanya pada tren atau selera pembuat kampanye, tetapi harus disesuaikan dengan audiens, tujuan, biaya, dan konteks penggunaan.

Media tatap muka seperti forum warga, pengajian, diskusi sekolah, atau musyawarah desa sangat efektif untuk membangun keterlibatan mendalam. Media sosial

efektif untuk menjangkau audiens luas dengan cepat, terutama kelompok muda. Radio lokal masih penting di banyak wilayah pedesaan. Poster dan baliho dapat memperkuat pengingat visual. Video pendek dapat memadukan data, emosi, dan ajakan tindakan secara lebih menarik.

Kita perlu menyadari bahwa kampanye yang efektif sering menggunakan kombinasi media, bukan hanya satu saluran. Kombinasi ini membantu memperluas jangkauan sekaligus memperdalam pengaruh.

10.5 *Community Engagement*

Community engagement adalah proses melibatkan masyarakat secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kampanye atau program. Dalam advokasi kesehatan, *Community engagement* penting karena masyarakat bukan hanya sasaran pesan, tetapi juga pelaku perubahan. Kampanye yang dibangun tanpa pelibatan komunitas sering kali tampak bagus secara visual, tetapi lemah dalam penerimaan dan keberlanjutan.

Prinsip utama *Community engagement* adalah partisipatif, transparan, inklusif, dan berkelanjutan. Masyarakat perlu diberi ruang untuk menyampaikan pandangan, kebutuhan, dan pengalaman mereka. Tokoh lokal, kader, kelompok ibu, pemuda, tokoh agama, dan komunitas rentan perlu dilibatkan sejak awal. Dengan demikian, kampanye menjadi lebih kontekstual dan lebih dipercaya.

Dalam banyak isu kesehatan lingkungan dan sanitasi, *Community engagement* justru menjadi kunci keberhasilan. Misalnya, kampanye stop buang sampah sembarangan akan jauh lebih efektif bila warga ikut merancang solusi, menentukan aturan bersama, dan membentuk sistem pengawasan lokal.

10.5 Grassroot Movement

Grassroot movement atau gerakan akar rumput adalah gerakan yang tumbuh dari masyarakat bawah dan berangkat dari pengalaman langsung menghadapi masalah. Dalam advokasi kesehatan, *Grassroot movement* sering muncul ketika masyarakat terdampak merasa kebijakan atau layanan yang ada tidak memadai. Gerakan seperti ini dapat menjadi sumber tekanan moral dan politik yang kuat.

Grassroot movement berbeda dari kampanye yang sepenuhnya dirancang oleh organisasi formal. Gerakan akar rumput biasanya lebih organik, berbasis pengalaman nyata, dan memiliki legitimasi sosial yang tinggi. Contohnya adalah gerakan warga menuntut perbaikan air bersih, kelompok ibu peduli gizi, komunitas anti-asap rokok, atau gerakan peduli sampah sungai.

Dalam konteks advokasi, *Grassroot movement* dapat berfungsi sebagai penguat kampanye sosial. Ketika suara warga terdengar langsung, isu kesehatan menjadi lebih sulit diabaikan. Namun, gerakan ini juga perlu dikelola dengan etis agar tidak mudah dimanfaatkan oleh kepentingan lain yang tidak sejalan dengan tujuan kesehatan publik.

10.7 Hubungan Kampanye, *Community Engagement*, dan *Grassroot Movement*

Kampanye sosial, *community engagement*, dan *Grassroot movement* adalah tiga elemen yang saling berkaitan tetapi tidak identik. Kampanye meningkatkan kesadaran dan perhatian publik. *Community engagement* memperkuat partisipasi dan rasa memiliki terhadap isu. *Grassroot movement* memperbesar tekanan sosial dan politik melalui gerakan warga yang lebih terorganisir atau lebih emosional.

Ketiganya idealnya bekerja secara berurutan dan saling memperkuat. Kampanye membuka ruang percakapan publik. Pelibatan komunitas memastikan pesan tidak berhenti pada kesadaran, tetapi berubah menjadi tindakan bersama. Gerakan akar rumput membuat isu memiliki daya tekan yang lebih nyata terhadap pembuat kebijakan. Dalam isu sanitasi desa, misalnya, kampanye dapat meningkatkan pengetahuan, *Community engagement* dapat mendorong musyawarah warga, dan *Grassroot movement* dapat memperkuat tuntutan alokasi anggaran.

Kita perlu memahami hubungan ini agar tidak melihat kampanye hanya sebagai penyebaran informasi. Kampanye yang benar-benar kuat adalah kampanye yang mampu terhubung dengan partisipasi komunitas dan gerakan sosial yang lebih luas.

10.8 Peran Tokoh Kunci dan Influencer Lokal

Dalam kampanye sosial, tokoh kunci memiliki peran besar dalam membentuk kepercayaan audiens. Tokoh tersebut bisa berupa tokoh agama, kepala desa, guru, tenaga

kesehatan, pemuda berpengaruh, atau figur digital lokal. Mereka tidak selalu memiliki jabatan formal tinggi, tetapi dipercaya oleh masyarakat. Dalam banyak kasus, dukungan tokoh kunci jauh lebih efektif daripada pesan resmi yang disampaikan dari luar komunitas.

Influencer lokal juga penting terutama dalam kampanye digital. Namun, pemilihannya harus hati-hati. Kredibilitas, kesesuaian nilai, dan rekam jejak mereka perlu dipertimbangkan. Dalam advokasi kesehatan, tokoh yang dipilih harus mampu memperkuat pesan, bukan justru mengaburkan substansi atau mengalihkan perhatian pada personalitas semata.

Kita perlu belajar memetakan siapa tokoh yang paling relevan untuk isu tertentu. Isu sanitasi mungkin memerlukan dukungan kepala desa dan tokoh agama, sedangkan isu rokok remaja mungkin memerlukan guru, orang tua, dan figur muda yang dekat dengan siswa.

10.9 Perencanaan Aksi Kampanye

Perencanaan aksi kampanye mencakup jadwal kegiatan, pembagian peran, target capaian, kebutuhan sumber daya, dan mekanisme koordinasi. Dalam tahap ini, kampanye diterjemahkan dari konsep menjadi langkah-langkah operasional. Tanpa rencana aksi yang rinci, kampanye sering kali berantakan: pesan tidak konsisten, kegiatan bertabrakan, dan evaluasi menjadi sulit.

Rencana aksi biasanya memuat kapan kampanye diluncurkan, siapa penanggung jawab tiap kegiatan, media apa yang digunakan, indikator apa yang dipantau, dan

bagaimana dokumentasi dilakukan. Dalam kampanye skala kecil di tingkat komunitas, perencanaan aksi tetap penting meskipun bentuknya sederhana. Justru kesederhanaan tersebut perlu diatur agar semua pihak memahami perannya.

Bagi kita, kemampuan menyusun rencana aksi menunjukkan bahwa kampanye bukan hanya gagasan kreatif, tetapi proyek komunikasi yang harus dikelola secara profesional.

10.10 Monitoring dan Evaluasi Kampanye

Monitoring kampanye bertujuan melihat apakah kegiatan berjalan sesuai rencana. Evaluasi bertujuan menilai apakah kampanye menghasilkan perubahan yang diharapkan. Dalam advokasi kesehatan, evaluasi kampanye tidak boleh berhenti pada indikator output seperti jumlah poster atau banyaknya unggahan media sosial. Yang lebih penting adalah perubahan pengetahuan, dukungan, partisipasi, atau tekanan kebijakan yang dihasilkan.

Indikator kampanye dapat mencakup jangkauan media, keterlibatan audiens, jumlah peserta kegiatan, perubahan persepsi, peningkatan dukungan terhadap kebijakan, atau tindakan nyata seperti kehadiran warga dalam forum publik. Metode evaluasi bisa berupa observasi, survei singkat, diskusi kelompok terarah, wawancara, analisis media sosial, atau analisis liputan media.

Kita perlu memahami bahwa kampanye yang tampak ramai di permukaan belum tentu efektif. Karena itu, monitoring dan evaluasi sangat penting untuk membedakan

antara keramaian komunikasi dan perubahan sosial yang sesungguhnya.

10.11 Etika Kampanye Sosial

Etika kampanye sosial sangat penting karena kampanye menysasar publik luas dan berpotensi memengaruhi opini masyarakat. Kampanye harus berbasis data yang benar, tidak menstigmatisasi kelompok tertentu, tidak menyebarkan ketakutan secara berlebihan, dan tidak memanipulasi pengalaman individu untuk kepentingan sensasi. Dalam isu kesehatan, godaan dramatisasi sering cukup besar, terutama di media sosial.

Etika juga berarti menghormati konteks budaya dan martabat komunitas. Kampanye tentang sanitasi, gizi, atau penyakit tertentu harus disampaikan dengan bahasa yang menjaga harga diri masyarakat. Menyalahkan warga secara langsung sering justru menimbulkan resistensi. Kampanye yang etis lebih menekankan pemberdayaan dan solusi bersama.

Kita perlu memahami bahwa kampanye yang etis justru lebih berkelanjutan karena membangun kepercayaan. Dalam jangka panjang, kepercayaan adalah aset utama dalam advokasi kesehatan.

BAB 11

ADVOKASI BERBASIS KOMUNITAS

Advokasi berbasis komunitas merupakan pendekatan penting dalam kesehatan masyarakat karena menempatkan warga sebagai subjek utama perubahan, bukan sekadar penerima program. Dalam banyak persoalan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan sanitasi, lingkungan, gizi, penyakit berbasis perilaku, dan akses layanan dasar, solusi yang paling berkelanjutan justru lahir ketika masyarakat terlibat secara aktif sejak awal. Kebijakan yang datang sepenuhnya dari atas tanpa memahami pengalaman komunitas sering terlihat baik di atas kertas, tetapi lemah dalam penerimaan dan implementasi. Karena itu, advokasi berbasis komunitas memberi koreksi penting terhadap pendekatan yang terlalu birokratis dan top-down.

Dalam konteks kesehatan masyarakat, komunitas bukan hanya sekumpulan orang yang tinggal di wilayah yang sama. Komunitas juga dapat dimaknai sebagai kelompok yang berbagi pengalaman, identitas, masalah, atau kepentingan tertentu. Komunitas dapat berupa warga desa, kelompok ibu balita, komunitas nelayan, komunitas sekolah, komunitas pemuda, kelompok penyandang disabilitas, atau kelompok masyarakat yang terdampak langsung oleh pencemaran lingkungan. Dengan pengertian ini, advokasi berbasis komunitas berarti upaya membangun perubahan kebijakan

atau praktik sosial melalui partisipasi warga yang relevan dengan isu yang dihadapi.

Pendekatan ini sangat penting karena banyak masalah kesehatan bersifat lokal dan dipengaruhi kondisi setempat. Sanitasi buruk, akses air bersih rendah, budaya buang sampah ke sungai, angka diare tinggi, atau rendahnya pemanfaatan Posyandu sering kali tidak bisa dijelaskan hanya dengan teori umum. Masalah-masalah tersebut harus dibaca dari pengalaman hidup warga, struktur sosial setempat, hubungan kekuasaan di tingkat lokal, serta kearifan budaya yang hidup dalam komunitas.

Bab ini membahas konsep advokasi berbasis komunitas secara serius dan rinci. Fokus utamanya meliputi pendekatan partisipatif, kearifan lokal, advokasi lingkungan dan sanitasi, strategi pelibatan komunitas, peran tokoh lokal, tahapan pengorganisasian warga, etika dalam advokasi berbasis komunitas, studi kasus, latihan praktik, dan refleksi kritis. Dengan menguasai bab ini, kita diharapkan mampu merancang advokasi kesehatan yang lebih demokratis, kontekstual, dan berkelanjutan.

11.1 Konsep Advokasi Berbasis Komunitas

Advokasi berbasis komunitas adalah pendekatan advokasi yang bertumpu pada partisipasi aktif masyarakat dalam mengidentifikasi masalah, menyusun tuntutan, membangun dukungan, dan mendorong perubahan kebijakan atau praktik yang memengaruhi kehidupan mereka. Berbeda dengan advokasi elit yang terutama mengandalkan aktor

profesional, advokasi berbasis komunitas memberi ruang besar pada suara warga yang terdampak langsung. Hal ini membuat advokasi memiliki legitimasi moral yang lebih kuat karena tuntutan perubahan datang dari pengalaman nyata komunitas, bukan hanya dari analisis para ahli.

Secara prinsip, advokasi berbasis komunitas memadukan dua dimensi penting. Dimensi pertama adalah dimensi pemberdayaan, yaitu upaya memperkuat kapasitas masyarakat agar mampu memahami masalahnya sendiri, membaca data, menyuarakan kepentingannya, dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan. Dimensi kedua adalah dimensi kebijakan, yaitu upaya menghubungkan aspirasi komunitas dengan arena formal seperti pemerintah desa, kecamatan, dinas kesehatan, DPRD, atau forum perencanaan pembangunan. Tanpa dimensi kedua, pelibatan komunitas berisiko berhenti pada diskusi internal yang tidak mengubah kebijakan.

Dalam praktik kesehatan masyarakat, advokasi berbasis komunitas sangat relevan untuk isu-isu yang memerlukan perubahan perilaku kolektif sekaligus dukungan kebijakan. Contohnya adalah pembangunan jamban sehat, perlindungan sumber air, pengendalian sampah, pencegahan DBD, penguatan Posyandu, dan perlindungan kelompok rentan dari paparan asap rokok. Di semua isu ini, perubahan tidak cukup bila hanya bergantung pada pesan kesehatan; harus ada keterlibatan warga dan perubahan struktur pendukung.

Kita perlu memahami bahwa advokasi berbasis komunitas bukan berarti menolak peran negara atau ahli. Sebaliknya, pendekatan ini menekankan kemitraan antara komunitas, tenaga kesehatan, akademisi, dan pemerintah.

Negara tetap penting sebagai pembuat kebijakan dan penyedia sumber daya, sementara tenaga kesehatan dan akademisi penting sebagai pendamping dan penyedia evidence. Namun suara dan pengalaman komunitas harus tetap menjadi pusat.

11.2 Landasan Teoritis Pendekatan Partisipatif

Pendekatan partisipatif dalam kesehatan masyarakat berangkat dari gagasan bahwa masyarakat memiliki pengetahuan, pengalaman, dan kapasitas yang berharga untuk memecahkan persoalan yang mereka hadapi. Partisipasi tidak dipahami sekadar sebagai hadir dalam rapat, tetapi keterlibatan yang bermakna dalam pengambilan keputusan. Dalam tradisi pembangunan partisipatif, masyarakat dipandang bukan sebagai objek yang harus diatur, tetapi sebagai aktor yang harus didengar, diperkuat, dan diberi ruang untuk menentukan arah perubahan.

Dalam teori pemberdayaan, partisipasi memiliki hubungan erat dengan kontrol. Semakin tinggi tingkat partisipasi warga, semakin besar peluang mereka untuk memengaruhi keputusan yang berdampak pada hidupnya. Dalam konteks advokasi kesehatan, hal ini berarti bahwa partisipasi harus melampaui konsultasi formal yang bersifat simbolik. Warga perlu dilibatkan dalam identifikasi masalah, penentuan prioritas, perumusan solusi, pelaksanaan aksi, hingga evaluasi hasil. Ketika partisipasi hanya terjadi pada tahap sosialisasi, maka yang terjadi sebenarnya bukan pemberdayaan, melainkan sekadar komunikasi satu arah.

Pendekatan partisipatif juga relevan karena kesehatan masyarakat selalu terkait dengan perilaku kolektif, norma sosial, dan lingkungan hidup sehari-hari. Intervensi sanitasi, misalnya, tidak mungkin berhasil bila warga tidak merasa memiliki proses dan hasilnya. Demikian pula perlindungan terhadap sumber air, pengelolaan sampah, atau pencegahan stunting tidak akan berkelanjutan bila komunitas hanya ditempatkan sebagai pelaksana instruksi dari luar.

Karena itu, kita perlu memandang partisipasi sebagai strategi substantif, bukan hanya nilai normatif. Partisipasi membuat advokasi lebih tepat sasaran, lebih diterima, dan lebih mungkin bertahan setelah proyek atau program berakhir.

Pendekatan partisipatif dalam advokasi berbasis komunitas setidaknya bertumpu pada empat prinsip utama: partisipatif, transparan, inklusif, dan berkelanjutan. Prinsip partisipatif berarti masyarakat dilibatkan aktif dalam setiap tahap, mulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi. Pelibatan ini harus nyata, bukan formalitas. Warga perlu memiliki ruang untuk menyampaikan pengalaman, menilai pilihan solusi, dan ikut menentukan arah tindakan.

Prinsip transparan menuntut proses advokasi dilakukan secara terbuka. Masyarakat perlu mengetahui tujuan kegiatan, penggunaan data, sumber pendanaan, dan target perubahan yang diperjuangkan. Transparansi penting untuk membangun kepercayaan, mencegah kecurigaan, dan memastikan bahwa advokasi tidak dibajak oleh kepentingan yang tidak sejalan dengan kebutuhan warga.

Prinsip inklusif menekankan bahwa semua kelompok yang relevan harus diberi kesempatan berpartisipasi, terutama kelompok yang sering terpinggirkan seperti perempuan, lansia, masyarakat miskin, penyandang disabilitas, atau kelompok minoritas. Dalam advokasi sanitasi dan lingkungan, misalnya, perempuan sering memiliki pengetahuan paling dekat dengan persoalan air dan kebersihan rumah tangga, tetapi suara mereka sering kalah oleh struktur sosial yang patriarkal. Pendekatan partisipatif harus sadar terhadap ketimpangan seperti ini.

Prinsip berkelanjutan berarti pelibatan masyarakat tidak berhenti setelah satu kegiatan selesai. Advokasi berbasis komunitas harus mendorong terbentuknya kapasitas, jejaring, dan mekanisme lokal yang dapat terus bekerja bahkan ketika pendamping dari luar sudah tidak aktif lagi. Dari sinilah advokasi berbasis komunitas memperoleh kekuatan jangka panjangnya.

11.3 Tahapan Advokasi Berbasis Komunitas

Secara umum, advokasi berbasis komunitas dapat dibagi ke dalam beberapa tahapan. Tahap pertama adalah pengenalan konteks dan membangun kepercayaan. Pada tahap ini, pendamping atau advokat perlu memahami situasi lokal, struktur sosial, tokoh berpengaruh, sejarah masalah, serta dinamika hubungan antarkelompok dalam komunitas. Tanpa kepercayaan, pelibatan warga akan sulit terjadi secara bermakna.

Tahap kedua adalah identifikasi masalah bersama. Komunitas diajak memetakan masalah kesehatan yang paling dirasakan, faktor penyebab, kelompok terdampak, serta dampak sosial ekonominya. Tahap ketiga adalah analisis situasi dan penentuan prioritas. Pada tahap ini, data lokal, hasil pengamatan warga, dan informasi dari fasilitas kesehatan dapat dipadukan untuk menentukan isu yang paling mendesak sekaligus paling mungkin diperjuangkan.

Tahap keempat adalah penyusunan strategi aksi dan tuntutan kebijakan. Komunitas bersama pendamping menyusun tujuan advokasi, target kebijakan, pesan utama, dan bentuk aksi yang akan dilakukan. Tahap kelima adalah mobilisasi dukungan, baik di dalam komunitas maupun ke pihak luar seperti media, tokoh agama, akademisi, atau organisasi lain. Tahap keenam adalah negosiasi dan komunikasi dengan pemangku kebijakan. Tahap terakhir adalah evaluasi dan keberlanjutan, yakni melihat hasil yang dicapai dan memastikan ada mekanisme lokal untuk menjaga perubahan.

Kita perlu memahami bahwa tahapan ini bukan garis lurus yang kaku. Dalam praktik, beberapa tahap dapat saling tumpang tindih, mundur, atau diulang sesuai dinamika lapangan. Namun kerangka ini membantu menjaga agar advokasi berbasis komunitas tetap sistematis dan tidak kehilangan arah.

11.4 Pemetaan Komunitas dan Analisis Sosial

Advokasi berbasis komunitas membutuhkan pemetaan komunitas yang baik. Pemetaan ini tidak hanya melihat batas geografis, tetapi juga struktur sosial, distribusi sumber daya, pola kepemimpinan, konflik yang mungkin ada, nilai budaya, serta kelompok mana yang paling berpengaruh dan paling rentan. Dalam kesehatan masyarakat, pemetaan komunitas penting karena masalah tidak selalu terdistribusi merata. Satu dusun dapat memiliki akses air bersih yang lebih baik dibanding dusun lain; satu kelompok sosial mungkin lebih mudah mengakses informasi dibanding kelompok lain.

Analisis sosial juga membantu memahami siapa yang selama ini didengar dan siapa yang sering diabaikan. Misalnya, dalam musyawarah desa, suara laki-laki dewasa sering lebih dominan, sementara perempuan, remaja, dan warga miskin kurang mendapat ruang. Bila kondisi ini tidak dibaca sejak awal, maka advokasi yang mengatasnamakan komunitas bisa saja hanya mewakili kelompok tertentu. Karena itu, advokat kesehatan harus peka terhadap relasi kekuasaan di dalam komunitas itu sendiri.

Pemetaan komunitas dapat dilakukan melalui observasi lapangan, wawancara tokoh lokal, pemetaan partisipatif, diskusi kelompok terarah, dan penelusuran data administratif desa. Hasil pemetaan ini menjadi dasar untuk menentukan strategi pelibatan, gaya komunikasi, dan bentuk aksi yang paling sesuai.

11.5 Peran Tokoh Lokal dan Kepemimpinan Komunitas

Dalam advokasi berbasis komunitas, tokoh lokal memegang peran yang sangat penting. Tokoh lokal dapat berupa kepala desa, tokoh agama, guru, kader kesehatan, ketua RT/RW, tokoh adat, pemuda berpengaruh, atau perempuan yang disegani di komunitas. Mereka tidak selalu memiliki jabatan formal tertinggi, tetapi memiliki legitimasi sosial dan mampu memengaruhi sikap warga.

Tokoh lokal penting karena advokasi berbasis komunitas selalu bergerak dalam jaringan kepercayaan. Warga lebih mudah menerima pesan, ajakan, atau perubahan perilaku bila disampaikan oleh orang yang mereka kenal dan hormati. Dalam isu sanitasi, misalnya, dukungan kepala desa dan tokoh agama dapat sangat menentukan keberhasilan perubahan norma. Dalam isu perlindungan sumber air, peran tokoh adat atau pemuka masyarakat kadang lebih efektif dibanding sosialisasi formal dari dinas.

Namun, kita juga perlu memahami bahwa tidak semua tokoh lokal otomatis mendukung perubahan. Ada tokoh yang konservatif, ada yang memiliki kepentingan ekonomi tertentu, dan ada pula yang hanya mendukung selama tidak mengganggu posisi sosialnya. Karena itu, analisis tokoh lokal tidak cukup hanya mengenali siapa yang berpengaruh, tetapi juga bagaimana sikap, kepentingan, dan potensi perannya terhadap isu yang diadvokasi.

11.6 Kearifan Lokal sebagai Basis Advokasi

Kearifan lokal adalah nilai, norma, praktik, dan pengetahuan yang hidup dalam komunitas dan diwariskan dari generasi ke generasi. Dalam advokasi kesehatan, kearifan lokal dapat menjadi sumber kekuatan yang sangat penting karena memberi landasan budaya bagi perubahan. Kebijakan atau program yang selaras dengan nilai lokal cenderung lebih mudah diterima dan lebih berpeluang bertahan.

Contoh kearifan lokal yang relevan adalah tradisi gotong royong membersihkan lingkungan, larangan adat mencemari sumber air, kebiasaan musyawarah desa, atau penghormatan terhadap wilayah tertentu sebagai ruang yang harus dijaga. Dalam konteks sanitasi dan lingkungan, nilai-nilai ini dapat dihidupkan kembali sebagai dasar moral dan sosial untuk mengubah perilaku kolektif. Advokasi berbasis komunitas yang cerdas tidak memulai dari asumsi bahwa masyarakat tidak punya pengetahuan, tetapi justru mencari nilai lokal yang bisa menjadi pijakan perubahan.

Meski demikian, kearifan lokal juga perlu dibaca secara kritis. Tidak semua praktik lokal mendukung kesehatan. Ada kebiasaan tertentu yang justru mempertahankan risiko, seperti pembuangan limbah rumah tangga ke sungai karena dianggap biasa, atau norma yang membatasi suara perempuan dalam urusan publik. Karena itu, advokasi berbasis komunitas harus mampu membedakan mana nilai lokal yang bisa diperkuat dan mana yang perlu ditransformasikan secara hati-hati.

Mengintegrasikan kearifan lokal ke dalam advokasi bukan berarti menempelkan simbol budaya secara dangkal. Integrasi yang baik berarti memahami makna budaya dari

suatu praktik, lalu menghubungkannya dengan tujuan kesehatan yang ingin dicapai. Strateginya dapat berupa penggunaan bahasa lokal, pelibatan tokoh adat atau tokoh agama, penyesuaian pesan dengan nilai setempat, atau pemanfaatan forum tradisional yang memang dihormati oleh warga.

Sebagai contoh, bila suatu komunitas memiliki tradisi kerja bakti rutin, maka advokasi sanitasi dapat dihubungkan dengan semangat gotong royong tersebut. Bila masyarakat sangat menghormati forum keagamaan, maka isu perlindungan air bersih dapat dikaitkan dengan ajaran moral tentang kebersihan dan tanggung jawab sosial. Dengan cara ini, pesan advokasi tidak terasa asing atau dipaksakan dari luar.

Kita perlu belajar bahwa integrasi budaya bukan hiasan tambahan, tetapi bagian dari strategi komunikasi dan legitimasi. Pendekatan yang peka budaya akan lebih mudah membangun rasa memiliki dan mengurangi resistensi.

11.7 *Community Organizing* untuk Isu Kesehatan

Community Organizing adalah proses membangun kapasitas kolektif warga agar mampu bertindak bersama untuk memperjuangkan kepentingannya. Dalam advokasi kesehatan, *Community Organizing* penting karena masalah kebijakan sering kali tidak berubah hanya dengan penyampaian keluhan individual. Ketika warga terorganisasi, suara mereka menjadi lebih kuat, lebih konsisten, dan lebih sulit diabaikan.

Proses organizing biasanya dimulai dengan pertemuan kecil, identifikasi pengalaman bersama, penentuan isu yang paling dirasakan, pembentukan inti penggerak, pembagian peran, dan pengembangan rencana aksi. Organizing tidak selalu harus formal, tetapi perlu ada kejelasan tujuan dan rasa kepemilikan. Dalam konteks sanitasi, organizing dapat menghasilkan kelompok warga yang memantau perilaku buang air besar sembarangan, memfasilitasi gotong royong lingkungan, atau menyiapkan usulan anggaran desa.

Kita perlu memahami bahwa *Community Organizing* bukan sekadar mengumpulkan orang. Ia adalah proses membangun kesadaran bersama, solidaritas, dan kapasitas bertindak. Karena itu, organizing membutuhkan kesabaran, komunikasi yang jujur, dan kepekaan terhadap dinamika komunitas.

11.8 Teknik Fasilitasi dalam Komunitas

Advokasi berbasis komunitas memerlukan keterampilan fasilitasi yang baik. Fasilitasi berbeda dari ceramah. Dalam fasilitasi, tugas utama advokat adalah membuka ruang agar warga dapat berbicara, saling mendengar, dan bersama-sama menyusun pemahaman serta solusi. Keterampilan ini penting terutama pada tahap identifikasi masalah, pemetaan akar masalah, dan penyusunan rencana aksi.

Teknik fasilitasi meliputi kemampuan mengajukan pertanyaan terbuka, merangkum pendapat, menjaga agar diskusi tidak didominasi satu kelompok, mendorong partisipasi kelompok yang pasif, serta mengelola konflik

secara konstruktif. Dalam masyarakat yang hierarkis, fasilitator perlu lebih aktif menciptakan ruang aman agar kelompok rentan berani bicara. Tanpa keterampilan ini, forum partisipatif mudah berubah menjadi forum formalitas yang hanya dikuasai segelintir orang.

Kita yang ingin terlibat dalam advokasi komunitas harus berlatih menjadi pendengar yang baik. Sering kali kekuatan advokasi justru muncul bukan dari kemampuan berbicara paling banyak, tetapi dari kemampuan mendengar paling jernih.

11.9 Kolaborasi Komunitas dengan Pemerintah dan Lembaga Lain

Advokasi berbasis komunitas tidak harus berhadapan secara terus-menerus dengan pemerintah. Dalam banyak kasus, perubahan lebih mungkin terjadi bila komunitas mampu membangun kolaborasi yang kritis namun konstruktif dengan pemerintah desa, Puskesmas, dinas kesehatan, dinas lingkungan hidup, sekolah, organisasi profesi, media, dan perguruan tinggi. Kolaborasi semacam ini penting untuk menghubungkan pengalaman lokal dengan sumber daya, data, dan kewenangan institusional.

Kolaborasi yang baik mensyaratkan peran yang jelas. Komunitas membawa pengalaman, kebutuhan, dan legitimasi sosial. Pemerintah membawa kewenangan kebijakan dan anggaran. Tenaga kesehatan membawa pengetahuan teknis. Akademisi dapat membantu analisis dan dokumentasi. Media dapat membantu memperluas perhatian publik. Bila kolaborasi ini terbangun dengan sehat, maka advokasi

menjadi lebih kuat dan lebih mungkin menghasilkan perubahan nyata.

Namun kolaborasi harus dijalankan dengan hati-hati agar suara komunitas tidak terserap habis oleh agenda institusional. Kita perlu belajar menjaga keseimbangan antara kemitraan dan kemandirian. Komunitas harus tetap menjadi pusat, bukan sekadar pelengkap program pemerintah.

11.10 Risiko dan Tantangan Advokasi Berbasis Komunitas

Advokasi berbasis komunitas memiliki banyak kekuatan, tetapi juga menghadapi tantangan yang nyata. Salah satu tantangan utama adalah ketimpangan internal dalam komunitas. Tidak semua warga memiliki kesempatan yang sama untuk bersuara. Kelompok yang lebih kuat secara sosial atau ekonomi sering mendominasi proses. Tantangan lain adalah kelelahan partisipasi. Bila warga terlalu sering dilibatkan tanpa melihat hasil konkret, mereka dapat menjadi apatis.

Selain itu, ada risiko kooptasi politik. Komunitas yang mulai kuat kadang didekati oleh aktor politik yang ingin memanfaatkan dukungan warga untuk kepentingan elektoral. Ada juga risiko konflik dengan pihak yang dirugikan oleh tuntutan komunitas, misalnya pelaku usaha pencemar lingkungan, kelompok elite lokal, atau pihak yang selama ini diuntungkan oleh status quo. Tantangan lain adalah keterbatasan data, sumber daya, dan kemampuan teknis dalam menyusun tuntutan kebijakan.

Kita perlu memahami tantangan ini agar tidak memandang advokasi komunitas secara romantis. Pendekatan berbasis komunitas memang kuat, tetapi tetap memerlukan strategi, etika, dan pendampingan yang matang.

BAB 12

ETIKA DAN RISIKO DALAM ADVOKASI

Advokasi kesehatan sering dipahami sebagai proses memengaruhi kebijakan agar lebih berpihak pada kepentingan publik. Namun, dalam praktiknya, advokasi tidak berlangsung di ruang yang steril. Ia berjalan di tengah tarik-menarik kepentingan, keterbatasan sumber daya, tekanan politik, hubungan personal, serta kompetisi pengaruh antaraktor. Karena itu, keberhasilan advokasi tidak cukup ditentukan oleh ketajaman data dan kekuatan strategi, tetapi juga oleh kemampuan menjaga etika dan mengelola risiko yang muncul selama proses tersebut.

Etika menjadi fondasi moral yang menjaga agar advokasi tetap berada pada jalur kepentingan publik, tidak menyalahgunakan data, tidak memanipulasi emosi masyarakat, dan tidak berubah menjadi alat kepentingan sempit. Risiko, di sisi lain, merupakan konsekuensi yang mungkin timbul ketika advokasi menyentuh area yang sensitif, seperti anggaran, kepentingan industri, konflik kebijakan, atau reputasi pejabat. Dalam konteks kesehatan masyarakat, advokasi yang baik harus mampu menggabungkan dua hal sekaligus: keteguhan pada prinsip etika dan kecermatan membaca risiko politik, sosial, hukum, dan organisasi.

Bab ini membahas etika dan risiko dalam advokasi kesehatan secara sistematis. Pembahasan meliputi hakikat etika advokasi, konflik kepentingan, etika profesi kesehatan masyarakat, prinsip kejujuran, integritas, transparansi, akuntabilitas, non-diskriminasi, perlindungan data, etika komunikasi publik, risiko politik, strategi mitigasi risiko, dilema etika, studi kasus, serta panduan praktis bagi kita. Dengan memahami bab ini, kita diharapkan tidak hanya mampu merancang advokasi yang kuat, tetapi juga mampu menjaga legitimasi dan keberlanjutannya.

12.1 Hakikat Etika dalam Advokasi Kesehatan

Etika dalam advokasi kesehatan adalah seperangkat prinsip moral yang membimbing bagaimana seorang advokat, tenaga kesehatan, akademisi, organisasi masyarakat, atau institusi menyampaikan isu, menggunakan data, berinteraksi dengan stakeholder, dan mengejar perubahan kebijakan. Etika menjawab pertanyaan penting: apakah cara yang digunakan untuk mencapai tujuan advokasi tetap menghormati kebenaran, keadilan, martabat manusia, dan kepentingan publik?

Dalam ilmu kesehatan masyarakat, etika memiliki kedudukan istimewa karena objek yang diperjuangkan adalah kehidupan, keselamatan, kesejahteraan, dan hak masyarakat. Karena itu, advokasi kesehatan tidak boleh sekadar efektif secara politik, tetapi juga harus dapat dipertanggungjawabkan secara moral. Sebuah kampanye yang berhasil menekan pejabat dengan informasi yang manipulatif mungkin tampak berhasil dalam jangka pendek,

tetapi sesungguhnya merusak kredibilitas advokasi dan kepercayaan publik dalam jangka panjang.

Etika advokasi juga berkaitan dengan batas antara persuasi dan manipulasi. Persuasi yang etis menggunakan data yang benar, argumen yang rasional, dan empati yang proporsional. Manipulasi justru mengeksploitasi ketakutan, memotong konteks, melebih-lebihkan ancaman, atau menyembunyikan fakta tertentu demi mendorong reaksi tertentu. Kita perlu dilatih untuk membedakan keduanya karena di era digital, batas itu sering menjadi kabur.

Etika penting karena advokasi kesehatan menuntut kepercayaan. Tanpa kepercayaan, data yang benar pun dapat diabaikan, dan rekomendasi yang baik pun dapat dicurigai. Pembuat kebijakan, media, dan masyarakat perlu yakin bahwa advokat berbicara bukan karena motif tersembunyi, tetapi karena komitmen terhadap kepentingan publik. Reputasi etis seorang advokat atau institusi menjadi modal yang sangat besar dalam proses jangka panjang.

Selain itu, etika membantu menjaga advokasi tetap fokus pada kelompok yang seharusnya dilindungi. Dalam isu stunting, misalnya, etika mencegah kita atau praktisi menyalahkan ibu dan keluarga miskin secara simplistik. Dalam isu penyakit menular, etika mencegah kampanye menstigmatisasi orang sakit atau komunitas tertentu. Dalam isu pencemaran lingkungan, etika menuntut agar data kerusakan dan dampak kesehatan disajikan akurat, tidak dilebih-lebihkan, namun juga tidak ditutup-tutupi.

Etika juga penting karena advokasi tidak pernah bebas dari godaan pragmatisme. Ada godaan memperindah data agar isu tampak lebih mendesak, membangun narasi dramatis

untuk menarik media, atau menjalin kompromi yang terlalu jauh dengan pihak yang berkepentingan. Tanpa fondasi etika yang kuat, advokasi mudah berubah menjadi alat transaksi kepentingan.

12.2 Konflik Kepentingan

Konflik kepentingan terjadi ketika seorang individu atau organisasi memiliki kepentingan pribadi, finansial, institusional, atau politik yang berpotensi memengaruhi objektivitas dalam berpikir, menilai, atau bertindak. Konflik kepentingan bukan selalu berarti pelanggaran, tetapi situasi ini berbahaya karena dapat mengaburkan komitmen pada kepentingan publik. Dalam advokasi kesehatan, konflik kepentingan merupakan salah satu ancaman etik yang paling serius.

Sebagai contoh, seorang advokat kesehatan yang menerima dukungan pendanaan dari pihak industri yang kebijakannya sedang ia komentari bisa menghadapi konflik kepentingan. Demikian pula peneliti yang menulis rekomendasi kebijakan kesehatan tetapi memiliki hubungan bisnis dengan pihak yang diuntungkan oleh kebijakan tersebut. Konflik kepentingan juga bisa bersifat non-finansial, misalnya karena hubungan keluarga, loyalitas politik, kepentingan organisasi, atau ambisi karier.

Kita perlu memahami bahwa konflik kepentingan tidak selalu tampak kasar atau terang-terangan. Sering kali ia hadir secara halus dalam bentuk bias, pembungkaman data yang selektif, penghilangan informasi yang tidak menguntungkan, atau pemilihan isu yang terlalu mengikuti agenda sponsor.

Karena itu, deteksi konflik kepentingan harus menjadi kebiasaan reflektif dalam setiap proses advokasi.

Konflik kepentingan dapat muncul dalam berbagai bentuk. Pertama, konflik finansial, yaitu ketika seseorang atau organisasi menerima keuntungan ekonomi yang berkaitan dengan kebijakan yang diadvokasikan. Kedua, konflik institusional, yaitu ketika kepentingan lembaga tempat seseorang bekerja memengaruhi posisi advokasinya. Ketiga, konflik politik, ketika advokasi diarahkan untuk melayani agenda partai, jaringan kekuasaan, atau reputasi pejabat tertentu. Keempat, konflik personal, seperti hubungan keluarga, pertemanan dekat, atau permusuhan yang memengaruhi objektivitas.

Dalam kesehatan masyarakat, konflik kepentingan finansial sering paling mudah dikenali, misalnya hubungan dengan industri rokok, farmasi, atau produsen makanan tertentu. Namun konflik institusional dan politik sering justru lebih sulit dikenali karena dibungkus dengan alasan organisasi atau loyalitas birokrasi. Misalnya, seorang pejabat menahan data tertentu bukan karena ia membenci advokasi, tetapi karena khawatir citra institusinya buruk. Dalam hal ini, kepentingan menjaga reputasi institusi telah berbenturan dengan kepentingan publik untuk mengetahui fakta yang benar.

Kita perlu menyadari bahwa berbagai bentuk konflik kepentingan ini tidak berdiri sendiri. Dalam praktik nyata, beberapa bentuk bisa saling bertumpuk. Karena itu, kepekaan etik tidak cukup hanya pada satu dimensi, tetapi harus menyeluruh.

Konflik kepentingan dapat menimbulkan dampak serius terhadap kualitas advokasi. Dampak pertama adalah menurunnya objektivitas. Ketika seseorang terpengaruh kepentingan tertentu, ia cenderung memilih data yang mendukung posisinya dan mengabaikan data yang tidak menguntungkan. Dampak kedua adalah hilangnya kepercayaan publik. Sekali publik atau stakeholder mengetahui adanya konflik kepentingan yang tidak dikelola dengan baik, kredibilitas advokasi dapat runtuh.

Dampak ketiga adalah distorsi kebijakan. Konflik kepentingan dapat membuat rekomendasi kebijakan bergeser dari kepentingan kesehatan masyarakat menjadi kepentingan kelompok tertentu. Akibatnya, kebijakan yang lahir mungkin tampak sah dan rasional, tetapi sesungguhnya tidak menjawab kebutuhan publik. Dampak keempat adalah kerusakan reputasi profesional. Bagi tenaga kesehatan masyarakat, reputasi etik sangat penting karena menjadi dasar penerimaan publik terhadap perannya di masa depan.

Dalam jangka panjang, konflik kepentingan yang dibiarkan juga dapat merusak budaya organisasi. Jika kita, dosen, atau praktisi melihat bahwa kepentingan sempit dapat dibiarkan memengaruhi kebijakan tanpa konsekuensi, maka standar etik akan menurun. Karena itu, pencegahan dan pengelolaan konflik kepentingan harus dilihat sebagai investasi kelembagaan.

Konflik kepentingan tidak selalu bisa dihilangkan sepenuhnya, tetapi dapat dikenali, diumumkan, dan dikelola. Strategi paling mendasar adalah disclosure atau keterbukaan. Individu atau organisasi yang memiliki hubungan tertentu harus menyatakan secara jujur hubungan tersebut di awal

proses. Keterbukaan memungkinkan pihak lain menilai sejauh mana hubungan itu dapat memengaruhi posisi advokasi.

Strategi kedua adalah recusal, yaitu mengundurkan diri dari pengambilan keputusan atau penyusunan rekomendasi tertentu bila konflik terlalu besar. Strategi ketiga adalah penguatan mekanisme review independen, misalnya meminta ahli atau pihak ketiga menilai dokumen advokasi. Strategi keempat adalah membangun aturan kelembagaan yang jelas mengenai sponsor, pendanaan, kemitraan, dan hubungan profesional.

Bagi kita, pelajaran pentingnya adalah membangun kebiasaan refleksi: apa kepentingan saya dalam isu ini, siapa yang mendukung saya, siapa yang diuntungkan, dan apakah posisi saya masih adil bagi kepentingan publik. Kesadaran diri seperti ini merupakan bagian penting dari etika profesional.

12.3 Etika Profesi Kesehatan Masyarakat

Etika profesi kesehatan masyarakat menuntut setiap praktisi untuk menempatkan kepentingan publik di atas kepentingan pribadi atau kelompok. Prinsip ini lahir dari fakta bahwa keputusan dan tindakan di bidang kesehatan dapat berdampak pada banyak orang, terutama kelompok rentan. Karena itu, profesionalisme dalam kesehatan masyarakat tidak hanya diukur dari kecakapan teknis, tetapi juga dari kedisiplinan moral.

Beberapa kewajiban etik profesi yang sangat relevan dalam advokasi adalah menggunakan data yang valid, menghormati hak asasi manusia, menjaga kerahasiaan data individu, menghindari diskriminasi, dan tidak

menyalahgunakan posisi profesional untuk kepentingan non-publik. Dalam konteks advokasi, etika profesi juga berarti bahwa seorang tenaga kesehatan masyarakat harus berani menyuarakan masalah yang nyata meskipun tidak selalu populer, selama dilakukan dengan cara yang bertanggung jawab.

Etika profesi menjadi pedoman moral agar advokasi tidak terjebak pada pragmatisme politik semata. Bagi kita, etika profesi harus dipahami sejak dini sebagai bagian dari identitas akademik dan profesional.

Kejujuran berarti menyampaikan fakta apa adanya tanpa manipulasi. Dalam advokasi, kejujuran menuntut penggunaan data yang benar, pengakuan terhadap keterbatasan bukti, dan kesediaan untuk tidak melebih-lebihkan masalah. Integritas berarti keselarasan antara nilai, ucapan, dan tindakan. Seorang advokat yang berintegritas tidak hanya pandai berbicara tentang kepentingan publik, tetapi juga konsisten menjaganya dalam pilihan strategi.

Transparansi berarti terbuka mengenai sumber data, asumsi analisis, tujuan advokasi, dan bila perlu sumber pendanaan atau kemitraan yang relevan. Akuntabilitas berarti siap mempertanggungjawabkan isi, metode, dan dampak advokasi kepada publik maupun lembaga. Non-diskriminasi berarti bahwa advokasi tidak boleh memperkuat stigma atau perlakuan tidak adil terhadap kelompok tertentu berdasarkan status sosial, gender, agama, etnis, penyakit, atau latar belakang ekonomi.

Kelima prinsip ini saling menguatkan. Advokasi yang jujur tetapi tidak transparan bisa tetap menimbulkan kecurigaan. Advokasi yang transparan tetapi tidak akuntabel

bisa kehilangan daya tanggung jawab. Karena itu, kita perlu memahami etika sebagai sistem nilai yang terpadu, bukan daftar slogan moral.

Advokasi kesehatan sering menggunakan data yang berasal dari individu, keluarga, atau komunitas. Karena itu, perlindungan privasi dan kerahasiaan data sangat penting. Data kesehatan bukan sekadar angka; ia sering menyangkut kondisi sensitif seperti penyakit, status gizi anak, kondisi ekonomi keluarga, perilaku kesehatan, atau lingkungan tempat tinggal. Penyampaian data tanpa perlindungan yang memadai dapat menimbulkan stigmatisasi dan pelanggaran hak.

Prinsip umum yang harus dijaga adalah menggunakan data agregat bila memungkinkan, menghilangkan identitas personal, memperoleh izin untuk penggunaan kisah atau foto individu, serta memastikan bahwa narasi yang dibangun tidak merendahkan martabat subjek. Misalnya, saat membahas stunting, kita tidak boleh menjadikan keluarga miskin sebagai objek rasa kasihan yang dieksploitasi untuk efek emosional semata.

Perlindungan martabat subjek juga berarti menghormati bagaimana komunitas dipresentasikan. Suatu desa dengan masalah sanitasi tinggi harus dipahami sebagai komunitas yang menghadapi keterbatasan struktural, bukan sebagai masyarakat 'jorok' atau 'tidak sadar'. Perbedaan framing ini sangat penting dari sisi etika.

12.4 Etika Komunikasi Publik dan Penggunaan Media

Media adalah alat penting dalam advokasi, tetapi juga sumber risiko etik. Dalam komunikasi publik, advokat perlu menjaga keseimbangan antara membuat isu menjadi jelas dan menarik perhatian, dengan tidak jatuh pada sensasi, stigma, atau simplifikasi berlebihan. Dalam era digital, risiko ini semakin besar karena tekanan untuk membuat konten yang viral sering mendorong penyederhanaan yang berlebihan.

Etika komunikasi publik menuntut beberapa hal. Pertama, hindari judul atau narasi yang menyesatkan. Kedua, jangan menggunakan gambar, cerita, atau testimoni tanpa persetujuan yang memadai. Ketiga, jangan menyebarkan data yang belum diverifikasi. Keempat, hindari framing yang menyalahkan korban atau kelompok rentan. Kelima, hargai ruang dialog dan hak pihak lain untuk menjelaskan posisinya.

Bagi kita, etika media harus dipahami bukan sebagai pembatas kreativitas, tetapi sebagai pelindung legitimasi. Kampanye yang tampak menarik tetapi tidak etis justru dapat merusak tujuan advokasi itu sendiri.

12.5 Risiko Advokasi

Setiap proses advokasi mengandung risiko. Risiko dapat berupa penolakan, salah tafsir, kehilangan dukungan, konflik antaraktor, tekanan politik, bahkan ancaman hukum atau administratif. Memahami risiko tidak berarti menjadi takut untuk beradvokasi, tetapi membantu menyusun strategi yang lebih cerdas dan lebih aman. Dalam manajemen advokasi,

analisis risiko adalah bagian dari perencanaan, bukan reaksi setelah masalah muncul.

Risiko dalam advokasi dapat bersumber dari luar maupun dari dalam. Risiko eksternal meliputi resistensi pihak yang kepentingannya terganggu, perubahan situasi politik, framing negatif media, atau tekanan dari elite tertentu. Risiko internal meliputi kelemahan data, pesan yang tidak konsisten, tim yang tidak solid, atau ketidaksiapan menjawab pertanyaan kritis. Keduanya dapat memperlemah dampak advokasi bila tidak diantisipasi.

Kita perlu belajar memetakan risiko sejak awal: apa yang bisa salah, siapa yang mungkin menolak, isu mana yang sensitif, data mana yang perlu diverifikasi lebih kuat, dan jalur komunikasi apa yang paling aman serta paling efektif.

Risiko politik muncul ketika advokasi memasuki arena kepentingan kekuasaan, anggaran, dan citra lembaga. Dalam kebijakan kesehatan, risiko politik sering muncul ketika advokasi menyoroti kegagalan program, meminta realokasi anggaran, mendorong regulasi yang menekan industri tertentu, atau mengungkap ketidakadilan layanan. Pihak yang merasa dirugikan atau dipermalukan dapat memberikan resistensi.

Contoh risiko politik adalah ketika advokasi pencemaran lingkungan dianggap menghambat investasi, advokasi perbaikan layanan dianggap menyerang kepala daerah, atau advokasi kawasan tanpa rokok dianggap merugikan pelaku usaha tertentu. Risiko politik juga dapat muncul dalam bentuk pelabelan negatif terhadap advokat, misalnya dianggap tidak kooperatif, terlalu kritis, atau punya agenda politik tersembunyi.

Karena itu, kita perlu memahami bahwa advokasi yang baik tidak naif terhadap arena politik. Memahami risiko politik berarti memahami peta kekuatan, waktu yang tepat, bahasa yang tepat, dan cara membangun dukungan yang cukup sebelum masuk ke isu yang sensitif.

Selain risiko politik, advokasi juga dapat menghadapi risiko hukum, administratif, dan reputasi. Risiko hukum dapat muncul bila data diperoleh atau disebarkan tanpa prosedur yang benar, bila ada tuduhan pencemaran nama baik, atau bila penggunaan dokumen tertentu melanggar aturan. Risiko administratif dapat muncul ketika advokasi internal di organisasi dianggap tidak sesuai rantai komando atau prosedur birokrasi. Risiko reputasi muncul ketika advokasi dinilai tidak akurat, bias, atau tidak etis.

Risiko reputasi sangat penting karena kepercayaan adalah modal utama advokasi. Sekali advokat atau organisasi dianggap melebih-lebihkan data atau menyembunyikan konflik kepentingan, kepercayaan akan sulit dipulihkan. Karena itu, kehati-hatian prosedural dan kualitas verifikasi menjadi hal yang tidak boleh diabaikan.

Kita perlu memahami bahwa keberanian advokasi harus selalu dibarengi dengan ketelitian administratif dan kehati-hatian hukum. Pendekatan yang gegabah mungkin tampak heroik, tetapi sering justru melemahkan perjuangan jangka panjang.

Pengelolaan risiko dimulai dari identifikasi risiko, penilaian tingkat kemungkinan dan dampaknya, lalu penentuan strategi mitigasi. Dalam advokasi kesehatan, beberapa strategi mitigasi yang penting adalah memperkuat validitas data, menyusun pesan yang hati-hati, membangun

koalisi, memilih waktu yang tepat, mendokumentasikan proses, serta menyiapkan juru bicara yang kompeten.

Koalisi sangat penting karena advokasi yang dilakukan sendirian cenderung lebih rentan. Dukungan dari akademisi, organisasi profesi, tokoh masyarakat, media, dan komunitas terdampak dapat menambah legitimasi sekaligus menyebarkan risiko. Demikian pula pemilihan waktu. Isu yang sangat sensitif mungkin lebih aman dan lebih efektif diangkat ketika ada momentum kebijakan, dukungan publik meningkat, atau bukti sudah cukup kuat.

Mitigasi risiko juga mencakup penyiapan respons terhadap krisis. Bila muncul serangan balik, salah tafsir media, atau penolakan tajam, tim advokasi harus tahu siapa yang berbicara, data apa yang dijadikan pegangan, dan langkah apa yang diambil. Kita perlu melihat pengelolaan risiko sebagai bagian dari profesionalisme advokasi.

12.6 Dilema Etika dalam Advokasi

Dilema etika terjadi ketika dua atau lebih nilai yang sama-sama penting saling berbenturan. Dalam advokasi kesehatan, dilema dapat muncul ketika kepentingan publik menuntut keterbukaan data, tetapi privasi individu harus tetap dijaga; ketika tekanan untuk bergerak cepat bertemu dengan kebutuhan verifikasi data yang lebih lama; atau ketika upaya membangun koalisi berhadapan dengan potensi kompromi terhadap integritas.

Contoh dilema adalah apakah seorang advokat boleh menggunakan kisah tragis keluarga tertentu untuk membangkitkan empati publik. Secara komunikasi, kisah

tersebut bisa sangat kuat. Namun secara etika, penggunaan kisah tersebut bisa melanggar privasi, mempermalukan keluarga, atau mengubah mereka menjadi alat narasi. Contoh lain adalah ketika organisasi yang secara umum mendukung isu kesehatan memiliki sponsor yang juga terkait dengan industri yang menjadi sasaran kritik.

Dalam menghadapi dilema etik, kita perlu belajar menimbang beberapa hal: siapa yang paling terdampak, nilai apa yang sedang dipertaruhkan, apakah ada alternatif yang lebih aman, dan bagaimana keputusan itu akan dilihat jika dibuka ke publik. Dilema etik tidak selalu memiliki jawaban sederhana, tetapi proses penimbangannya harus jujur dan rasional.

BAB 13

MONITORING DAN EVALUASI ADVOKASI

Monitoring dan evaluasi merupakan bagian yang sangat penting dalam siklus advokasi kesehatan. Banyak proses advokasi berhenti pada tahap penyusunan policy brief, audiensi, kampanye, atau keluarnya regulasi. Padahal, perubahan kebijakan yang sesungguhnya baru dapat dinilai ketika kebijakan itu dipantau pelaksanaannya dan dievaluasi hasilnya. Tanpa monitoring dan evaluasi, advokasi berisiko menjadi aktivitas yang terlihat sibuk namun tidak jelas dampaknya terhadap sistem maupun kesehatan masyarakat.

Dalam konteks kesehatan masyarakat, monitoring dan evaluasi tidak hanya berfungsi sebagai alat administratif untuk mengetahui apakah kegiatan dilakukan atau tidak. Keduanya juga merupakan alat belajar, alat akuntabilitas, dan alat koreksi strategi. Monitoring membantu memastikan bahwa proses advokasi berjalan sesuai rencana, sementara evaluasi membantu menilai apakah advokasi menghasilkan perubahan kebijakan, perubahan sistem, atau perubahan kondisi kesehatan yang memang diharapkan.

Advokasi kesehatan sering berlangsung di lingkungan yang kompleks. Sebuah keberhasilan kebijakan tidak selalu langsung tampak dalam jangka pendek. Sebaliknya, kegagalan kebijakan juga tidak selalu disebabkan oleh lemahnya pesan

advokasi semata. Karena itu, monitoring dan evaluasi membantu kita memahami bahwa perubahan kebijakan harus dilihat sebagai proses bertahap. Ada indikator proses, output, outcome, dan impact yang masing-masing memiliki makna serta waktu pengukuran berbeda.

Bab ini membahas monitoring dan evaluasi advokasi secara sistematis. Pembahasan meliputi konsep dasar monitoring dan evaluasi, perbedaan keduanya, tujuan M&E dalam advokasi, indikator keberhasilan, outcome versus impact, evaluasi kebijakan, metode evaluasi, analisis cost-benefit, tantangan pengukuran, studi kasus, serta panduan praktis untuk kita. Dengan menguasai bab ini, kita diharapkan mampu menilai advokasi secara lebih objektif dan tidak berhenti pada ukuran keberhasilan yang dangkal.

13.1 Konsep Monitoring dalam Advokasi

Monitoring adalah proses pengumpulan dan peninjauan informasi secara rutin dan berkala untuk melihat apakah suatu kegiatan berjalan sesuai dengan rencana. Dalam advokasi kesehatan, monitoring difokuskan pada proses pelaksanaan strategi advokasi, seperti jumlah pertemuan dengan stakeholder, perkembangan respons pihak yang dituju, konsistensi penyampaian pesan, dukungan media, dan penggunaan sumber daya. Monitoring membantu tim advokasi mengetahui apakah jalur yang ditempuh masih sesuai tujuan atau perlu penyesuaian.

Monitoring memiliki sifat operasional dan kontinu. Ia dilakukan selama proses advokasi berlangsung, bukan setelah semuanya selesai. Karena itu, monitoring sangat berguna

untuk mendeteksi masalah secara dini. Misalnya, bila kampanye media tidak menjangkau audiens utama, bila audiensi dengan DPRD terus tertunda, atau bila koalisi advokasi melemah, maka monitoring memungkinkan tim memperbaiki strategi sebelum terlalu terlambat.

Dalam praktik, monitoring dapat dilakukan melalui catatan kegiatan, notulen rapat, log komunikasi stakeholder, dokumentasi media, rekap kehadiran, hingga lembar tindak lanjut. Meskipun tampak sederhana, monitoring yang baik sangat menentukan karena memberi dasar informasi bagi evaluasi yang lebih mendalam.

13.2 Konsep Evaluasi dalam Advokasi

Evaluasi adalah proses menilai nilai, kualitas, efektivitas, atau dampak suatu intervensi dibandingkan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Dalam advokasi kesehatan, evaluasi digunakan untuk menjawab pertanyaan yang lebih besar: apakah advokasi berhasil memengaruhi kebijakan, apakah perubahan itu relevan, dan apakah perubahan tersebut memberi manfaat bagi masyarakat. Dengan kata lain, evaluasi tidak hanya melihat apakah kegiatan berlangsung, tetapi apakah kegiatan itu bermakna.

Evaluasi biasanya dilakukan pada titik tertentu setelah proses berjalan, baik di tengah periode maupun pada akhir program. Namun evaluasi tidak harus selalu menunggu semua proses selesai. Dalam advokasi jangka panjang, evaluasi formatif dan evaluasi sumatif sama-sama penting. Evaluasi formatif membantu memperbaiki strategi saat program masih berlangsung, sedangkan evaluasi sumatif membantu menilai

hasil keseluruhan dan menjadi dasar pembelajaran untuk siklus berikutnya.

Kita perlu memahami bahwa evaluasi advokasi tidak mudah karena hasil advokasi sering dipengaruhi oleh banyak faktor eksternal. Meskipun demikian, evaluasi tetap penting agar advokasi tidak diukur hanya dari asumsi, persepsi tim, atau klaim keberhasilan yang tidak didukung bukti.

13.3 Perbedaan Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi sering disebut bersama, tetapi keduanya memiliki fokus yang berbeda. Monitoring berorientasi pada proses dan pelaksanaan, sedangkan evaluasi berorientasi pada penilaian hasil, efektivitas, dan dampak. Monitoring biasanya dilakukan secara rutin dan lebih dekat dengan manajemen kegiatan, sementara evaluasi dilakukan secara lebih analitis dan sering memerlukan refleksi yang lebih mendalam.

Dalam advokasi kesehatan, monitoring dapat menjawab pertanyaan seperti: berapa kali tim bertemu DPRD, apakah *Policy brief* sudah dibagikan, apakah media menulis isu yang diangkat, apakah komunitas terlibat, dan apakah jadwal kampanye sesuai rencana. Sementara evaluasi menjawab pertanyaan seperti: apakah isu berhasil masuk agenda kebijakan, apakah ada perubahan anggaran, apakah perilaku atau sistem berubah, dan apakah kebijakan memberi dampak pada kesehatan masyarakat.

Perbedaan ini penting dipahami agar kita tidak tertukar dalam menyusun indikator. Bila jumlah rapat dengan stakeholder digunakan untuk menyimpulkan keberhasilan

kebijakan, maka analisis menjadi lemah. Jumlah rapat hanya menunjukkan proses, bukan hasil akhir.

13.4 Tujuan Monitoring dan Evaluasi dalam Advokasi

Monitoring dan evaluasi dalam advokasi memiliki beberapa tujuan utama. Pertama, memastikan kegiatan berjalan sesuai rencana. Kedua, mendeteksi hambatan lebih dini. Ketiga, memperbaiki strategi berdasarkan bukti proses. Keempat, menilai apakah advokasi menghasilkan perubahan yang diharapkan. Kelima, menjaga akuntabilitas kepada publik, mitra, atau lembaga pendukung. Keenam, mendokumentasikan pembelajaran agar dapat digunakan pada advokasi berikutnya.

Dalam kesehatan masyarakat, tujuan ini sangat penting karena advokasi sering melibatkan banyak pihak, berlangsung cukup lama, dan menggunakan sumber daya yang tidak sedikit. Tanpa monitoring dan evaluasi, sulit membedakan antara kegiatan yang tampak aktif dengan kegiatan yang benar-benar menghasilkan pengaruh. Selain itu, M&E juga penting untuk menghindari bias internal, misalnya ketika tim advokasi merasa berhasil padahal belum ada perubahan kebijakan yang nyata.

Kita perlu memahami M&E bukan sebagai beban administratif, melainkan sebagai instrumen kecerdasan strategis. Semakin baik monitoring dan evaluasi, semakin tajam kemampuan menilai apa yang efektif dan apa yang perlu dihentikan atau diubah.

13.5 Indikator Keberhasilan Advokasi

Indikator adalah tanda ukur yang digunakan untuk menilai apakah suatu proses atau hasil telah tercapai. Dalam advokasi kesehatan, indikator keberhasilan biasanya dibagi menjadi indikator proses, output, outcome, dan impact. Pembagian ini membantu kita membaca perubahan secara bertahap dan tidak memaksakan semua keberhasilan diukur dengan satu jenis ukuran.

Indikator proses mencerminkan pelaksanaan kegiatan advokasi, misalnya jumlah audiensi, *Policy brief* yang disusun, forum yang dihadiri, atau jumlah pemberitaan media. Indikator output mencerminkan hasil langsung dari proses advokasi, seperti komitmen tertulis, masuknya isu dalam agenda, terbitnya surat edaran, pembentukan tim kerja, atau pengesahan perda. Indikator outcome mencerminkan perubahan jangka menengah, seperti meningkatnya akses sanitasi, bertambahnya cakupan skrining, atau berubahnya prioritas anggaran. Indikator impact mencerminkan perubahan jangka panjang terhadap kesehatan atau kualitas hidup, seperti menurunnya diare, stunting, atau kematian ibu.

Penggunaan indikator bertingkat ini sangat penting agar kita tidak terburu-buru menyimpulkan kegagalan atau keberhasilan. Kebijakan yang baru disahkan mungkin belum menghasilkan impact, tetapi dapat menunjukkan outcome awal yang positif.

1. Indikator Proses

Indikator proses digunakan untuk menilai apakah strategi advokasi dilaksanakan sesuai rencana. Indikator ini biasanya paling mudah diukur karena berkaitan langsung dengan aktivitas yang dilakukan tim. Contohnya

adalah jumlah pertemuan dengan DPRD, jumlah forum diskusi publik, jumlah *Policy brief* yang disebar, jumlah konten kampanye yang dipublikasikan, atau jumlah organisasi yang bergabung dalam koalisi.

Walaupun mudah diukur, indikator proses tidak boleh dianggap sebagai satu-satunya ukuran keberhasilan. Tim yang mengadakan banyak rapat belum tentu berhasil memengaruhi kebijakan. Namun indikator proses tetap penting karena memberi gambaran tentang intensitas dan konsistensi kerja advokasi. Bila indikator proses sangat rendah, maka sulit berharap output dan outcome yang baik.

Dalam pembelajaran, kita perlu berlatih memilih indikator proses yang relevan dan tidak berlebihan. Tidak semua kegiatan perlu diukur, tetapi kegiatan inti yang berhubungan langsung dengan strategi advokasi harus didokumentasikan.

2. Indikator Output

Indikator output menunjukkan hasil langsung dari kegiatan advokasi. Output bukan lagi sekadar aktivitas, tetapi sesuatu yang dihasilkan atau berubah secara langsung karena proses advokasi. Contohnya adalah terbentuknya tim lintas sektor, diterbitkannya surat keputusan, masuknya isu dalam pembahasan anggaran, perubahan redaksi dalam draft kebijakan, atau terselenggaranya rapat resmi tindak lanjut dengan pihak berwenang.

Output penting karena menjadi jembatan antara aktivitas dan perubahan yang lebih besar. Dalam banyak kasus, advokasi tidak langsung menghasilkan perbaikan

kesehatan, tetapi terlebih dahulu menghasilkan output kebijakan. Misalnya, kampanye sanitasi tidak langsung menurunkan diare, tetapi dapat menghasilkan perda sanitasi desa atau alokasi dana infrastruktur air bersih. Output semacam itu kemudian membuka jalan bagi outcome dan impact.

Kita harus berhati-hati agar tidak mencampuradukkan output dengan outcome. Misalnya, pengesahan peraturan adalah output, sedangkan peningkatan akses layanan akibat implementasi peraturan tersebut adalah outcome.

13.6 Outcome versus Impact

Outcome dan impact sering disamakan, padahal keduanya berbeda. Outcome adalah perubahan jangka menengah yang muncul setelah output kebijakan mulai berjalan. Outcome biasanya terlihat pada perubahan sistem, layanan, perilaku, atau akses. Impact adalah perubahan jangka panjang yang lebih fundamental, terutama pada derajat kesehatan, kualitas hidup, atau kondisi sosial ekonomi masyarakat.

Sebagai contoh, dalam advokasi sanitasi desa, output dapat berupa pengesahan peraturan desa dan alokasi anggaran jamban. Outcome dapat berupa meningkatnya proporsi rumah tangga yang memiliki jamban sehat dan berkurangnya praktik buang air besar sembarangan. Impact baru terlihat ketika angka diare menurun dalam dua atau tiga tahun berikutnya. Contoh lain pada kebijakan kawasan tanpa rokok: output adalah perda KTR, outcome adalah berkurangnya paparan asap rokok di ruang publik, impact

adalah penurunan penyakit terkait asap rokok dalam jangka panjang.

Memahami perbedaan ini penting agar evaluasi menjadi realistis. Kita harus menyadari bahwa impact sering memerlukan waktu lebih lama dan dipengaruhi banyak faktor lain. Karena itu, outcome sering menjadi ukuran antara yang sangat penting dalam evaluasi advokasi kebijakan.

13.7 Logika Perubahan dalam Advokasi

Untuk memudahkan monitoring dan evaluasi, advokasi sering dipetakan dalam bentuk logika perubahan atau theory of change sederhana. Logika ini menjelaskan bagaimana input dan aktivitas advokasi diharapkan menghasilkan output, outcome, dan akhirnya impact. Dengan model ini, hubungan antar-tahap menjadi lebih jelas.

Sebagai contoh, input berupa data, tim, dana, dan jaringan. Aktivitas berupa policy brief, lobi, kampanye, dan forum publik. Output berupa komitmen, perubahan regulasi, atau dukungan anggaran. Outcome berupa peningkatan akses layanan atau perubahan sistem pelaksanaan. Impact berupa membaiknya indikator kesehatan. Bila logika perubahan ini jelas sejak awal, maka penyusunan indikator dan metode evaluasi akan lebih sistematis.

Bagi kita, logika perubahan membantu menghubungkan antara strategi advokasi dan hasil yang ingin dicapai. Tanpa logika perubahan, evaluasi sering terjebak pada daftar kegiatan tanpa arah yang jelas.

13.8 Evaluasi Kebijakan Kesehatan

Evaluasi kebijakan kesehatan bertujuan menilai apakah suatu kebijakan relevan, efektif, efisien, dan berkelanjutan. Relevan berarti kebijakan menjawab masalah yang nyata. Efektif berarti kebijakan mencapai tujuan yang diharapkan. Efisien berarti manfaat kebijakan sepadan atau lebih besar dibanding biaya yang dikeluarkan. Berkelanjutan berarti kebijakan dapat dipertahankan dan tetap berjalan dalam jangka panjang.

Dalam konteks advokasi, evaluasi kebijakan penting karena kemenangan advokasi tidak cukup diukur dari lahirnya aturan. Sebuah kebijakan yang disahkan tetapi tidak relevan, tidak dijalankan, atau tidak membawa perubahan berarti belum dapat disebut keberhasilan yang utuh. Karena itu, kita harus belajar membaca kualitas kebijakan secara lebih kritis.

Sebagai contoh, evaluasi kebijakan kawasan tanpa rokok tidak hanya melihat apakah perda telah ada, tetapi apakah perda tersebut diterapkan, apakah pengawasan berjalan, apakah masyarakat mematuhi, dan apakah paparan asap rokok benar-benar menurun.

Metode evaluasi kebijakan dapat dibedakan menjadi evaluasi proses, evaluasi hasil, evaluasi dampak, dan analisis cost-benefit. Evaluasi proses melihat apakah implementasi berjalan sesuai rencana. Evaluasi hasil melihat perubahan jangka menengah. Evaluasi dampak melihat perubahan jangka panjang. Analisis cost-benefit membandingkan biaya yang dikeluarkan dengan manfaat ekonomi atau sosial yang diperoleh.

Pemilihan metode harus disesuaikan dengan tujuan evaluasi. Bila pertanyaannya adalah mengapa kebijakan tidak berjalan, maka evaluasi proses lebih tepat. Bila pertanyaannya apakah kebijakan menurunkan beban penyakit, maka evaluasi dampak lebih relevan. Bila pertanyaannya apakah kebijakan layak dipertahankan secara fiskal, maka analisis cost-benefit sangat berguna.

Dalam praktik, evaluasi sering menggabungkan beberapa metode. Kita perlu memahami bahwa tidak ada satu metode yang cocok untuk semua konteks. Yang penting adalah kejelasan pertanyaan evaluasi dan kesesuaian metode dengan data yang tersedia.

Dalam kebijakan kesehatan, pertanyaan mengenai biaya hampir selalu muncul. Karena itu, analisis cost-benefit dan cost-effectiveness menjadi penting. Analisis cost-benefit membandingkan seluruh biaya dengan manfaat yang dapat dikuantifikasi, termasuk manfaat ekonomi. Analisis cost-effectiveness membandingkan biaya dengan unit hasil tertentu, misalnya biaya per kasus dicegah atau biaya per rumah tangga yang memperoleh akses sanitasi.

Bagi advokasi, pendekatan ekonomi sangat berguna karena banyak pembuat kebijakan merespons lebih kuat ketika isu kesehatan diterjemahkan dalam bahasa efisiensi anggaran dan manfaat ekonomi. Misalnya, kampanye sanitasi dapat dipresentasikan bukan hanya sebagai upaya kesehatan, tetapi juga sebagai investasi yang mengurangi biaya pengobatan diare dan kehilangan hari kerja keluarga.

Kita tidak selalu harus menghitung analisis ekonomi yang sangat rumit, tetapi perlu memahami logikanya. Dalam forum kebijakan, kemampuan menjelaskan bahwa intervensi

kesehatan tertentu lebih hemat dalam jangka panjang sering kali sangat meyakinkan.

13.9 Tantangan Monitoring dan Evaluasi Advokasi

Monitoring dan evaluasi advokasi menghadapi banyak tantangan. Pertama, advokasi sering melibatkan banyak faktor eksternal yang sulit dikontrol. Kedua, perubahan kebijakan bisa memerlukan waktu lama sehingga hasilnya tidak segera tampak. Ketiga, kontribusi advokasi sering sulit dipisahkan dari pengaruh faktor lain seperti perubahan pimpinan, tekanan media, atau program nasional. Keempat, data outcome dan impact sering tidak tersedia tepat waktu atau tidak cukup sensitif.

Tantangan lain adalah kecenderungan untuk hanya mengukur hal-hal yang mudah dihitung. Akibatnya, tim advokasi sering terlalu fokus pada jumlah kegiatan, sementara perubahan relasi, perubahan persepsi elite, atau penguatan legitimasi sosial justru luput dari perhatian. Padahal, elemen-elemen ini sering sangat penting dalam proses kebijakan.

Kita perlu memahami bahwa evaluasi yang baik tidak selalu berarti evaluasi yang serba kuantitatif. Kombinasi data kuantitatif dan kualitatif sering justru lebih tepat untuk membaca perubahan advokasi secara utuh.

13.10 Data Kuantitatif dan Kualitatif dalam M&E

Data kuantitatif penting untuk menunjukkan ukuran yang jelas, seperti jumlah pertemuan, besaran anggaran, cakupan layanan, atau penurunan kasus penyakit. Namun

data kuantitatif tidak selalu mampu menjelaskan mengapa perubahan terjadi atau mengapa kebijakan gagal. Di sinilah data kualitatif menjadi penting.

Data kualitatif dapat diperoleh melalui wawancara mendalam, diskusi kelompok, observasi, analisis dokumen, atau catatan proses. Data ini membantu memahami dinamika hubungan stakeholder, alasan penolakan kebijakan, persepsi masyarakat, atau hambatan implementasi yang tidak tampak dalam angka. Misalnya, secara kuantitatif sebuah desa telah memiliki jamban, tetapi data kualitatif menunjukkan bahwa banyak jamban tidak dipakai karena desainnya tidak sesuai kebutuhan warga.

Dalam evaluasi advokasi, kombinasi data kuantitatif dan kualitatif memungkinkan analisis yang lebih kaya dan lebih realistis. Kita perlu belajar memilih kombinasi ini sesuai pertanyaan evaluasi yang ingin dijawab.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, Solichin. 2016. Analisis Kebijakan: Dari Formulasi ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan Publik. Jakarta: Bumi Aksara.
- Abelson, Julia, et al. 2019. Policy Briefs as a Tool for Evidence-Informed Health Policy Making. Health Research Policy and Systems.
- Anderson, Alison. 2014. Media, Environment and the Network Society. London: Palgrave Macmillan.
- Anderson, James E. 2015. Public Policymaking. Boston: Cengage Learning.
- Aristotle. 2007. On Rhetoric: A Theory of Civic Discourse. New York: Oxford University Press.
- Arnstein, Sherry R. 1969. A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2020. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024. Jakarta: Bappenas.
- Bamberger, Michael, Jim Rugh, and Linda Mabry. 2012. RealWorld Evaluation. Thousand Oaks: Sage.
- Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. 2019. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press.
- Bennett, W. Lance, and Alexandra Segerberg. 2013. The Logic of Connective Action. Cambridge: Cambridge University Press.

- Brugha, Ruairi, and Zsuzsanna Varvasovszky. 2000. Stakeholder Analysis: A Review. Health Policy and Planning.
- Chambers, Robert. 2014. Rural Development: Putting the Last First. London: Routledge.
- Cialdini, Robert B. 2021. Influence: The Psychology of Persuasion. New York: Harper Business.
- Cottle, Simon. 2006. Mediatized Conflict: Developments in Media and Conflict Studies. Maidenhead: Open University Press.
- Dunn, William N. 2018. Public Policy Analysis: An Integrated Approach. New York: Routledge.
- Entman, Robert M. 1993. Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43(4).
- Fisher, Roger, William Ury, and Bruce Patton. 2011. Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In. New York: Penguin Books.
- Friis, Robert H., and Thomas A. Sellers. 2021. Epidemiology for Public Health Practice. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Gilson, Lucy. 2012. Health Policy and Systems Research: A Methodology Reader. Geneva: WHO.
- Gostin, Lawrence O. 2021. Public Health Law and Ethics. Berkeley: University of California Press.
- Green, Lawrence W., & Kreuter, Marshall W. 2005. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. New York: McGraw-Hill.

- Hanlon, John J., and George W. Pickett. 1990. *Public Health Administration and Practice*. St. Louis: Mosby.
- Hatry, Harry P. 2014. *Performance Measurement: Getting Results*. Washington, DC: Urban Institute Press.
- Israel, Barbara A., et al. 2013. *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Badan Litbangkes.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. *Buku Saku Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2023. *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2024. *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kingdon, John W. 2014. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Harlow: Pearson.
- Kotler, Philip, and Eduardo L. Roberto. 2002. *Social Marketing: Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks: Sage.
- Last, John M. 2001. *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Lucas, Stephen E. 2020. *The Art of Public Speaking*. New York: McGraw-Hill.
- Majdzadeh, Reza, et al. 2018. *Knowledge Translation for Health Policy*. Geneva: WHO.

- McCombs, Maxwell. 2014. *Setting the Agenda: Mass Media and Public Opinion*. Cambridge: Polity Press.
- McDavid, James C., Irene Huse, and Laura R. L. Hawthorn. 2019. *Program Evaluation and Performance Measurement*. Thousand Oaks: Sage.
- McGuire, William J. 2013. *An Information Processing Model of Advertising Effectiveness*. New York: Psychology Press.
- McKenzie-Mohr, Doug. 2011. *Fostering Sustainable Behavior: An Introduction to Community-Based Social Marketing*. Gabriola Island: New Society Publishers.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2018. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, Riant. 2021. *Public Policy*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Oakley, Peter. 1991. *Projects with People: The Practice of Participation in Rural Development*. Geneva: ILO.
- OECD. 2021. *Applying Evaluation Criteria Thoughtfully*. Paris: OECD Publishing.
- Oxman, Andrew D., et al. 2009. *SUPPORT Tools for Evidence-Informed Health Policymaking, Health Research Policy and Systems*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2013 tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan pada Kemasan Produk Tembakau.

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.
- Permenkes RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.
- Permenkes RI Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Pemerintah di Bidang Kesehatan.
- Permenkes RI Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan.
- Permenkes RI Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat.
- Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Republik Indonesia. 2014. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
- Republik Indonesia. 2023. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Servaes, Jan. 2020. Handbook of Communication for Development and Social Change. Singapore: Springer.
- Subarsono. 2019. Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori, dan Aplikasi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Thompson, Dennis F. 2018. Ethics in Congress: From Individual to Institutional Corruption. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- UNICEF. 2021. The State of the World's Children 2021. New York: UNICEF.

- Varvasovszky, Zsuzsa, and Ruairi Brugha. 2000. A Stakeholder Analysis. Health Policy and Planning.
- World Bank. 2020. Investing in Nutrition and Early Childhood Development in Indonesia. Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization. 1998. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2021. Advocacy for Health Promotion: Practical Guidance. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2022. Communicating Risk in Public Health Emergencies. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2022. Evaluation Practice Handbook for Health Policy. Geneva: WHO.