

## Faktor-Faktor yang Memengaruhi Efektivitas Peran Dinas Kesehatan Kota Sungai Penuh dalam Mengimplementasikan Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok

*Factors Affecting the Effectiveness of The Role of The Sungai Penuh City Health Department in Implementing Regional Regulation Number 1 Of 2015 Concerning No Smoking Areas*

Deri Sentosa, Retna Siwi Padmawati, Dwi Handono Sulistyo

Departemen Kebijakan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran,  
Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada,  
Jl. Flora No. 1, Bulaksumur, Yogyakarta 55281, Indonesia  
Email: derisentosa@mail.ugm.ac.id

Tanggal submisi: 13 Juli 2023; Tanggal penerimaan: 20 November 2023

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Epidemik tembakau merupakan salah satu ancaman kesehatan masyarakat terbesar di dunia dan telah membunuh sekitar 8 juta orang setiap tahun, 1,2 juta kematian diakibatkan oleh paparan asap rokok orang lain yang disebabkan karena penyakit kardiovaskular dan gangguan pernapasan. Persentase penduduk Kota Sungai Penuh pada tahun 2019 yang merokok tembakau dalam 1 bulan terakhir tiap hari sebesar 24,08% merupakan salah satu yang tertinggi menurut di Provinsi Jambi. Salah satu upaya mengurangi paparan asap rokok, Pemerintah Kota Sungai Penuh mengeluarkan Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2015 Tentang KTR. Meski Kota Sungai Penuh sudah memiliki peraturan daerah tentang kawasan tanpa rokok, fakta di lapangan menunjukkan bahwa masih ditemukannya beberapa puntung rokok dan bungkus rokok di kawasan yang sudah ditetapkan sebagai KTR.

**Tujuan:** Untuk mengetahui dan menganalisis faktor-faktor apa saja yang paling mempengaruhi efektivitas peranan Dinas Kesehatan Kota Sungai Penuh dalam mengimplementasi upaya penegakan Peraturan Daerah Kota Sungai Penuh Nomor 1 Tahun 2015 Tentang KTR.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan case study. Pendekatan case study dipilih karena peneliti ingin menggali informasi apa yang bisa dipelajari atau ditarik dari sebuah kasus, seperti kasus kecenderungan meningkatnya konsumsi rokok di wilayah Kota Sungai Penuh.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan belum maksimal dan efektifnya pelaksanaan kebijakan KTR yang dilakukan oleh pelaksana kebijakan sehingga dapat menyebabkan ketidaktahuan dan mengakibatkan masih adanya temuan pelanggaran di kawasan tanpa rokok. Terkait masalah anggaran yang terbilang rendah, perlu adanya penambahan anggaran sehingga dapat membangun ruang khusus merokok di semua delapan tatanan kawasan tanpa rokok. Selain itu masyarakat telah menerima adanya implementasi kebijakan KTR, namun belum semua masyarakat mengetahui kebijakan tersebut dan memiliki kesadaran untuk tidak merokok di kawasan-kawasan yang telah ditetapkan sebagai kawasan tanpa rokok.

**Kesimpulan:** Efektivitas dari implementasi Peraturan Daerah No. 1 Tahun 2015 tentang KTR di Kota Sungai Penuh sejauh ini masih belum berjalan secara maksimal dengan berbagai kendala dalam konteks implementasinya.

**Kata Kunci :** Efektivitas, Implementasi, Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

### ABSTRACT

**Background:** The tobacco epidemic is one of the world's greatest public health threats and kills an estimated 8 million people each year, 1.2 million deaths from smoke caused by cardiovascular disease and respiratory disorders. The percentage of Sungai Penuh City residents in 2019 who smoked tobacco in the last 1 month every day of 24.08% was the highest according to Jambi Province. One of the efforts to reduce exposure to cigarette smoke, the Sungai Penuh City Government issued Regional Regulation Number 1 of 2015 concerning Non-Smoking Areas. Although Sungai Penuh City already has local regulations regarding non-smoking areas, facts on the ground show that there are still some cigarette butts and cigarette packs in areas that have been designated as Non-Smoking Areas.

**Objective:** to find out and analyze what factors most affect the effectiveness of the role of the Sungai Penuh City Health Office in implementing efforts to enforce Sungai Penuh City Regional Regulation Number 1 of 2015 concerning Non-Smoking Areas.

**Method:** this study uses qualitative research methods with a case study approach. The case study approach was chosen because researchers wanted to explore what information could be learned or drawn from a case, such as the case of the tendency to increase cigarette consumption in the Sungai Penuh City area.

**Results:** The results showed that the implementation of the KTR policy carried out by policy implementers has not been maximized and has not been effective, so that it can cause ignorance and result in findings of violations in non-smoking areas. Regarding the problem of a relatively low budget, it is necessary to increase the budget so that it can build special smoking rooms in all eight non-smoking area settings. In addition, the community has accepted the implementation of the KTR policy, but not all people know the policy and have the awareness not to smoke in areas that have been designated as non-smoking areas.

**Conclusion:** the effectiveness of the implementation of Regional Regulation No. 1 of 2015 concerning Non-Smoking Areas in Sungai Penuh City has so far not run optimally with various obstacles in the context of its implementation.

Keywords : Effectiveness, Implementation, No Smoking Area Policy

## PENDAHULUAN

Epidemik tembakau merupakan salah satu ancaman kesehatan masyarakat terbesar di dunia dan telah membunuh sekitar 8 juta orang setiap tahun, dengan 1,2 juta kematian yang diakibatkan oleh paparan asap rokok orang lain (*secondhand smoke*) yang disebabkan karena penyakit kardiovaskuler dan gangguan pernapasan<sup>(1)</sup>. Persentase penduduk Kota Sungai Penuh pada tahun 2019 yang merokok tembakau dalam 1 bulan terakhir tiap hari sebesar 24,08% merupakan salah satu yang tertinggi di Provinsi Jambi<sup>(2)</sup>. Dalam upaya mengurangi paparan asap rokok, Pemerintah Kota Sungai Penuh mengeluarkan Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok<sup>(3)</sup>. Persentase pengeluaran rokok per kapita sebulan 2019-2021 penduduk Kota Sungai Penuh mengalami peningkatan dari tahun 2020-2021 dari 7,92% menjadi 8,84%, walaupun sempat mengalami penurunan pada tahun 2019-2020<sup>(4)</sup>. Meski Kota Sungai Penuh sudah memiliki peraturan daerah tentang kawasan tanpa rokok, fakta di lapangan menunjukkan bahwa masih ditemukan beberapa puntung rokok dan bungkus rokok di kawasan yang sudah ditetapkan sebagai kawasan tanpa rokok.

Keberadaan peran Dinas kesehatan Kota Sungai Penuh selaku lembaga pemerintah yang berwenang sebagai mana tugas pokok dan fungsinya untuk merumuskan dan menetapkan kebijakan teknis urusan bidang kesehatan meliputi regulasi dan kebijakan kesehatan, bina pelayanan kesehatan, bina penyehatan lingkungan dan pencegahan penyakit, serta sumber daya kesehatan di harapkan mampu secara konsisten merancang penerapan KTR yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terutama terkendalinya faktor risiko penyakit dan kematian yang disebabkan oleh rokok, dan meningkatnya budaya masyarakat dalam berperilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu agar mampu meningkatkan citra yang baik dari masyarakat umum terhadap daerah dan pemerintahnya dengan meningkatnya kedisiplinan, ketertiban dan kepatuhan pada peraturan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan *case study*.

Pendekatan *case study* dipilih karena peneliti ingin menggali informasi yang bisa dipelajari atau ditarik dari sebuah kasus, seperti kasus kecenderungan meningkatnya konsumsi rokok di wilayah Kota Sungai Penuh.

Yin mendefinisikan bahwa studi kasus merupakan strategi yang sesuai digunakan dalam pokok pertanyaan suatu penelitian berkenaan dengan 'bagaimana atau mengapa', jika peneliti masih memiliki sedikit peluang untuk mengontrol peristiwa-peristiwa yang akan diteliti, dan jika fokus penelitiannya terletak pada fenomena kontemporer (masa kini) dalam konteks kehidupan nyata<sup>(5)</sup>. Dari penggunaan pertanyaan penelitian tersebut, terdapat makna dalam kasus yang dikaji dapat diambil secara detail.

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah *indepth interview* (wawancara mendalam) dengan menggunakan panduan wawancara. Wawancara mendalam dipilih sebagai cara pengumpulan data primer karena dapat menggali sumber informasi yang lebih banyak dan mendalam dari responden sesuai dengan fokus pada tema penelitian<sup>(6)</sup>.

Selain itu, observasi dan FGD bertujuan untuk memperoleh data yang lengkap dan mendalam dari informan. Metode ini dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung dan memiliki relevansi dengan masalah yang berhubungan dengan penelitian, kemudian mencatat gejala-gejala yang ditemukan di lapangan untuk melengkapi data-data yang diperlukan sebagai acuan untuk yang berkaitan dengan permasalahan penelitian, dengan menggunakan catatan atau foto-foto dan rekaman suara/*recorder* yang ada di lokasi penelitian serta sumber-sumber lain yang relevan dengan objek penelitian sebagai bukti penelitian berlangsung yang tentunya dengan persetujuan dari informan.

Dalam penelitian ini, peneliti memilih analisis data kualitatif. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan dalam tiga tahapan, yaitu :

### 1. Tahap persiapan

Pada tahap persiapan peneliti melakukan pengumpulan data pendahuluan yang terkait dengan kebijakan kawasan tanpa rokok, serta penelusuran

referensi untuk data pendukung, melakukan pengembangan *outline* menjadi proposal di bawah bimbingan dosen pembimbing sampai dengan proposal tersebut disetujui, melakukan seminar proposal, mempersiapkan instrumen untuk keperluan penelitian, dilanjutkan dengan penyelesaian perijinan untuk pengajuan *Ethical Clearance* ke Komite Etik Penelitian Biomedis Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada. Peneliti kemudian melakukan observasi untuk melihat kondisi masyarakat dan lingkungan di daerah yang menjadi lokasi penelitian. Selanjutnya peneliti Menyusun proposal dan mendiskusikannya dengan pembimbing. Pada saat proses pembimbingan, peneliti mengumpulkan dan melengkapi literatur pendukung dan mempersiapkannya untuk disampaikan pada seminar.

## 2. Tahap pelaksanaan

### a. Pengumpulan data primer

Pada tahap awal penelitian, peneliti mendatangi Dinas Kesehatan Kota Sungai Penuh dan juga DPRD Kota Sungai Penuh untuk meminta izin melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin, selanjutnya peneliti mulai melakukan kontak dengan calon informan penelitian. Pada awal pertemuan dengan calon informan peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta proses berjalannya penelitian dan melakukan observasi awal. Jumlah subjek penelitian dalam pengumpulan data yaitu sebanyak sembilan responden

### b. Pengumpulan data sekunder

Mengumpulkan data sekunder yang dibutuhkan seperti profil kesehatan, Peneliti juga mengumpulkan data mengenai jumlah penduduk serta pengeluaran perkapita penduduk tentang rokok yang ada untuk mendukung hasil penelitian.

## 3. Tahap penyelesaian

Pada tahap akhir penelitian, peneliti melakukan pengolahan dan analisis data. Karena keterbatasan peneliti dalam analisis, untuk menjaga kualitas hasil analisis peneliti melakukan konsultasi dengan d

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil Penelitian

Hasil analisis data yang telah didapatkan menggambarkan keseluruhan dari informasi yang diperoleh selama penelitian ini dilakukan. Dalam melakukan analisis data tersebut peneliti menggunakan software Nvivo. Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk narasi dengan kuotasi,

meliputi variabel dan konten variabelnya antara lain sebagai berikut:

### a. Peraturan pelaksanaan KTR

Kawasan tanpa rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan dan/atau mempromosikan produk tembakau. Berikut ini hasil wawancara dengan beberapa informan.

**“Tentu sudah ada area kawasan tanpa rokok di Kota Sungai Penuh seperti fasilitas pelayanan kesehatan, tempat belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, fasilitas olahraga, tempat kerja, dan tempat umum yang ditetapkan” (NRS 03 Dinkes)**

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan tersebut dapat diketahui bahwa sudah terdapat ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan dan/atau mempromosikan produk tembakau.

### b. Sumber daya yang dilibatkan

Pelaksanaan kebijakan harus didukung oleh sumberdaya-sumberdaya yang mendukung agar pelaksanaannya berjalan dengan baik. Berikut ini hasil wawancara dengan informan:

**“Ada banyak sumber daya yang dilibatkan seperti penganggarnya. Selain itu, ada juga SDM yang terlibat seperti yang di Dinas Kesehatan itu dari promkes dan juga PTM” (NRS 03 Dinkes)**

**“Banyak, misalnya contohnya KTR tidak hanya di PTM, orang dari promkes ikut, kesling ikut intinya banyak lintas sektor yang ikut terlibat” (NRS 05 Dinkes)**

Berdasarkan hasil wawancara dapat diketahui bahwa dalam penerapan perda ini banyak melibatkan sumber daya, seperti SDM, sarana prasarana dan lain sebagainya. Sebagai contoh di Dinkes itu sendiri terdapat kerjasama antara seksi PTM, promkes, kesling yang ikut terlibat dalam menerapkan KTR ini.

### c. Pelaksana program

Program *implementer* (pelaksana program) harus didukung dengan adanya pelaksana kebijakan yang kompeten dan kapabel demi keberhasilan suatu kebijakan. Hasil wawancara dengan informan adalah sebagai berikut:

**“Sebenarnya KTR bukan cuma milik Dinas Kesehatan, KTR milik daerah kan tapi Dinkes sebagai *leading sektor*. Jadi kalau pelaksanaannya disini kita akan membentuk KTR...” (NRS 03 Dinkes)**

“KTR ini kan bukan milik Dinas Kesehatan saja, KTR inikan miliknya daerah kan ya, dan agar perda ini berjalan sebagai mana mestinya tentu melibatkan banyak pihak seperti satpol PP dll...” (NRS 04 Dinkes)

Pelaksana kebijakan yang dilibatkan merupakan nilai potensi yang dimiliki dalam mengimplementasikan suatu kebijakan kawasan tanpa rokok. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa dalam pelaksanaan program KTR ini tidak hanya melibatkan salah satu SKPD saja tetapi juga melibatkan banyak SKPD lainnya agar KTR ini dapat berjalan sebagaimana mestinya.

d. Kepatuhan dan daya tanggap

Dalam hal ini sejauh mana kepatuhan dan respons dari para pelaksana dalam menanggapi suatu kebijakan. Berikut hasil wawancara terkait dengan kepatuhan dan daya tanggap:

“...Memang mungkin tingkat kepatuhan kita memang masih dibidang belum terlalu patuh apalagi yang namanya kalau ada larangan pasti ada semacam sanksi, kalau tidak ada sanksi maka orang akan mengabaikan larangan yang ditetapkan sebagai kawasan tanpa rokok. Seperti di tempat ibadah itu kan dilarang merokok tapi kenyataannya masih ada yang merokok di tempat ibadah tersebut. Selain itu di sekolah kan masih ada yang merokok jadi untuk tingkat kepatuhan itu masih belum patuh” (NRS 04 Dinkes)

Berdasarkan hasil wawancara dapat diketahui bahwa petugas sendiri sudah menjalankan pembinaan dan lain sebagainya tetapi tingkat kepatuhan dari masyarakat terhadap kebijakan kawasan tanpa rokok ini masih rendah atau bisa dikatakan belum patuh.

e. Efektivitas kebijakan

Hasil suatu kebijakan dalam kurun waktu tertentu yang ditetapkan akan ditinjau kembali, untuk selanjutnya menjadi umpan balik bagi semua level kebijakan yang diharapkan terjadi perbaikan atau peningkatan kebijakan. Efektivitas dari suatu implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok (Studi terhadap Peraturan Daerah Kota Sungai Penuh No. 1 Tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kota Sungai Penuh), ini menguraikan indikator hasil kebijakan antara lain berupa 1) Pengaruh pada masyarakat dan 2) Perubahan dan penerimaan oleh masyarakat, semua indikator diuraikan dalam hasil penelitian sebagai berikut:

1) Pengaruh pada masyarakat

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan dapat diketahui bahwa:

“Kalau untuk mensosialisasikan itu sudah pernah disosialisasikan, seperti contoh mensosialisasikan ke sekolah-sekolah, tempat ibadah dan lain sebagainya” (NRS 02 Dinkes)

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan diketahui bahwa Dinkes sudah melakukan sosialisasi dan kerjasama dengan SKPD terkait dengan kawasan tanpa rokok. Adapun hasil wawancara dengan informan yang lainnya adalah sebagai berikut:

“Saya belum terlalu tahu apakah Kota Sungai Penuh sudah menerapkan KTR atau tidak karena sosialisasinya tidak langsung ke masyarakat gitu, setau saya belum karena saya merasa belum ada sosialisasi tapi saya pernah melihat ada papan pengumuman tentang kawasan tanpa rokok...” (NRS 06 masyarakat umum)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan NRS 06 masyarakat umum dapat diketahui bahwa untuk sosialisasinya bisa dikatakan belum dilaksanakan secara maksimal, sehingga masih banyak masyarakat yang belum mengetahui tentang kawasan tanpa rokok tersebut. Sejalan dengan informan NRS 06 masyarakat umum, informan yang lainnya juga menyatakan bahwa belum terlalu mengetahui tentang kawasan tanpa rokok, hal ini dikarenakan informan merasa belum pernah mendengar adanya sosialisasi tentang kawasan tanpa rokok ini.

2) Perubahan dan penerimaan oleh masyarakat  
Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan dapat diketahui bahwa:

“...Sebenarnya kalau dari saya pribadi untuk program ini bagus untuk mengurangi supaya orang-orang tidak terpapar asap rokok. Mungkin untuk promosinya lebih ke media yang terkini apalagi sekarang kan zamannya media sosial dan sudah banyak inovasi-inovasi tentang upaya-upaya orang membuat promosi seperti iklan kesehatan mungkin dapat dilakukan seperti itu dan juga untuk menambah pengetahuan masyarakat juga dan lambat laun juga dapat meningkatkan kesadaran masyarakat juga dan mereka sadar akan manfaat dari program KTR ini” (NRS 07 masyarakat umum)

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan dapat diketahui bahwa kebijakan KTR ini sudah bisa diterima oleh masyarakat itu sendiri, tetapi ada beberapa hal yang perlu diperbaiki seperti untuk ditambahkannya anggaran, dan untuk sosialisasinya lebih digencarkan lagi serta untuk media promosi tentang KTR ini lebih ke media terkini seperti media sosial dan lain sebagainya agar nantinya masyarakat lambat laun dapat meningkatkan kesadaran masyarakat dan masyarakat sadar dari manfaat kebijakan tentang kawasan tanpa rokok ini.

## B. Pembahasan

### 1. Implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di Kota Sungai Penuh

#### a. Isi kebijakan kawasan tanpa rokok di Kota Sungai Penuh

##### 1) Pelaksana kebijakan

Program *implementer* (pelaksana program) harus didukung dengan adanya pelaksana kebijakan yang kompeten dan kapabel demi keberhasilan suatu kebijakan<sup>(7)</sup>. Berdasarkan temuan penelitian diketahui bahwa pelaksana kebijakan kawasan tanpa rokok di Kota Sungai Penuh sejauh ini telah dijalankan sesuai dengan Perda KTR Kota Sungai Penuh dan kebijakan KTR ini telah dijalankan di intansinya masing-masing sesuai dengan perda tersebut.

##### 2) Sumber daya yang dilibatkan

Dalam suatu kebijakan juga harus memiliki sumber-sumber daya yang mendukung agar pelaksanaan kebijakannya berjalan dengan baik. Berdasarkan temuan peneliti diketahui bahwa dalam penegakan Perda KTR ini banyak sumber daya yang dilibatkan yaitu sumber daya manusia dan dalam hal ini melibatkan multiaktor seperti di Dinkes Kota Sungai Penuh ada kerjasama antara seksi penyakit tidak menular dengan promkes maupun kesling dalam menjalankan kebijakan tersebut.

Untuk sarana prasarana peneliti menemukan bahwa sudah terdapat area-area kawasan tanpa rokok yang ditandai dengan adanya papan pengumuman tentang kawasan tanpa rokok, seperti sekolah, rumah sakit, tempat kerja, tempat ibadah dan lain sebagainya sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan adanya papan pengumuman atau stiker tentang kawasan tanpa rokok pengunjung sudah tahu tentang batasan-batasan area kawasan tanpa rokok.

##### 3) Peraturan pelaksanaan KTR

Kawasan tanpa rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi,

menjual, mengiklankan dan/atau mempromosikan produk tembakau. Berdasarkan hasil temuan peneliti dilapangan diketahui bahwa sudah terdapat ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan dan/atau mempromosikan produk tembakau. Namun realitas dilapangan masih ditemukan acara-acara yang disponsori oleh rokok, seperti salah satu pertandingan sepak bola yang disponsori oleh rokok bahkan untuk pembelian tiket mendapatkan gratis satu bungkus rokok. Hal itu merupakan bagian dari iklan rokok kepada masyarakat secara tidak langsung sehingga menjadi tantangan untuk mengubah pola pikir masyarakat.

#### b. Konteks implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di Kota Sungai Penuh

##### 1) Kepatuhan dan daya tanggap

Dalam hal ini sejauh mana kepatuhan dan respons dari para pelaksana dalam menanggapi suatu kebijakan. Berdasarkan temuan peneliti dilapangan, meskipun peraturan kebijakan KTR telah dilakukan di delapan tatanan area kawasan tanpa rokok, tetapi hingga saat ini hasilnya masih menunjukkan adanya oknum-oknum masyarakat yang masih merokok di area-area yang telah ditetapkan sebagai kawasan tanpa rokok.

Dari hasil wawancara kepada petugas pelaksana terkait alasan kondisi tersebut dapat terjadi ternyata ditemukan bahwa kebanyakan masyarakat tidak patuh akan peraturan tersebut karena tidak mengetahui 100% isi perda tentang KTR, sehingga masih menganggap himbauan yang ada di area-area tersebut adalah hal yang tidak penting. Hal ini juga terlihat dari kebanyakan masyarakat yang sulit meninggalkan kebiasaan merokoknya sehingga ketika berada di kawasan tanpa rokok mereka terpaksa tetap merokok tanpa mengindahkan peraturan tersebut walaupun sudah mendapat sanksi administratif berupa teguran atau peringatan.

c. Hasil kebijakan kawasan tanpa rokok di Kota Sungai Penuh

Perubahan perilaku masyarakat setelah di implementasikannya kebijakan kawasan tanpa rokok di Kota Sungai Penuh. Menurut teori Grindle, hasil implementasi kebijakan berpengaruh pada persoalan masyarakat yang berhubungan dan melibatkan masyarakat. Dalam hal ini harus didefinisikan orang yang terkena pengaruh serta perlu ditentukan hasil kebijakan yang dimaksud<sup>(8)</sup>.

Berdasarkan pembahasan tersebut, dapat dikatakan bahwa dampak/hasil yang telah dicapai dari implementasi Peraturan Daerah No. 1 Tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kota Sungai Penuh sejauh ini masih belum berjalan secara maksimal. Hal ini dikarenakan perilaku dari masyarakat itu sendiri. Kebijakan KTR ini sudah bisa diterima oleh masyarakat itu sendiri, tetapi ada beberapa hal yang perlu diperbaiki seperti untuk ditambahkannya anggaran, dan untuk sosialisasinya lebih digencarkan lagi serta untuk media promosi tentang KTR ini lebih ke media terkini seperti media sosial dan lain sebagainya agar nantinya masyarakat lambat laun dapat meningkatkan kesadaran mereka dan masyarakat sadar akan manfaat kebijakan tentang kawasan tanpa rokok ini.

2. Faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di Kota Sungai Penuh

a. Faktor pendukung

- 1) Pelaksana kebijakan kawasan tanpa rokok cukup kompeten dalam pelaksanaan tugasnya
- 2) Tersedianya area atau kawasan tanpa rokok dan papan pengumuman, tanda atau stiker-stiker perda KTR di tempat-tempat yang telah ditentukan sebagai kawasan tanpa rokok
- 3) Adanya kerja sama multi aktor dan lintas sektor dalam pelaksanaan upaya berhenti merokok
- 4) Penyebaran informasi dan sosialisasi melalui media cetak dan elektronik

b. Faktor penghambat

- 1) Pengawas internal sudah menegakkan perda KTR, tetapi aplikasi dari terusan perda terutama terhadap sanksi bagi masyarakat yang melanggar masih belum maksimal. Hal ini juga diperparah dengan sulit lepasnya kebiasaan merokok pada masyarakat tersebut.

2) Belum maksimalnya sosialisasi yang dilakukan sehingga dapat menyebabkan ketidaktahuan masyarakat yang mengakibatkan masih adanya temuan pelanggaran di kawasan tanpa rokok.

3) Terkait dengan masalah anggaran yang terbilang rendah, sehingga tidak serta merta dapat membangun ruang khusus merokok di delapan arean tatanan kawasan tanpa rokok

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di Kota Sungai penuh memiliki sumber-sumber daya yang mendukung agar pelaksanaan kebijakannya berjalan dengan baik. Adapun sumber dayanya adalah sebagai berikut; sumber daya manusia dan dalam hal ini melibatkan multiaktor; sarana prasarana yang mana sudah terdapat area-area kawasan tanpa rokok yang ditandai dengan adanya papan pengumuman tentang kawasan tanpa rokok.
2. Kepatuhan dan daya tanggap masyarakat dalam implementasi kebijakan KTR di Kota Sungai Penuh belum sepenuhnya efektif, karena masih ditemukannya oknum-oknum masyarakat yang masih merokok di delapan area yang telah ditetapkan sebagai kawasan tanpa rokok.
3. Efektivitas dari implementasi Peraturan Daerah No. 1 Tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kota Sungai Penuh sejauh ini masih belum berjalan secara maksimal.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada pemberi dana penelitian atau donatur. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Geneva: World Health Organization. 2021. World Health Statistic Report.
2. Badan Pusat Statistik. Badan Pusat Statistik Provinsi Jambi. 2019.
3. Peraturan Daerah No 1 Tahun 2015. Pemerintah Kota Sungai Penuh. 2015.
4. Badan Pusat Statistik. Kota Sungai Penuh Dalam Angka. 2021.
5. Yin RK. Studi Kasus Desain & Metode. 1st ed. Depok: Rajawali Pers; 2022. 1–218 p.

6. Utarini A. Tak Kenal Maka Tak Sayang: Penelitian Kualitatif dalam Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: UGM PRESS; 2020.
7. Lambert P a. DK. Best practices in implementation of Article 8 of the WHO FCTC CASE study: Seychelles. 2013 Jul;
8. Iriani A. Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (Studi terhadap Peraturan Daerah Kota Palembang No. 7 Tahun 2009 tentang Kawasan Tanpa Rokok pada Instansi Pemerintahan Kota Palembang). Palembang; 2018.

## Upaya Pencegahan Kehamilan Remaja melalui Model Sistem Informasi Kesehatan Reproduksi di Negara Maju dan Berkembang: *Literature Review*

*Efforts to Prevent Youth Pregnancy Through Reproductive Health Information System Models in Advanced and Developing Countries: Literature Review*

**Cahya Tri Purnami, Firston Arfiansyah Wicaksono, Fadilah Pujiningtyas Permani**

Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro,  
Jl. Prof Soedarto, S.H. Tembalang, Semarang 50275, Indonesia  
Email: cahyatp@lecturer.undip.ac.id

Tanggal submit: 5 Agustus 2023; Tanggal penerimaan: 20 November 2023

### ABSTRAK

Masa remaja merupakan masa krusial dalam masalah kesehatan reproduksi, seperti kehamilan remaja. Meskipun, secara global proporsi kehamilan remaja menurun, tetapi kasus kehamilan tersebut masih tergolong tinggi karena setiap tahun, rata-rata kehamilan remaja masih mencapai 16 juta kasus pada remaja berusia 15–19 tahun dan 2 juta kasus pada remaja berusia <15 tahun. Perbandingan proporsi kehamilan remaja di negara maju : negara berkembang, yaitu 1:9, dimana 90% kasus kehamilan remaja di seluruh dunia, disumbang oleh remaja 15–19 tahun dari negara berkembang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui model-model sistem informasi kesehatan reproduksi sebagai upaya pencegahan kehamilan remaja di negara maju dan berkembang. Penelitian ini menggunakan metode *literature review* dengan merujuk pada metode PRISMA. Pencarian data sekunder dari *database* Google Scholar, ScienceDirect, dan Scopus dengan kata kunci “Sistem Informasi (*Information Systems*), Pencegahan (*Prevention*), Faktor Risiko (*Risk Factor*), dan Kehamilan Remaja (*Teenage Pregnancy*)”, kemudian diseleksi sesuai kriteria inklusi dan eksklusi, hingga diperoleh 6 artikel untuk di-review. Terdapat beberapa model sistem informasi kesehatan reproduksi, baik di negara maju maupun berkembang. Model sistem informasi kesehatan reproduksi remaja di negara maju berfokus pada pencegahan kehamilan remaja saat akan melakukan perilaku berisiko, sedangkan model sistem informasi kesehatan reproduksi remaja di negara berkembang berfokus pada upaya-upaya dalam mencegah remaja untuk melakukan perilaku berisiko.

**Kata kunci:** Aplikasi; Sistem informasi; Pencegahan; Kesehatan reproduksi; Kehamilan remaja

### ABSTRACT

*Adolescence is a crucial period in reproductive health issues, such as teenage pregnancy. Although globally the proportion of teenage pregnancies is decreasing, the cases of pregnancy are still relatively high because every year, the average teenage pregnancy still reaches 16 million cases in adolescents aged 15–19 years and 2 million cases in adolescents aged <15 years. Comparison of the proportion of teenage pregnancies in developed countries: developing countries, namely 1:9, where 90% of cases of teenage pregnancies worldwide are contributed by adolescents 15–19 years from developing countries. This study aims to determine models of reproductive health information systems as an effort to prevent teenage pregnancy in developed and developing countries. This study uses the literature review method with reference to the PRISMA method. Secondary data search from Google Scholar, ScienceDirect, and Scopus databases with the keywords “Information Systems (Information Systems), Prevention, Risk Factors (Risk Factors), and Teenage Pregnancy”, then selected according to inclusion and exclusion criteria, to obtain 6 articles for review. There are several models of reproductive health information systems, both in developed and developing countries. Models of adolescent reproductive health information systems in developed countries focus on preventing adolescent pregnancy when they are about to engage in risky behavior, while models of adolescent reproductive health information systems in developing countries focus on efforts to prevent adolescents from engaging in risky behavior.*

**Keywords:** Application; Information system; Prevention; Reproductive health; Teenage pregnancy

### PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Menurut World Health Organization (WHO), remaja merupakan kelompok individu yang berusia 10–19 tahun. Pada periode ini, berbagai perubahan terjadi, baik perubahan hormonal, fisik, psikologis, maupun sosial. Pada masa ini juga terjadi proses pembentukan perilaku remaja. Mereka mulai

mencari jati diri, mereka juga cenderung mencoba sesuatu yang baru dan menantang, termasuk kaitannya dengan perilaku kesehatan reproduksi sehingga masa remaja merupakan masa yang krusial dalam kesehatan reproduksi.<sup>(1)</sup>

Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa remaja yang melakukan perilaku berisiko dalam hal kesehatan reproduksi sebesar 28%.<sup>(2)</sup> Perilaku berisiko pada remaja seperti perkawinan dan

kehamilan usia dini, Infeksi Menular Seksual (IMS), Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) dan HIV/AIDS.<sup>(3)</sup>

Secara global, angka kehamilan remaja menurun dari 64,5 kelahiran per 1000 remaja wanita berusia 15–19 tahun pada tahun 2000 menjadi 41,3 kelahiran per 1000 remaja wanita berusia 15–19 tahun pada tahun 2023.<sup>(4)</sup> Meskipun demikian, kasus kehamilan remaja tersebut masih terbilang tinggi karena sekitar 16 juta remaja wanita (15–19 tahun) serta 2 juta remaja wanita <15 tahun melahirkan setiap tahun di seluruh dunia. Proporsi kehamilan remaja di negara berkembang cenderung lebih tinggi daripada negara maju, 90% kehamilan remaja yang terjadi di seluruh dunia, disumbang oleh negara berkembang,<sup>(5)</sup> sehingga perbandingan kehamilan remaja di negara maju : negara berkembang adalah 1 : 9. Kasus kehamilan remaja di negara berkembang, contohnya di Indonesia pada tahun 2013, berdasarkan survei dari BKKBN, rata-rata kelahiran pada wanita berusia 15–19 tahun di Indonesia mencapai 45 per 1.000 kelahiran.<sup>(6)</sup> Sementara di negara maju, contohnya di Amerika Serikat pada tahun 2013, tingkat kelahiran remaja justru mencapai titik terendah dalam sejarah, yaitu sebesar 26,6 kelahiran per 1.000 kelahiran.<sup>(7)</sup>

Kehamilan remaja dapat menimbulkan berbagai dampak, baik dampak kepada ibu maupun dampak kepada bayi. Secara fisik, banyak remaja perempuan yang berusia 15–19 tahun di seluruh dunia yang belum siap terhadap kehamilan maupun persalinan, sehingga mereka lebih rentan mengalami komplikasi penyebab kematian.<sup>(1)</sup> Kematian ibu disebabkan karena tindakan aborsi (menggugurkan janin secara sengaja) akibat kehamilan tidak diinginkan<sup>(8)</sup> dan masalah-masalah akibat kehamilan remaja yang berdampak pada ibu, seperti anemia, hipertensi, Kurang Energi Kronis (KEK), dan preeklamsia hingga eklampsia.<sup>(9)</sup>

Selain itu, kehamilan pada usia remaja juga berdampak terhadap psikologis dan sosial.<sup>(1)</sup> Salah satu dampak kehamilan terhadap psikologis remaja, yaitu depresi postpartum. Depresi postpartum merupakan luapan emosi negatif setelah persalinan akibat depresi selama masa kehamilan. Depresi selama masa kehamilan tersebut umumnya disebabkan karena remaja mengalami tekanan psikologis akibat psikososialnya belum siap mengemban peran dan tanggung jawab sebagai calon orang tua. Ibu dengan depresi postpartum cenderung mengekspresikan sikap negatif kepada bayinya, seperti menghentikan menyusui bayinya sehingga akan berdampak pada tumbuh-kembang

anak yang dilahirkan. Kehamilan remaja mampu meningkatkan risiko terhadap kejadian depresi postpartum sebesar 20,9 kali.<sup>(10)</sup> Selain berdampak pada psikologis remaja, kehamilan juga berdampak pada sosial remaja. Salah satu dampak sosial bagi remaja yang hamil, terutama sebelum menikah, adalah mendapatkan penolakan atau kekerasan dari pasangan, orang tua, tetangga, maupun teman sebaya.<sup>(1)</sup>

Selain itu, kehamilan remaja juga dapat berdampak pada bayinya, seperti bayi yang dilahirkan dapat berisiko mengalami Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), persalinan prematur (usia janin < 37 minggu), komplikasi intrapartum (asfiksia atau kurang bernafas saat lahir), infeksi, dan cacat lahir. Dampak tersebut dapat meningkatkan risiko terhadap terjadinya kematian neonatal (bayi baru lahir).<sup>(1)</sup> Asupan nutrisi yang tidak memadai pada remaja berisiko melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), bayi prematur (usia janin < 37 minggu), dan kematian neonatal. Asupan nutrisi yang tidak memadai, yaitu asupan thiamin, riboflavin, folat, vitamin A, zat besi, seng, dan kalsium yang berada di bawah estimasi kebutuhan rata-rata atau *Estimated Average Requirements* (EAR) serta asupan energi, protein, dan serat makanan yang berada di bawah Angka Kecukupan Gizi (AKG).<sup>(9)</sup>

Upaya pencegahan kehamilan remaja dapat dilakukan dengan beberapa strategi yang berfokus dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan keyakinan remaja, serta peningkatan pelayanan kesehatan. Upaya pencegahan yang sudah dilakukan di negara maju, seperti di United State, diantaranya, yaitu program pembinaan penggunaan alat kontrasepsi atau *Health Coaching for Contraceptive Continuation* (HC3) untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan akibat berhubungan seksual tanpa menggunakan alat kontrasepsi.<sup>(11)</sup> Sementara upaya pencegahan yang umum dilakukan di negara berkembang, seperti Indonesia, yaitu penyuluhan kesehatan reproduksi,<sup>(12)</sup> pembentukan posyandu remaja,<sup>(13)</sup> dan pembentukan Kader Kesehatan Remaja dari pihak Puskesmas.<sup>(14)</sup> Sama halnya dengan Indonesia, upaya pencegahan kehamilan remaja di Kolombia dilakukan melalui edukasi kesehatan reproduksi di sekolah-sekolah.<sup>(15)</sup> Di era modernisasi ini, upaya pencegahan kehamilan remaja dapat dioptimalkan melalui pemanfaatan sistem informasi berbasis aplikasi. Upaya ini dinilai lebih efektif karena mayoritas remaja mempunyai *smartphone* yang fleksibel digunakan dimanapun

dan kapanpun. Selain itu, berbagai informasi dan fitur-fitur pendukung terkait pelayanan kesehatan reproduksi juga dapat dikemas dengan menarik dalam berbagai bentuk, seperti gambar, grafik, video, dan audio agar remaja tertarik dan tidak mudah bosan.

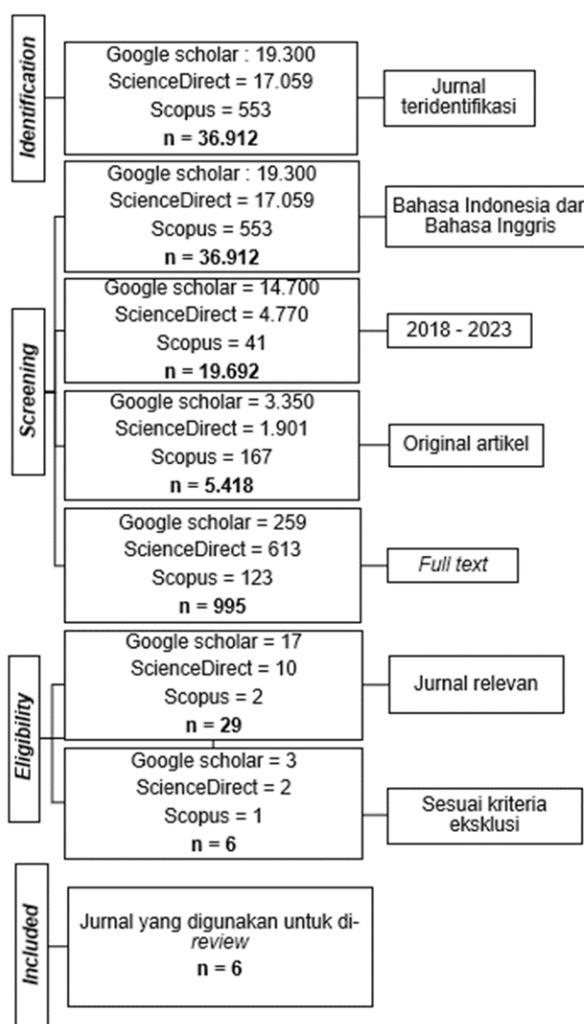
Implementasi pencegahan kehamilan remaja berbasis aplikasi di era modernisasi ini, perlu menyesuaikan model pencegahan kehamilan remaja dari setiap negara, baik dari negara maju maupun dari negara berkembang karena fokus dari model pencegahan kehamilan remaja yang sudah dilakukan, baik di negara maju maupun di negara berkembang berbeda. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemetaan literatur-literatur untuk mengetahui model-model sistem informasi kesehatan reproduksi sebagai upaya pencegahan kehamilan remaja di negara maju dan berkembang.

### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode studi kepustakaan atau literature review. Penyusunan *literature review* merujuk pada metode PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Pencarian literatur bersumber pada *electronic database* yaitu Google Scholar, ScienceDirect, dan Scopus dengan mencantumkan kata kunci “Sistem Informasi (*Information Systems*), Pencegahan (*Prevention*), Faktor Risiko (*Risk Factor*), dan Kehamilan Remaja (*Teenage Pregnancy*)”. Literatur yang dicari berupa artikel ilmiah yang dianalisis dan disesuaikan dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi adalah artikel ilmiah yang terbit pada tahun 2018–2023, menggunakan Bahasa Indonesia-Bahasa Inggris, berupa *original article*, serta berupa artikel *full text*. Sementara, kriteria eksklusi artikel adalah artikel yang tidak berhubungan dengan sistem informasi kesehatan reproduksi sebagai upaya pencegahan kehamilan remaja serta artikel pengabdian. Berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, terdapat 6 artikel yang akan dianalisis.

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Perkembangan komputer dan teknologi masa kini berperan besar dalam upaya untuk mengatasi masalah, baik di bidang industri, perdagangan, pendidikan, kesehatan dan hampir seluruh bidang kehidupan manusia. Sistem Informasi Kesehatan (SIK) adalah salah satu dari 6 *building block* dan merupakan komponen utama dalam suatu sistem kesehatan.<sup>(22)</sup> Salah satu contoh dari Sistem



Bagan 1. Tahap Pengumpulan Literatur Metode PRISMA

Informasi Kesehatan adalah Sistem Informasi Kesehatan berbasis Aplikasi.

Aplikasi berbasis android/IOS dapat memungkinkan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara lebih mudah. Aplikasi ini dapat menjadi wadah penyedia informasi tentang masalah kesehatan. Oleh karena itu, sistem informasi kesehatan berbasis aplikasi android/IOS dapat menjadi layanan yang ramah dan mudah diakses bagi remaja tentang masalah kesehatan reproduksi, khususnya masalah kehamilan remaja.

Sistem informasi berbasis android/IOS ini dapat membantu dalam strategi pencegahan kehamilan remaja yang dapat dimulai dengan peningkatan pengetahuan, membangun sikap positif setiap individu, dan pengembangan *self efficacy* setiap pribadi terhadap masalah sistematis yang luas

Tabel 1. Hasil Temuan

No	Judul Penelitian, Tahun	Nama Penulis	Metode Penelitian atau Sampel	Hasil
1.	Short-Term Impacts of Pulse: An App-Based Teen Pregnancy Prevention Program for Black and Latinx Women, 2020	Jennifer Manlove, Elizabeth Cook, Brooke Whitfield, Makedah Johnson, Genevieve Martínez-García, Milagros Garrido	Desain penelitian kuantitatif, berupa <i>randomized controlled trial</i> . Sampel : 1.304 wanita berusia 18–20 tahun yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Total sampel sebanyak 1.304, terdiri dari 565 sampel kelompok intervensi dan 559 sampel kelompok perlakuan. Kelompok intervensi menggunakan aplikasi Pulse, sedangkan kelompok kontrol menggunakan aplikasi kontrol dengan tema kesehatan umum. Kedua kelompok dilihat hasilnya setelah 6 minggu perlakuan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplikasi Pulse bertujuan untuk menggerakkan pengguna (remaja) untuk memilih alat kontrasepsi yang efektif dan untuk mencari pelayanan kesehatan reproduksi guna mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.<sup>(16)</sup></li> <li>• Aplikasi Pulse mempunyai 6 fitur, yaitu “<i>know your options</i>” (ketahui metode KB dan pengingat KB), “<i>get personal</i>” (informasi bagaimana hubungan yang sehat dan kesiapan seksual), “<i>know your body</i>” (anatomi, fisiologi, dan infeksi menular seksual), “<i>take action</i>” (mencari pelayanan, klinik/fasilitas pelayanan, dan mengatur janji temu), “<i>make a plan</i>” (membuat perencanaan waktu kehamilan yang tepat), dan “<i>get savvy</i>” (paham pengetahuan kesehatan umum dengan mengikuti kuis yang disediakan aplikasi tentang pengetahuan kesehatan umum).<sup>(16)</sup></li> <li>• Aplikasi Pulse terbukti dapat meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dan dapat meningkatkan <i>self efficacy</i> (keyakinan) remaja dalam menggunakan KB secara konsisten setiap berhubungan seksual.<sup>(16)</sup></li> </ul>
2.	Developing an Unstructured Supplementary Service Data-based Mobile Phone App to Provide Adolescents with Sexual Reproductive Health Information: a Human-centered Design Approach, 2022	Paul Macharia, Antoni Pérez-Navarro, Irene Inwani, Ruth Nduati, Carme Carrion	Metode penelitian kuantitatif, berupa <i>cohort study</i> . Sampel penelitian, yaitu remaja dari Kibra yang berusia 15–19 tahun dan yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Total sampel sebanyak 109 remaja yang terdiri dari 62 remaja sebagai sampel kelompok intervensi dan 47 remaja sebagai sampel kelompok kontrol. Kelompok intervensi dapat mengakses informasi kesehatan reproduksi pada aplikasi USSD Mobile Phone App for Adolescents Sexual Reproductive, sementara kelompok kontrol tidak diberikan apa-apa. Setiap kelompok diamati hasilnya setelah 3 bulan pemberian perlakuan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USSD Mobile Phone App for Adolescents Sexual Reproductive merupakan aplikasi berbasis USSD (<i>Unstructured Supplementary Service Data</i>) yang dapat memberikan informasi rahasia terkait kesehatan reproduksi sesuai permintaan pengguna serta dapat digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi kegunaan dan pengalaman pengguna terhadap aplikasi.<sup>(17)</sup></li> <li>• USSD Mobile Phone App for Adolescents Sexual Reproductive efektif untuk memberikan informasi kesehatan reproduksi seksual karena dapat meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dan dapat mendorong remaja untuk mencari bantuan terkait masalah kesehatan reproduksi yang dialaminya di fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi.<sup>(17)</sup></li> </ul>
3.	Aplikasi Jalinan Kasih Meningkatkan Perilaku Pendewasaan Usia Perkawinan pada Remaja, 2022	Lusi Andriani, Susilo Damarini, Lia Nurcahyani, Afrina Mizawati, Hilda Hazarani, Indah Muthara, Lela Hartini	Metode penelitian kuantitatif, berupa eksperimen semu ( <i>quasi experimental</i> ). Sampel sebanyak 60 remaja yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Total sampel sebanyak 60 remaja, terdiri dari 30 remaja sebagai sampel kelompok intervensi yang menggunakan aplikasi Jalinan Kasih dan 30 remaja lainnya sebagai sampel kelompok kontrol yang diberikan modul PUP (Pendewasaan Usia Perkawinan). Instrumen penelitian, berupa kuesioner, telepon seluler berbasis android, aplikasi Jalinan Kasih yang dapat diunduh di <i>Play Store</i> , dan modul PUP (Pendewasaan Usia Perkawinan).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplikasi Jalinan Kasih merupakan aplikasi <i>mobile phone</i> berbasis android yang dapat diunduh melalui <i>Play Store</i>. Aplikasi ini menyediakan informasi terkait kesehatan reproduksi dan pendewasaan usia perkawinan.<sup>(18)</sup></li> <li>• Edukasi kesehatan melalui aplikasi Jalinan Kasih dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap siswa remaja SMA dalam pendewasaan usia perkawinan di Kota Bengkulu.<sup>(18)</sup></li> </ul>

<p>4. Penerapan Aplikasi Sehati terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja pada Siswa/i SMA NU Kota Palembang, 2022</p>	<p>Herawati Jaya, Intan Kumalasari</p>	<p>Metode penelitian kuantitatif, berupa <i>pre-experimental design type one group pretest-posttest</i> (tes awal-tes akhir kelompok tunggal). Populasi, yaitu seluruh siswa SMA NU Kota Palembang. Teknik sampling menggunakan metode <i>simple random sampling</i>. Diperoleh sampel sebanyak 70 sampel yang berasal dari kelas 10, 11 dan 12. Instrumen penelitian berupa kuesioner, telepon seluler berbasis android/IOS, dan aplikasi Sehati yang dapat diunduh di <i>Play Store</i> atau <i>App Store</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplikasi Sehati merupakan aplikasi <i>mobile phone</i> berbasis android/IOS yang dapat memberikan pelayanan keperawatan kesehatan reproduksi pada remaja.<sup>(19)</sup></li> <li>• Aplikasi Sehati berisi informasi tentang fakta dan mitos yang berkembang dikalangan remaja, informasi tentang organ reproduksi, masa subur dan menstruasi, kehamilan, infeksi menular seksual, kehamilan tidak diinginkan (KTD), dan aborsi yang dikemas dengan gambar dan video yang menarik.<sup>(19)</sup></li> <li>• Aplikasi Sehati terbukti dapat meningkatkan pengetahuan remaja, yakni siswa SMA NU Kota Palembang terkait kesehatan reproduksi.<sup>(19)</sup></li> </ul>
<p>5. Crush : A Randomized Trial to Evaluate the Impact of a Mobile Health App on Adolescent Sexual Health, 2023</p>	<p>Genevieve Martínez-García, Alexander C. Ewing, Yewande Olugbade, Ralph J. DiClemente, Athena P. Kourtis</p>	<p>Metode penelitian kuantitatif, berupa <i>randomized control trial</i>. Sampel terdiri dari 1.210 wanita berusia 14–18 tahun, yang terdiri dari 595 orang sebagai sampel kelompok intervensi dan 611 orang sebagai sampel kelompok kontrol. Sampel kelompok intervensi menerima aplikasi Crush, sedangkan sampel kelompok kontrol menerima <i>wellness app</i>. Kedua kelompok dilihat hasilnya setelah 3 dan 6 bulan pemberian perlakuan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplikasi Crush merupakan aplikasi seluler yang mengedukasikan penggunaan layanan kesehatan reproduksi dan kontrasepsi di kalangan remaja putri.<sup>(20)</sup></li> <li>• Setelah 3 bulan pemakaian aplikasi, <i>self efficacy</i> (kepercayaan diri) remaja untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi meningkat serta sikap untuk menggunakan kontrasepsi setiap berhubungan seksual juga meningkat.<sup>(20)</sup></li> <li>• Setelah 6 bulan pemakaian aplikasi, pengetahuan remaja meningkat, yaitu dalam menentukan jenis kontrasepsi yang digunakan saat berhubungan seksual dan dampak akibat tidak menggunakan kontrasepsi saat berhubungan seksual, yaitu dapat menyebabkan kehamilan.<sup>(20)</sup></li> <li>• Konten di dalam aplikasi Crush, yaitu tentang metode kontrasepsi, infeksi menular seksual, dan navigasi klinik kesehatan, yang disajikan melalui fitur animasi, video, audio, cerita komik, dan grafik, disertai juga dengan kuis.<sup>(20)</sup></li> </ul>
<p>6. Pengembangan Aplikasi Edukasi Seksual untuk Remaja dengan Metode Kuis berbasis <i>Progressive Web App</i>, 2023</p>	<p>Alfonsus Avianto Chandrawan, Fais Al Huda, Komang Candra Brata</p>	<p>Metode penelitian kualitatif, berupa metode terapan atau implementatif (<i>applied research</i>) dengan pendekatan pengembangan. Pengembangan aplikasi akan dilakukan dengan menggunakan <i>Software Development Lifecycle (SDLC) Prototyping</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplikasi Edusex merupakan aplikasi berbasis <i>progressive web app</i> yang dapat diakses oleh berbagai jenis perangkat. Aplikasi ini menyediakan materi pembelajaran disertai kuis, fitur diskusi, dan fitur konsultasi secara personal kepada psikolog terkait permasalahan seksual yang dihadapi remaja.<sup>(21)</sup></li> <li>• Informasi yang disajikan aplikasi ini, berupa informasi seputar pengetahuan seksual, seperti aktivitas seksual, cara merawat alat reproduksi, dan tips untuk terhindar dari penyakit menular seksual.<sup>(21)</sup></li> </ul>

seperti akses ke pelayanan kesehatan.<sup>(23)</sup> Upaya yang dapat dilakukan untuk memaksimalkan program tersebut adalah melalui proses peningkatan program promosi kesehatan. Supaya promosi kesehatan lebih efektif, sesuai sasaran dan tujuan, maka diperlukan metode dan media yang menarik sehingga lebih mudah diterima oleh remaja. Media promosi yang menarik saat ini diantaranya adalah *smartphone* sebagai media yang banyak dimiliki serta mudah dan fleksibel digunakan oleh remaja dimanapun dan kapanpun.<sup>(24)</sup>

## Model-model Sistem Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja di Negara Maju dan Negara Berkembang

### 1. Model-model Sistem Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja di Negara Maju

#### a. Edukasi penggunaan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual

Aplikasi Pulse dari United State (Amerika Serikat) mengedukasi remaja untuk menggunakan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual melalui

**Tabel 2. Model-model Sistem Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja di Negara Maju dan Negara Berkembang**

Negara	Model	Nama Sistem Informasi/Aplikasi
Maju	Edukasi penggunaan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual	Aplikasi Pulse dan aplikasi Crush dari United State (Amerika Serikat)
	Edukasi kesehatan reproduksi untuk meningkatkan <i>self efficacy</i> (kepercayaan diri) remaja dalam menggunakan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual dan mencari pelayanan kesehatan reproduksi	Aplikasi Pulse dan aplikasi Crush dari United State (Amerika Serikat)
Berkembang	Edukasi kesehatan reproduksi	Aplikasi Sehati dan aplikasi Edusex dari Indonesia
	Edukasi pendewasaan usia perkawinan	Aplikasi Jalinan Kasih dari Indonesia
	Penyediaan informasi kesehatan reproduksi secara rahasia	USSD Mobile Phone App for Adolescents Sexual Reproductive dari Kenya
	Konsultasi dengan Psikolog	Aplikasi Edusex dari Indonesia

fitur “*know your options*” (ketahui metode KB dan pengingat KB), “*get personal*” (informasi bagaimana hubungan yang sehat dan kesiapan seksual), dan “*know your body*” (anatomi, fisiologi, dan infeksi menular seksual).<sup>(16)</sup>

Aplikasi Crush dari United State (Amerika Serikat) mengedukasi remaja putri untuk menggunakan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual melalui konten terkait metode kontrasepsi yang disajikan melalui fitur animasi, video, audio, cerita komik, dan grafik, yang disertai juga dengan fitur kuis. Aplikasi ini mampu meningkatkan pengetahuan remaja putri tentang jenis alat kontrasepsi yang tepat untuk digunakan saat berhubungan seksual dan dampak jika tidak menggunakan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual.<sup>(20)</sup>

b. Edukasi kesehatan reproduksi untuk meningkatkan *self efficacy* (kepercayaan diri) remaja dalam menggunakan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual dan mencari pelayanan kesehatan reproduksi

Aplikasi Pulse dari United State (Amerika Serikat) mengedukasi remaja terkait kesehatan reproduksi melalui fitur “*know your options*” (ketahui metode KB dan pengingat KB), “*get personal*” (informasi bagaimana hubungan yang sehat dan kesiapan seksual), “*know your body*” (anatomi, fisiologi, dan infeksi menular seksual), “*take action*” (mencari pelayanan, klinik/fasilitas pelayanan, dan mengatur janji temu), dan “*make a plan*” (membuat perencanaan waktu kehamilan yang tepat). Aplikasi ini mampu meningkatkan *self efficacy* (keyakinan) remaja dalam menggunakan KB secara konsisten setiap saat berhubungan seksual.<sup>(16)</sup>

Aplikasi Crush dari United State (Amerika Serikat) mengedukasi remaja putri terkait kesehatan reproduksi melalui konten terkait metode kontrasepsi, infeksi menular seksual, dan

navigasi klinik kesehatan yang disajikan melalui fitur animasi, video, audio, cerita komik, dan grafik, yang disertai juga dengan fitur kuis. Aplikasi ini mampu meningkatkan *self efficacy* (kepercayaan diri) remaja dalam menggunakan alat kontrasepsi setiap saat berhubungan seksual dan mencari pelayanan kesehatan reproduksi.<sup>(20)</sup>

## 2. Model-model Sistem Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja di Negara Berkembang

a. Edukasi kesehatan reproduksi

Aplikasi Sehati dari Indonesia mengedukasi remaja terkait kesehatan reproduksi melalui penyediaan informasi tentang fakta dan mitos yang berkembang dikalangan remaja, informasi tentang organ reproduksi, masa subur dan menstruasi, kehamilan, Infeksi Menular Seksual (IMS), Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD), dan aborsi yang dikemas dengan gambar dan video yang menarik. Aplikasi ini terbukti dapat meningkatkan pengetahuan remaja terkait kesehatan reproduksi.<sup>(19)</sup>

Aplikasi Edusex dari Indonesia mengedukasi remaja terkait kesehatan reproduksi melalui penyediaan materi pembelajaran disertai kuis dan fitur diskusi. Materi pembelajaran yang disajikan oleh aplikasi ini, berupa informasi seputar pengetahuan seksual, seperti aktivitas seksual, cara merawat alat reproduksi, dan tips untuk terhindar dari penyakit menular seksual.<sup>(21)</sup>

b. Edukasi pendewasaan usia perkawinan

Aplikasi Jalinan Kasih dari Indonesia mengedukasi remaja terkait pendewasaan usia perkawinan melalui penyediaan artikel yang berisi informasi tentang pernikahan dini, kesehatan reproduksi, perilaku berisiko, dan dampak perilaku berisiko di kalangan remaja. Aplikasi ini mampu meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja terkait pendewasaan usia perkawinan.<sup>(18)</sup>

c. Penyediaan informasi kesehatan reproduksi secara rahasia

USSD Mobile Phone App for Adolescents Sexual Reproductive dari Kenya merupakan aplikasi yang menyediakan informasi terkait kesehatan reproduksi secara rahasia. Tidak ada jejak audit yang tertinggal di ponsel saat sesi USSD berakhir karena tidak ada penginstalan lokal. Pengguna dapat memilih topik kesehatan reproduksi yang diminati dan dapat mengakses informasi saat dibutuhkan tanpa takut dihakimi. Aplikasi ini dapat meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dan dapat mendorong remaja untuk mencari bantuan terkait masalah kesehatan reproduksi yang dialaminya di fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi.<sup>(17)</sup>

d. Konsultasi dengan Psikolog

Aplikasi Edusex dari Indonesia, selain menyediakan fitur penyediaan informasi dan diskusi terkait kesehatan reproduksi, juga menyediakan fitur konsultasi secara personal kepada psikolog terkait permasalahan seksual yang dihadapi remaja.<sup>(21)</sup>

### Perbedaan Model Sistem Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja di Negara Maju dan Negara Berkembang

Model sistem informasi kesehatan reproduksi remaja di negara maju berfokus pada pencegahan kehamilan remaja saat akan melakukan perilaku berisiko, yaitu saat akan berhubungan seksual dengan lawan jenis. Upaya pencegahan berbasis aplikasi yang dilakukan, yaitu melalui aplikasi Pulse<sup>(16)</sup> dan aplikasi Crush dari United State (Amerika Serikat).<sup>(20)</sup> Kedua aplikasi ini berfokus pada pencegahan kehamilan remaja saat akan melakukan hubungan seksual dengan melakukan edukasi dan promosi penggunaan alat kontrasepsi dalam berhubungan seksual serta edukasi kesehatan reproduksi untuk meningkatkan *self efficacy* (kepercayaan diri) remaja untuk mencari pelayanan kesehatan reproduksi guna mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.<sup>(16) (20)</sup>

Sementara model sistem informasi kesehatan reproduksi remaja di negara berkembang berfokus pada upaya-upaya dalam mencegah remaja untuk melakukan perilaku berisiko, seperti berhubungan seksual dan pernikahan dini. Upaya pencegahan berbasis aplikasi yang dilakukan, yaitu edukasi kesehatan reproduksi melalui aplikasi Sehati dan aplikasi Edusex dari Indonesia,<sup>(19) (21)</sup> edukasi

pendewasaan usia perkawinan melalui aplikasi Jalinan Kasih dari Indonesia;<sup>(18)</sup> penyediaan informasi terkait kesehatan reproduksi secara rahasia melalui USSD Mobile Phone App for Adolescents Sexual Reproductive dari Kenya;<sup>(17)</sup> dan konsultasi dengan Psikolog melalui aplikasi Edusex dari Indonesia.<sup>(21)</sup>

Perbedaan model sistem informasi kesehatan reproduksi remaja, salah satunya disebabkan karena adanya perbedaan gaya hidup dan budaya. Pola gaya hidup dan budaya perilaku seksual remaja di negara berkembang, contohnya di Indonesia menganggap berhubungan seksual pra nikah adalah suatu hal yang tidak wajar. Berdasarkan data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) 2012, proporsi perilaku seksual pra nikah pada laki-laki sebesar 8,3% sedangkan pada perempuan sebesar 0,9%. Sementara pola gaya hidup dan budaya perilaku seksual remaja di negara maju, perilaku berhubungan seksual merupakan suatu hal yang wajar atau umum dilakukan. Berdasarkan penelitian di Amerika Serikat, menunjukkan bahwa proporsi perilaku seks pranikah yang dilakukan oleh remaja laki-laki mencapai 88%, sedangkan yang dilakukan oleh remaja perempuan hingga mencapai 89%.<sup>(25)</sup>

### KESIMPULAN

Model sistem informasi kesehatan reproduksi remaja di negara maju berfokus pada pencegahan kehamilan remaja saat akan melakukan perilaku berisiko, yaitu saat akan berhubungan seksual. Upaya pencegahan yang dilakukan berupa edukasi penggunaan alat kontrasepsi saat berhubungan seksual serta edukasi kesehatan reproduksi untuk meningkatkan *self efficacy* dalam menggunakan alat kontrasepsi dan mencari pelayanan kesehatan reproduksi untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan. Sementara model sistem informasi kesehatan reproduksi remaja di negara berkembang berfokus pada upaya-upaya dalam mencegah remaja untuk melakukan perilaku berisiko, seperti berhubungan seksual dan pernikahan dini. Upaya pencegahan yang dilakukan berupa edukasi kesehatan reproduksi dan pendewasaan usia perkawinan, penyediaan informasi kesehatan reproduksi secara rahasia, dan konsultasi dengan Psikolog terkait permasalahan seksual yang dihadapi. Perbedaan model sistem informasi ini salah satunya disebabkan oleh adanya perbedaan pola gaya hidup dan budaya seksualitas pada remaja di negara maju dan berkembang.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Ningrum D. Literatur Review : Faktor Kehamilan Remaja. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*. 2021;16(2):362–8.
2. Elisanti AD, Ardianto ET. Pendampingan Posyandu Remaja sebagai Upaya Preventif Kenakalan Remaja di Surabaya. *J Pengabd Kesehatan Komunitas*. 2021;1(2):88–9.
3. Sari DP, Handayani TY, Yolanda K. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kehamilan Remaja di Kota Batam Tahun 2019. *J Midwifery*. 2019;7(2):19–27.
4. Sully EA, Biddlecom A, Darroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N, et al. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. Institut Guttmacher, New York; 2020.
5. Kadatua MH, Rosyida L. Faktor Penghambatan dan Pendukung Pemberian ASI pada Ibu Usia Remaja. *J Midwifery Reprod*. 2021;5(1):29–36.
6. Retni R, Margawati A, Widjanarko B. Pengaruh Status Gizi & Asupan Gizi Ibu terhadap Berat Bayi Lahir Rendah pada Kehamilan Usia Remaja. *J Gizi Indones (The Indones J Nutr)*. 2016;5(1):14–9.
7. Affairs O of P. Adolescent Health. Available from: <https://opa.hhs.gov/adolescent-health?adolescent-health-topics/reproductive-health/teen-pregnancy/trends.html>
8. González-Andrade F, Saeteros-Cordero X. Pregnancy in Adolescence and Adverse Neonatal Outcomes in Ecuadorian Mestizo Newborns. *Pediatr Neonatol*. 2020;61(2):216–23.
9. Gyimah LA, Annan RA, Apprey C, Asamoah-Boakye O, Aduku LNE, Azanu W, et al. Nutritional Status and Birth Outcomes among Pregnant Adolescents in Ashanti Region, Ghana. *Hum Nutr Metab*. 2021;26(200130):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hnm.2021.200130>
10. Illustri. Kehamilan Remaja Dengan Depresi Postpartum Pada Ibu Postpartum. *Jidan (Jurnal Ilm Kebidanan)*. 2022;2(2):14–20.
11. Kim CS, Akers A, Muraleetharan D, Skolnik A, Garney W, Wilson K, et al. Modeling the Impact of a Health Coaching Intervention to Prevent Teen Pregnancy. *Prev Med Reports*. 2022;26(101716):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101716>
12. Halu SAN, Narut YF. Peningkatan Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi dalam Rangka Menurunkan Kejadian Kehamilan pada Remaja. *GEMASSIKA J Pengabd Kpd Masy*. 2021;5(2):125–34.
13. Ertiana D, Septyvia AI, Utami AUN, Ernawati E, Yualiarti Y. Program Peningkatan Kesehatan Remaja melalui Posyandu Remaja. *J Community Engagem Employ*. 2021;3(1):30–9.
14. Angraini DI, Warganegara E, Apriliana E, Carolia N, Sari MI, Imantika E. Model “PIN SENJA” (Pusat Informasi Dan Konseling Remaja) Sebagai Upaya Peningkatan Kesehatan Reproduksi Remaja. *J Kedokt dan Kesehat Publ Ilm Fak Kedokt Univ Sriwij*. 2022;9(1):13–20.
15. Alzate MM, Dongarwar D, Matas JL, Salihu HM. The Effect of Sexual Literacy on Adolescent Pregnancy in Colombia. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020;33(1):72–82.
16. Manlove J, Cook E, Whitfield B, Johnson M, Martínez-García G, Garrido M. Short-Term Impacts of Pulse: An App-Based Teen Pregnancy Prevention Program for Black and Latinx Women. *J Adolesc Heal*. 2020;66(2):224–32.
17. Macharia P, Pérez-Navarro A, Inwani I, Nduati R, Carrion C. Developing an Unstructured Supplementary Service Data-based Mobile Phone App to Provide Adolescents with Sexual Reproductive Health Information: a Human-centered Design Approach. *BMC Med Res Methodol*. 2022;22(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01689-4>
18. Andriani L, Damarini S, Nurcahyani L, Mizawati A, Hazarani H, Muthara I, et al. Aplikasi Jalinan Kasih Meningkatkan Perilaku Pendewasaan Usia Perkawinan pada Remaja. *J Kesehat*. 2022;8(1):16–25.
19. Herawati Jaya, Kumalasari I. Penerapan Aplikasi Sehati terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja pada Siswa/i SMA NU Kota Palembang. *J Kesehat Komunitas*. 2022;8(3):443–52.
20. Martínez-García G, Ewing AC, Olugbade Y, DiClemente RJ, Kourtis AP. Crush: A Randomized Trial to Evaluate the Impact of a Mobile Health App on Adolescent Sexual Health. *J Adolesc Heal*. 2023;72(2):287–94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.09.019>
21. Chandrawan AA, Huda F AI, Brata KC. Pengembangan Aplikasi Edukasi Seksual

- untuk Remaja dengan Metode Kuis berbasis Progressive Web App. *J Pengemb Teknol Inf dan Ilmu Komput.* 2023;7(1):6081–9.
22. Setiyadi NA, Hakam F. Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Kesehatan di Klinik Muhammadiyah Medical Center (MMC) Universitas Muhammadiyah Surakarta. *J IKESMA.* 2015;11(1):15–24.
23. Koh H. The Teen Pregnancy Prevention Program: An Evidence-based Public Health Program Model. *J Adolesc Heal.* 2014;54(3):S1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.031>
24. Deswinda, Saputra C, Fitriani IM. Penerapan Aplikasi Mobile Health Titeer dalam Upaya Pencegahan Kehamilan Remaja. *J Masy Mandiri.* 2020;4(4):670–82.
25. Isfandari S, Suparmi. Peran Teman Sebaya terhadap Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja Laki-Laki dan Perempuan di Indonesia. *Bul Kesehat.* 2016;44(2):139–46.

## **Systematic Literature Review: Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Peserta PBPU dalam Membayar Iuran JKN**

*Systematic Literature Review: Factors Related to PBPU Participant Compliance in Paying JKN Contributions*

**Sabrina Luthfi Tsuroyya, Chatila Maharani**

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Negeri Semarang  
Gedung A Kampus Pascasarjana, Jalan Kelud Utara III, Semarang 50237, Indonesia  
Email: [sabrinalluthfitsuroyya@students.unnes.ac.id](mailto:sabrinalluthfitsuroyya@students.unnes.ac.id)

Tanggal submit: 12 Agustus 2023; Tanggal penerimaan: 20 November 2023

### **ABSTRAK**

Tingkat kolektibilitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang rendah disebabkan karena rendahnya tingkat kepatuhan dalam membayar iuran. Segmen Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) menunggak iuran paling banyak dibandingkan dengan segmen lain yaitu sebesar Rp5,65 triliun (86,88%). Tinjauan sistematis ini bertujuan untuk meninjau secara sistematis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN di Indonesia. Metode penelitian adalah *systematic literature review* yang bersumber dari database PubMed, Google Scholar, dan GARUDA dengan rentang waktu dari tahun 2014-2022. Pencarian dan seleksi artikel dilakukan dengan berpedoman pada protokol PRISMA. Protokol penelitian ini telah terdaftar pada PROSPERO (CRD42022378124). Dari 13 artikel yang dianalisis didapatkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN meliputi faktor pendapatan, persepsi, motivasi, pendidikan, pengetahuan, usia, jumlah keluarga, pekerjaan, manfaat program, jarak dan waktu tempuh ke tempat pembayaran. BPJS Kesehatan diharapkan dapat terus berinovasi pada sistem pembayaran dalam program JKN agar memudahkan peserta dalam membayar iuran serta rutin melakukan sosialisasi terkait program JKN secara menyeluruh.

**Kata kunci:** BPJS Kesehatan; Kepatuhan; Iuran JKN; PBPU; Tinjauan Sistematis

### **ABSTRACT**

The low level of collectibility of Jaminan Kesehatan Nasional or National Health Insurance (JKN) participants is due to the low level of compliance in paying contributions. Peserta Bukan Penerima Upah or Non-Wage Recipient Participants (PBPU) segment has the most arrears compared to other segments, namely IDR 5.65 trillion (86.88%). This systematic review aims to systematically review the factors related to the compliance of PBPU participants in paying JKN contributions in Indonesia. The research method is a systematic literature review obtained from the PubMed, Google Scholar, and GARUDA databases from 2014-2022. The search and selection of articles was carried out according to the PRISMA protocol. The research protocol was registered at PROSPERO (CRD42022378124). From the 13 articles analyzed, it was found that factors related to PBPU participant compliance in paying JKN contributions included income, perception, motivation, education, knowledge, age, number of families, occupation, program benefits, distance and travel time to the place of payment. BPJS Kesehatan is expected to continue to innovate in the payment system in the JKN program to make it easier for participants to pay contributions and carry out socialization about JKN program regularly and comprehensively.

**Keywords:** BPJS Kesehatan; Compliance; JKN Contributions; PBPU; Systematic Review

### **PENDAHULUAN**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum penyelenggara program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)<sup>(1)</sup>. Program JKN merupakan program yang diinisiasi untuk memberikan akses kepada masyarakat guna mendapatkan pelayanan kesehatan, memberikan perlindungan finansial, serta menciptakan pemerataan kualitas layanan kesehatan dengan cakupan yang luas yaitu seluruh lapisan masyarakat dan dengan besaran iuran yang terjangkau<sup>(2,3)</sup>. Kepesertaan program JKN terdiri atas Penerima Bantuan Iuran (PBI)

serta Bukan Penerima Bantuan Iuran (non-PBI). Segmen PBI tergolong menjadi Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan Belanja Negara (PBI APBN) dan Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (PBI APBD). Peserta dari segmen PBI meliputi fakir miskin serta orang yang tidak mampu yang iuran setiap bulannya dibayarkan oleh pemerintah. Sedangkan segmen peserta bukan PBI terdiri dari Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU-Pekerja Mandiri), Pekerja Penerima Upah (PPU), serta Bukan Pekerja (BP). Peserta PBPU merupakan peserta yang bekerja atas risikonya sendiri atau pekerja informal,

peserta segmen ini membayarkan iuran JKN secara mandiri. Peserta PPU yaitu setiap orang yang bekerja dan mendapatkan upah dari pemberi kerja, dalam hal iuran JKN peserta PPU dibayarkan iurannya oleh pemberi kerja, peserta PPU terdiri dari pejabat negara, pimpinan beserta anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), Pegawai Negeri Sipil (PNS), prajurit, anggota Polri, kepala desa beserta perangkat desa, pegawai swasta. Sedangkan BP adalah peserta yang tidak termasuk ke dalam kelompok PBI, PBPU, dan PPU, diantaranya yaitu veteran, pensiunan, perintis kemerdekaan, investor<sup>(4,5)</sup>. Berdasarkan data dari Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), per bulan Desember 2022 jumlah peserta program JKN sebanyak 248.771.083 orang (91,77%), sebanyak 30.764.521 orang (12,4%) diantaranya terdaftar sebagai peserta segmen PBPU<sup>(6)</sup>.

Iuran jaminan kesehatan merupakan sejumlah uang yang harus rutin dibayarkan oleh peserta jaminan kesehatan, pemberi kerja, serta pemerintah dalam program JKN<sup>(5)</sup>. Bagi segmen peserta mandiri atau peserta PBPU, iuran yang harus dibayarkan digolongkan dalam tiga jenis yaitu kelas tiga membayar sebesar Rp42.000 per orang/bulan, kelas dua membayar sebesar Rp100.000 per orang/bulan, sedangkan kelas satu membayar sebesar Rp150.000 per orang/bulan. Sesuai dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan bahwasannya iuran JKN untuk segmen PBPU wajib dibayarkan paling lambat maksimal tanggal 10 setiap bulan dan apabila tanggal 10 bertepatan dengan hari libur maka peserta boleh membayarkan iuran pada hari kerja berikutnya. Apabila iuran dibayarkan melebihi tanggal 10, maka akan ditangguhkan status kepesertaannya serta dikenai denda 2,5% per bulan yang belum dibayarkan<sup>(4)</sup>.

Setiap tahun BPJS Kesehatan mengalami defisit. Berdasarkan dari hasil pemeriksaan BPK 2015-2019 dari data laporan keuangan DJS Kesehatan (*audited*), akumulasi defisit BPJS Kesehatan pada tahun 2015 sebesar Rp9,06 triliun, tahun 2016 sebesar Rp8,56 triliun, tahun 2017 sebesar Rp23,02 triliun, tahun 2018 sebesar Rp33,96 triliun, dan pada tahun 2019 sebesar Rp50,99 triliun<sup>(7)</sup>. Dalam Laporan Keuangan DJS Kesehatan pada tahun 2019 (*audited*), disebutkan bahwa piutang iuran segmen PBPU sebanyak Rp11,35 triliun dan dengan penyisihan piutang sebanyak Rp10,40 triliun (93,33 %)<sup>(8)</sup>. Hal tersebut menunjukkan bahwa peserta pada segmen PBPU

memiliki tingkat kolektibilitas yang rendah namun dengan rasio klaim tertinggi jika dibandingkan dengan segmen lainnya yaitu sebesar 232,42%<sup>(9)</sup>.

Salah satu faktor yang menyebabkan tingkat kolektibilitas rendah yaitu dikarenakan rendahnya kepatuhan membayar iuran. Tingkat kolektibilitas peserta perlu ditingkatkan sebab sumber pendapatan dalam pengelolaan skema program jaminan kesehatan salah satunya berasal dari iuran yang dibayarkan oleh peserta JKN. Oleh karena itu kepatuhan membayar iuran oleh peserta menjadi penting untuk keberlangsungan program JKN<sup>(10)</sup>. Berdasarkan dari data laporan keuangan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan tahun 2018, segmen peserta PBPU menunggak iuran paling tinggi yaitu sebesar Rp5,65 triliun atau 86,88% dari total tunggakan iuran program JKN secara nasional. Padahal biaya yang dikeluarkan BPJS Kesehatan untuk membayarkan tagihan peserta yang sakit besarnya sebelas kali lipat lebih besar dari jumlah pemasukan yang berasal dari iuran peserta PBPU. Ketidapatuhan dalam pembayaran iuran didominasi peserta segmen PBPU akibat kurangnya tanggung jawab dan komitmen mereka dalam membayar iuran JKN<sup>(11)</sup>.

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti sifat patuh, tunduk pada aturan, taat. Sedangkan kepatuhan membayar iuran merupakan sikap dan perilaku seseorang yang mau membayar iuran dengan rutin dan tepat waktu sesuai ketentuan<sup>(12)</sup>. Menurut Lawrence Green, terdapat banyak faktor yang mempengaruhi perilaku manusia, termasuk perilaku kepatuhan dalam membayar iuran JKN. Faktor tersebut salah satunya yaitu faktor predisposisi yang terdiri dari karakteristik demografi serta struktur sosial meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin, jumlah anggota keluarga, pendapatan, serta faktor lainnya<sup>(13)</sup>. Kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran menjadi tantangan tersendiri bagi BPJS Kesehatan dalam meningkatkan kolektibilitas anggaran. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan peserta segmen PBPU tidak memiliki lembaga ataupun instansi untuk menanggung tagihan iuran bulanan JKN<sup>(14)</sup>. Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka penelitian ini bertujuan untuk meninjau secara sistematis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN di Indonesia.

## METODE PENELITIAN

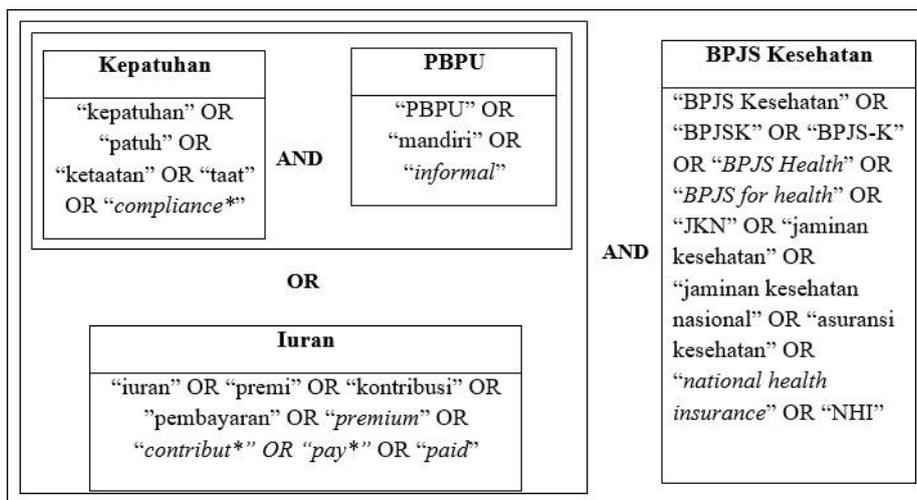
Penelitian ini menggunakan *systematic literature review* atau tinjauan sistematis dari artikel yang telah

ada sebagai subjek penelitian, artikel yang dipilih ditentukan berkaitan dengan fokus penelitian yaitu mengenai faktor yang mempengaruhi kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN. Pendekatan model PICO dirancang pada penelitian ini, meliputi *Population* (P): peserta program JKN segmen PBPU, *Intervention* (I): -, *Compare* (C): -, *Output* (O): faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta PBPU membayar iuran JKN.

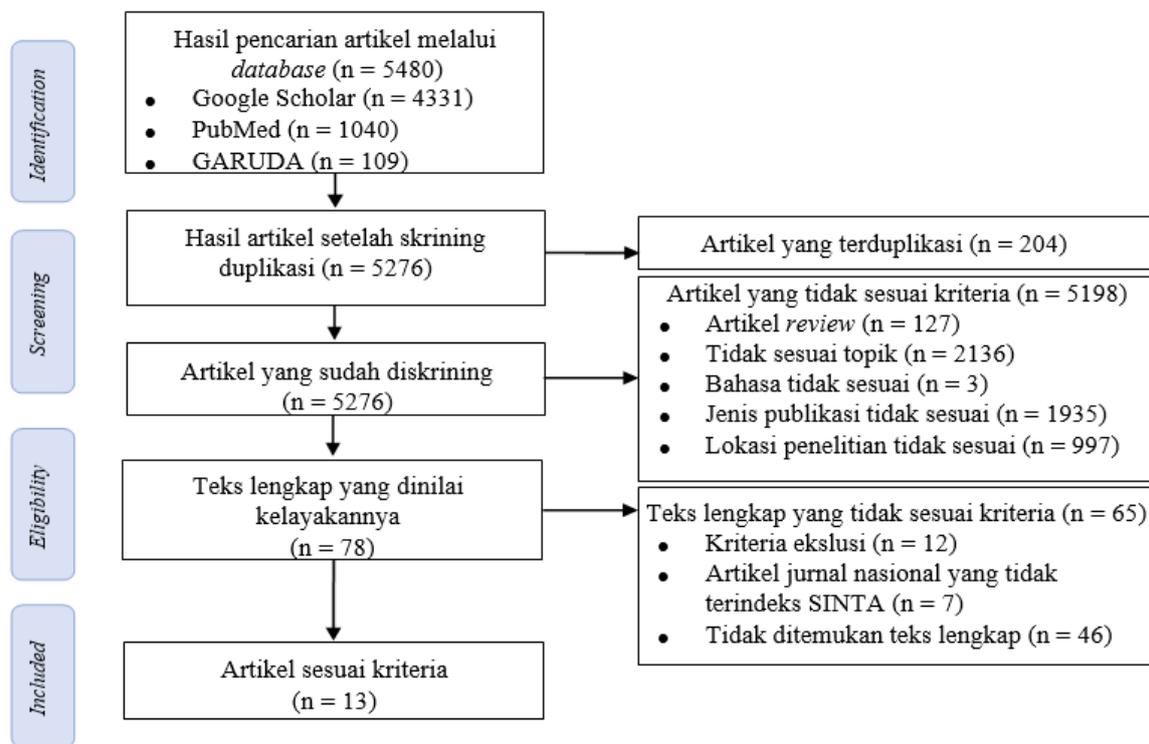
Tinjauan sistematis pada penelitian ini dilakukan dengan berpedoman pada protokol PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)<sup>(15)</sup> dan telah terdaftar pada *International Prospective Register of Systematic Review/PROSPERO* dengan nomor registrasi CRD42022378124. Tahapan yang pertama adalah tahap identifikasi, yaitu mencari artikel pada *database* PubMed, Google Scholar, dan GARUDA (Garba Rujukan Digital). Pencarian literatur dilakukan secara sistematis menggunakan istilah dengan arti yang sama dengan kata kunci "kepatuhan", "iuran", "PBPU", "BPJS Kesehatan" dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris agar hasil yang didapatkan dalam tahap pencarian artikel mendapatkan hasil yang kompleks sesuai dengan kriteria. Kata kunci yang ditambahkan berdasarkan padanan kata dipilih berdasarkan kesesuaian istilah yang biasa digunakan pada artikel-artikel jurnal yang telah ada. Peneliti menggunakan *boolean operator* (AND dan OR) dalam menggabungkan kata kunci agar menghasilkan artikel yang relevan (Gambar 1). Pada tahap pencarian pada *database*, pengaturan artikel menggunakan *advanced search*. Namun tidak semua *database* menyediakan *advanced search* untuk pencarian artikelnya,

seperti pada *database* GARUDA pencarian artikel menggunakan kata kunci secara manual. Sedangkan pada *database* Google Scholar dan PubMed menggunakan *boolean operator* "AND/OR".

Tahap yang kedua adalah tahap skrining, semua hasil artikel yang muncul akan difiltrasi untuk mengeluarkan artikel yang terduplikasi menggunakan *software* Mendeley. Ketiga, meninjau artikel berdasarkan relevansi judul dan abstrak. Keempat, peninjauan artikel *full text*. Kelima tahap penilaian kelayakan, artikel diseleksi kembali berdasarkan yang telah memenuhi kriteria inklusi dan dilakukan filtrasi untuk mengetahui kelayakan artikel. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah artikel yang terkait dengan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN, artikel penelitian kuantitatif dan kualitatif, tersedia naskah lengkap, menggunakan bahasa Indonesia ataupun bahasa Inggris, dipublikasikan pada tahun 2014 hingga 2022. Sedangkan kriteria eksklusi meliputi artikel *literature review* dan studi protokol. Penilaian kelayakan artikel dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama, peneliti mempertimbangkan kesesuaian artikel berdasarkan kriteria inklusi dengan membaca judul dan abstrak. Tahap kedua, untuk memastikan kualitas dari artikel yang digunakan maka peneliti mengecualikan artikel yang tidak terindeks SINTA (*Science and Technology Index*). Pengecekan artikel sampel yang harus terindeks SINTA hanya dilakukan pada artikel yang terbit pada jurnal nasional saja. SINTA merupakan portal yang digunakan dalam mengindeks peringkat untuk jurnal nasional yang sudah diterbitkan melalui



Gambar 1. Mind map keywords strategi pencarian artikel



Gambar 2. PRISMA flow diagram <sup>(15)</sup>

ARJUNA, lembaga yang bertugas dalam menilai mutu jurnal <sup>(16)</sup>. Artikel yang mendapat indeks SINTA juga telah terakreditasi sistem ARJUNA (akreditasi artikel nasional). Keenam, artikel yang telah dinilai kelayakannya kemudian dianalisis.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pencarian artikel dari tiga *database* menghasilkan 5480 artikel yang meliputi 4331 artikel dari *database* Google Scholar, 1040 artikel dari *database* PubMed dan 109 artikel dari *database* GARUDA. Peneliti melakukan skrining duplikasi untuk mengeluarkan artikel yang terduplikasi dan didapatkan hasil 5276 artikel. Selanjutnya dilakukan tahap skrining kembali untuk mengeluarkan artikel yang tidak sesuai kriteria, meliputi 127 artikel *review*, 2136 artikel yang tidak sesuai topik, 3 artikel dengan bahasa selain bahasa Indonesia dan bahasa Inggris, 1935 artikel tidak sesuai kriteria jenis publikasi, dan 997 artikel dengan lokasi penelitian tidak sesuai. Artikel yang telah sesuai kriteria kemudian dinilai kelayakannya, hasilnya sebanyak 65 artikel dikeluarkan karena tidak sesuai kriteria. Berdasarkan hasil tersebut maka didapatkan sebanyak 13 artikel yang sesuai dengan kriteria penelitian dan selanjutnya dilakukan analisis.

Dari 13 artikel yang dianalisis (Tabel 1), penelitian dilakukan di berbagai wilayah di Indonesia yang meliputi 1 penelitian dengan area geografis di Indonesia, 8 penelitian dengan area geografis mencakup wilayah kabupaten/kota, 2 penelitian dengan area geografis mencakup wilayah kerja puskesmas, dan 2 penelitian dengan area geografis mencakup wilayah kelurahan.

Dari hasil yang didapat (Tabel 2) faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta PBPU yaitu pendapatan, persepsi, motivasi, usia, status ekonomi, jumlah keluarga, status pernikahan, pengetahuan, mutu pelayanan kesehatan, tarif iuran, cara pembayaran, dukungan keluarga, pekerjaan, kelas iuran, jarak, waktu tempuh, tempat membayar. Semua artikel sampel merupakan penelitian kuantitatif. Sebanyak 11 artikel menggunakan desain *cross sectional* dan 2 artikel dengan desain ekonometrik.

Berikut ini merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN:

### a. Pendapatan

Masyarakat yang berpendapatan rendah sebagian besar tidak patuh dalam membayar iuran JKN. Sedangkan masyarakat yang berpendapatan

**Tabel 1. Distribusi lokasi penelitian artikel sampel**

Cakupan Wilayah Penelitian	Lokasi Penelitian	Jumlah Artikel	Peneliti, Tahun Terbit
Negara	Indonesia	1	Dartanto <i>et al</i> (2020)
Kabupaten/Kota	Banyumas, Depok, Solok, Sidoarjo, Jabodetabek (Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang, Bekasi), Jambi, Malang, Muaro Jambi	8	Intiasari <i>et al</i> (2019); Adani <i>et al</i> (2019); Wulandari <i>et al</i> (2020); Fardiansyah <i>et al</i> (2021); Nurhasana <i>et al</i> (2022); Mekarisce <i>et al</i> (2022); Dewiyani & Fadila (2022); Octaviani <i>et al</i> (2022)
Wilayah Kerja Puskesmas	Batalaiworu, Lubuk Basung	2	Rismawati <i>et al</i> (2017); Handayani <i>et al</i> (2022)
Kelurahan	Benda Baru, Oesapa	2	Latifah <i>et al</i> (2020); Naha <i>et al</i> (2022)

**Tabel 2. Matriks artikel sampel**

No	Peneliti, Tahun Terbit	Judul	Metode	Hasil	
				Faktor yang Berhubungan ( <i>p-value</i> )	Faktor yang Tidak Berhubungan ( <i>p-value</i> )
1	Rismawati <i>et al</i> (2017)	<i>Factors Related with Compliance Paying of BPJS Mandiri Insurance/Contribution in The Working Area of Batalaiworu Public Health Center In 2017</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>simple random sampling</i></li> <li>Analisis: uji <i>chi square</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendapatan (0.023)</li> <li>Persepsi (0.042)</li> <li>Motivasi (0.032)</li> </ul>	-
2	Intiasari <i>et al</i> (2019)	<i>Factors Affecting Delaying Payment of National Health Insurance (BPJS Kesehatan) Premium Among Participants of The Informal Sector in Banyumas Regency</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>simple random sampling</i></li> <li>Analisis: regresi logistik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usia (0.000)</li> <li>Status ekonomi (0.000)</li> <li>Jumlah keluarga (0.011)</li> <li>Status pernikahan (0.059)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis kelamin (0.594)</li> <li>Pendidikan (0.550)</li> <li>Pekerjaan (0.141)</li> <li>Status kesehatan (0.911)</li> <li>Kelas iuran (0.892)</li> <li>Keikutsertaan dengan asuransi kesehatan lain (0.177)</li> <li>Kepemilikan akun bank (0.142)</li> <li>Persepsi (0.183)</li> </ul>
3	Adani <i>et al</i> (2019)	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pembayaran Iuran JKN pada Peserta Mandiri di Kota Depok Tahun 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>accidental sampling</i></li> <li>Analisis: uji <i>chi square</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengetahuan (0.019)</li> <li>Mutu pelayanan kesehatan (0.033)</li> <li>Tarif iuran (0.040)</li> <li>Cara pembayaran (0.022)</li> <li>Dukungan keluarga (0.035)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usia (0.348)</li> <li>Jenis kelamin (0.708)</li> <li>Pendidikan (0.733)</li> <li>Kemudahan informasi (0.1489)</li> </ul>
4	Latifah <i>et al</i> (2020)	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri Membayar Iuran BPJS di Kelurahan Benda Baru	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>purposive sampling</i></li> <li>Analisis: uji <i>chi square</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengetahuan (0.000)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan (0.275)</li> <li>Pendapatan (0.519)</li> <li>Motivasi (0.182)</li> <li>Persepsi (0.085)</li> </ul>
5	Wulandari <i>et al</i> (2020)	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri dalam Pembayaran Iuran Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Solok	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>stratified random sampling</i></li> <li>Analisis: uji <i>chi square</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengetahuan (0.019)</li> <li>Pendapatan (0.038)</li> <li>Persepsi terhadap pelayanan kesehatan (0.047)</li> <li>Persepsi terhadap risiko (0.043)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan (0.564)</li> <li>Jarak tempuh ke tempat pembayaran iuran (0.780)</li> <li>Jumlah keluarga yang ditanggung (0.378)</li> </ul>

6	Dartanto et al (2020)	<i>Why Do Informal Sector Workers Not Pay the Premium Regularly? Evidence from the National Health Insurance System in Indonesia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: ekonometrik</li> <li>Sampling: <i>multistage random sampling</i></li> <li>Analisis: regresi logistik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rumah tangga yang bekerja di sektor pertanian dan memiliki pendapatan yang stabil (0.032)</li> <li>Biaya rawat inap (0.002)</li> <li>Pengetahuan tentang JKN (0.028)</li> <li>Ketersediaan tenaga kesehatan (0.077)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jumlah anggota keluarga (-0.025)</li> <li>Kesulitan keuangan (- 0.075)</li> <li>Keikutsertaan pada asuransi kesehatan lainnya (-0.125)</li> <li>Pemanfaatan layanan kesehatan (-0.054)</li> </ul>
7	Fardiansyah et al (2021)	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran JKN pada Peserta Mandiri di Instalasi Rawat Inap RSUD Sidoarjo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>simple random sampling</i></li> <li>Analisis: uji <i>chi square</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan (0.004)</li> <li>Pekerjaan (0.000)</li> <li>Pendapatan (0.047)</li> <li>Pengetahuan (0.014)</li> </ul>	-
8	Handayani et al (2022)	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS Kesehatan Mandiri pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Lubuk Basung Kabupaten Agam	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>accidental sampling</i></li> <li>Analisis: -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan (0.000)</li> <li>Pekerjaan (0.000)</li> <li>Pendapatan (0.004)</li> <li>Pengetahuan (0.001)</li> <li>Persepsi (0.000)</li> <li>Motivasi (0.000)</li> </ul>	-
9	Nurhasana et al (2022)	<i>The Sustainability of Premium Payment of National Health Insurance's Self enrolled Members in Jakarta Greater Area</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: ekonometrik</li> <li>Sampling: <i>multistage random sampling</i></li> <li>Analisis: regresi logistik ordinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usia kepala keluarga (0.005)</li> <li>Pendapatan per bulan (0.020)</li> <li>Tidak pernah mengalami kesulitan ekonomi (0.534)</li> <li>Kelas iuran (0.013)</li> <li>Pendapatan (0.045)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsumsi tembakau (- 0.245)</li> <li>Perilaku sehat (-1.303)</li> <li>Kenaikan premi tahun 2016 (0.999)</li> </ul>
10	Mekarisce et al (2022)	Hubungan Sosio Demografi dan Pendapatan dengan Kepatuhan Membayar Iuran PBP-Pekerja Mandiri di BPJS Kesehatan KC Jambi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>simple random sampling</i></li> <li>Analisis: uji <i>chi square</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendapatan (0.045)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usia (0.120)</li> <li>Jenis kelamin (0.705)</li> <li>Pendidikan (0.089)</li> <li>Jumlah anggota keluarga (0.051)</li> </ul>
11	Dewiyani & Fadila (2022)	Faktor Determinan Kepatuhan Membayar Iuran JKN pada Peserta Mandiri di Kota Malang	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>quota sampling</i></li> <li>Analisis: uji <i>chi square</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengetahuan (0.001)</li> <li>Persepsi (0.046)</li> <li>Jarak (0.022)</li> <li>Waktu tempuh (0.044)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan (0.534)</li> <li>Pekerjaan (0.877)</li> <li>Pendapatan (0.837)</li> <li>Dukungan kader (0.685)</li> </ul>
12	Octaviani et al (2022)	<i>Determinants Compliance of Rubber Farmer for Paying Contributions Independent Health BPJS in Muaro Jambi Regency</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>purposive sampling</i></li> <li>Analisis: uji <i>chi square</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendapatan (0.032)</li> <li>Tempat membayar (0.024)</li> <li>Persepsi (0.039)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengetahuan (0.247)</li> <li>Jumlah keluarga (0.247)</li> </ul>
13	Naha et al (2022)	<i>Factors Related to Compliance in Paying Contribution Among National Health Insurance Mandiri Members in Oesapa Village, Kupang City</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis penelitian: kuantitatif</li> <li>Desain: <i>cross sectional</i></li> <li>Sampling: <i>simple random sampling</i></li> <li>Analisis: uji <i>chi square</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan (0.012)</li> <li>Pendapatan (0.000)</li> <li>Pengetahuan (0.001)</li> <li>Waktu tempuh (0.005)</li> <li>Persepsi (0.000)</li> <li>Motivasi (0.001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pekerjaan (0.839)</li> </ul>

cukup tetapi tidak patuh dalam membayar iuran JKN dikarenakan harus memenuhi kebutuhan hidup yang tidak sedikit<sup>(17)</sup>. Masyarakat berpendapatan rendah dalam hal biaya kesehatan cenderung belum menjadikannya prioritas karena merasa dalam kondisi yang sehat<sup>(2)</sup>. Masyarakat yang memiliki pendapatan tinggi maka mereka memiliki kemampuan yang tinggi juga untuk membayar iuran JKN<sup>(18)</sup>. Pada pekerja sektor informal, masalah utama yang banyak dihadapi berkaitan dengan kepatuhan membayar iuran JKN adalah karena salah satunya pendapatan dan kebutuhan mereka yang fluktuatif. Ketidakpastian pendapatan yang diperoleh pada sektor informal dianggap tidak sesuai dengan pembayaran JKN yang harus rutin dibayarkan setiap bulan. Penelitian yang dilakukan pada pekerja informal di Bangladesh menunjukkan bahwa pekerja dengan upah harian memiliki kemauan membayar iuran asuransi kesehatan lebih tinggi dibandingkan dengan pekerja yang menerima upah mingguan atau bulanan karena mereka lebih siap untuk membayar iuran. Ketidakpastian pendapatan dapat menjadi masalah yang lebih luas lagi terkait pembayaran iuran pada sektor pekerja informal seperti lupa membayar dan kesulitan terkait pembayaran. Sistem pembayaran iuran JKN yang harus dibayarkan setiap bulan dan harus menyelesaikan semua pembayaran apabila ada tunggakan menjadi kendala bagi mereka untuk mengaktifkan kembali status kepesertaan yang telah nonaktif karena tunggakan yang semakin besar<sup>(19)</sup>.

#### b. Persepsi

Persepsi merupakan proses berupa pengorganisasian dan penginterpretasian rangsang yang diterima oleh individu sebagai sesuatu yang berarti dan berupa aktivitas yang terintegrasi pada individu tersebut sehingga timbul suatu pemahaman. Persepsi sebagai ungkapan mengenai pengalaman pada suatu kejadian yang didapat oleh individu tersebut dari informasi dan hubungan dengan orang lain yang membentuk respon<sup>(2,17)</sup>. Persepsi berkorelasi dengan kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN. Peserta sadar bahwa mereka akan mendapatkan perlindungan dari risiko sakit yang mengeluarkan biaya mahal dengan membayar iuran yang nominalnya terjangkau<sup>(20)</sup>. Faktor persepsi yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan membayar iuran peserta PBPU dapat digolongkan menjadi dua yaitu persepsi terhadap pelayanan kesehatan serta persepsi terhadap risiko. Peserta PBPU yang memiliki persepsi baik

mengenai pelayanan kesehatan memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dalam membayar iuran JKN apabila dibandingkan dengan peserta dengan persepsi yang buruk. Selain itu, peserta yang pernah sakit lebih patuh dalam membayar iuran JKN jika dibandingkan dengan peserta yang tidak pernah sakit serta tidak pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan sebelumnya<sup>(2)</sup>. Persepsi terhadap tarif iuran berhubungan dengan kenaikan iuran yang mengakibatkan banyak masyarakat yang memilih turun kelas sehingga iuran yang harus mereka bayarkan setiap bulan jumlahnya lebih rendah walaupun dengan kualitas pelayanan kesehatan yang berbeda<sup>(21)</sup>.

Berkaitan dengan persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh harapan peserta terhadap pelayanan yang diinginkannya. Harapan dapat terbentuk dari apa yang diterima dan didengar oleh konsumen lain dari mulut ke mulut. Kualitas pelayanan kesehatan ditentukan apabila kebutuhan dan harapan mereka dapat terpenuhi serta diterima tepat waktu, semakin berkualitas pelayanan kesehatan yang diperoleh diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan peserta dalam membayar iuran JKN<sup>(22)</sup>.

#### c. Motivasi

Motivasi adalah dorongan yang berasal dari diri sendiri maupun orang lain untuk melakukan suatu sikap dan tindakan<sup>(17,20)</sup>. Motivasi berhubungan dengan sikap seseorang terhadap lingkungannya yang dapat mengakibatkan peningkatan maupun penurunan sikap pada seseorang. Teori motivasi berpatokan atas dasar tingkat kebutuhan yang disusun berdasarkan prioritas kekuatannya. Ketika kebutuhan dasar telah terpenuhi maka akan timbul keinginan untuk memenuhi kebutuhan lain yang lebih tinggi<sup>(17)</sup>. Peserta dengan motivasi yang tinggi akan lebih patuh membayar iuran JKN daripada peserta dengan motivasi yang rendah<sup>(20)</sup>. Kebanyakan masyarakat yang mendaftar menjadi peserta segmen PBPU beralasan mendaftar karena sedang dalam kondisi sakit sehingga mereka memutuskan untuk langsung saja mendaftar, namun setelah mereka selesai mendapat pelayanan di puskesmas ataupun rumah sakit, sebagian dari mereka tidak melanjutkan pembayaran iuran<sup>(17)</sup>.

Motivasi dapat diperoleh dari lingkungan terdekat seperti keluarga, teman, ataupun tetangga, misalnya adanya informasi mengenai sanksi jika telat membayar iuran JKN dapat dijadikan sebagai dorongan untuk mereka patuh dalam membayar iuran JKN<sup>(23)</sup>. Motivasi pada

seseorang dapat muncul karena berbagai hal, baik yang bersifat positif yaitu motivasi yang dapat menguntungkan dan bersifat negatif yaitu motivasi yang dapat memberikan kerugian. Motivasi positif dalam membayar iuran dapat muncul karena seseorang sangat ingin mendapatkan asuransi kesehatan ketika sakit sehingga peserta akan membayar iuran secara rutin. Tingkat motivasi yang tinggi meningkatkan motivasi seseorang dalam membayar iuran, namun motivasi negatif juga bisa muncul ketika seseorang mempunyai alasan tertentu seperti tidak mengetahui informasi umum mengenai kepesertaan JKN, syarat dan manfaat yang diterima, sehingga peserta enggan membayar iuran <sup>(24)</sup>.

#### d. Pendidikan

Pendidikan merupakan faktor yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi situasi sosial ekonomi keluarga, dan akibatnya dapat pula mempengaruhi konsumsi keluarga terhadap pelayanan kesehatan <sup>(25)</sup>. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang tinggi cenderung lebih paham akan informasi terkait pentingnya jaminan kesehatan, mereka akan memprioritaskan kebutuhan yang penting salah satunya pemenuhan pelayanan kesehatan dengan rutin membayar iuran JKN. Sebaliknya, seseorang dengan pendidikan yang rendah akan memiliki pemahaman yang kurang terkait pentingnya jaminan kesehatan sehingga mereka tidak patuh dalam membayar iuran JKN <sup>(20)</sup>. Pendidikan juga berhubungan dengan kedewasaan berpikir dan bertindak, hal ini berkaitan pula dengan tingkat kepatuhan dalam membayar iuran dimana pada peserta yang berusia >35 tahun merasa keinginan dalam menempuh pendidikan mulai berkurang, mereka cenderung memilih untuk mengurus rumah tangga dibandingkan dengan harus menempuh pendidikan. Dengan tingkat pendidikan yang rendah maka berpengaruh pada pemahaman terkait kewajiban membayar iuran JKN yang rendah pula <sup>(26)</sup>.

#### e. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan informasi yang didapatkan oleh individu dan mampu meningkatkan pemahaman mengenai informasi yang didapatnya. Semakin sering informasi disampaikan kepada peserta maka akan semakin baik dan hal tersebut dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan mereka. Informasi dapat diberikan melalui media massa, buku panduan, tukar informasi, maupun dari internet <sup>(11)</sup>. Salah satu faktor penghambat kepatuhan

peserta JKN dalam membayar iuran adalah minimnya pengetahuan mengenai akibat apabila tidak patuh membayarkan iuran <sup>(20)</sup>. Peserta dengan tingkat pengetahuan yang baik akan memiliki informasi tentang pentingnya jaminan kesehatan dan manfaat yang diperoleh sehingga mereka akan sadar dan taat dalam membayarkan iuran. Sedangkan peserta dengan pengetahuan rendah cenderung tidak patuh dalam membayar iuran JKN karena minimnya informasi yang diperoleh terkait adanya denda apabila telat membayar iuran JKN <sup>(11)</sup>. Peserta PBPU yang memiliki pengetahuan baik memiliki peluang tiga kali dalam kepatuhan membayar iuran JKN. Peserta PBPU yang memiliki pengetahuan tinggi sadar akan manfaat dari program JKN yang luas tidak hanya pada layanan rawat jalan namun juga rawat inap serta untuk penyakit dengan pembiayaan yang tidak sedikit <sup>(23)</sup>.

#### f. Usia

Usia berhubungan dengan kepatuhan membayar iuran pada peserta dari pekerja informal. Peserta dengan usia <35 tahun lebih banyak yang terlambat dalam membayar iuran JKN karena mereka beranggapan bahwa pada kelompok usia tersebut masih jauh dari risiko penyakit parah yang akan menyebabkan kerugian finansial. Dengan bertambahnya satu tahun usia peserta maka ada pengurangan risiko ketidakpatuhan membayar iuran sebesar 1%. Artinya, risiko ketidakpatuhan menurun seiring dengan bertambahnya usia. Semakin tua usia peserta maka tingkat kepatuhan dalam membayar iuran JKN semakin tinggi. Hal tersebut disebabkan karena semakin tua usia maka risiko sakit akan semakin tinggi sehingga permintaan jaminan kesehatan menjadi tinggi <sup>(18)</sup>. Semakin muda seseorang maka semakin tinggi kecenderungan untuk tidak patuh dalam membayar iuran asuransi kesehatan. Peserta usia muda (<40 tahun) cenderung jarang melaporkan gejala penyakit yang dideritanya sehingga menjadi alasan bagi mereka untuk berhenti membayar iuran asuransi kesehatan <sup>(27)</sup>.

#### g. Jumlah Keluarga

Apabila rumah tangga memiliki anak lebih banyak maka daya beli terhadap jaminan kesehatan akan menurun dikarenakan adanya persepsi biaya yang harus dikeluarkan apabila anggota keluarga banyak maka biaya iuran juga semakin tinggi. Sebagai peserta segmen PBPU, pekerja mendapat upah tidak menentu setiap bulannya dan harus mengelola sendiri keuangannya, berbeda dengan

pekerja pada sektor formal yang umumnya dikelola oleh organisasi tempatnya bekerja dan pembayaran untuk iuran JKN langsung dipotong dari gaji mereka<sup>(18)</sup>. Ukuran rumah tangga dapat menjadi indikasi beban rumah tangga. Maksudnya semakin besar jumlah anggota keluarga maka semakin berat juga beban rumah tangga yang dikeluarkan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari<sup>(28)</sup>. Berdasarkan peraturan BPJS Kesehatan nomor 4 tahun 2014, peserta wajib mendaftarkan satu keluarga dalam satu Kartu Keluarga (KK) pada program JKN<sup>(29)</sup>. Hal tersebut bagi sebagian masyarakat dapat memberatkan apabila keluarga dengan jumlah anggota yang banyak sehingga biaya iuran yang ditanggung juga semakin besar. Selain itu, jumlah anggota keluarga dengan status kekayaan rumah tangga menentukan kemampuan peserta dalam membayar iuran asuransi kesehatan<sup>(30)</sup>.

#### h. Pekerjaan

Seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari selalu dihubungkan dengan jenis pekerjaannya, selain melihat kemampuan dan hasil yang diperolehnya. Jenis pekerjaan yang dilakukan berkaitan dengan tingkat pendapatan yang didapatkannya<sup>(23)</sup>. Peserta PBPU yang tidak bekerja cenderung tidak patuh membayar iuran JKN dikarenakan mereka tidak memiliki cukup pemasukan untuk membayar iuran setiap bulan secara rutin<sup>(26)</sup>. Individu yang bekerja lebih patuh dalam membayar iuran JKN apabila dibandingkan dengan individu yang tidak bekerja. Individu yang bekerja dan patuh membayar iuran JKN setiap bulan memiliki perasaan aman dari risiko sakit terlebih sakit yang mengeluarkan biaya pengobatan mahal, mereka juga akan merasa nyaman ketika bekerja<sup>(23)</sup>.

#### i. Manfaat Program

Sesuai dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, program JKN memberikan manfaat yang komprehensif kepada peserta berupa pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan preventif, promotif, rehabilitatif dan kuratif serta pelayanan obat dan bahan medis<sup>(31)</sup>. Manfaat kepesertaan program JKN berhubungan dengan perilaku kepatuhan membayar iuran JKN. Peserta yang memiliki tingkat kepuasan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan primer (dokter umum, puskesmas, klinik swasta) dan pelayanan kesehatan sekunder (rumah sakit), mereka beranggapan bahwa menjadi peserta

JKN akan sangat bermanfaat. Hal tersebut akan meningkatkan kemungkinan membayar iuran sebesar 9.5%<sup>(32)</sup>. Dimana jika pelayanan kesehatan yang dikonsumsi memenuhi harapan atau melebihi keinginannya, maka peserta PBPU akan merasa puas dan tetap setia serta patuh dalam membayar iuran JKN, tetapi sebaliknya jika mereka merasa bahwa pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tidak sesuai dengan harapan atau keinginan mereka, peserta akan berhenti membayar iuran JKN<sup>(24)</sup>.

#### j. Jarak dan Waktu Tempuh ke Tempat Pembayaran

Semakin jauh jarak tempuh yang dilalui untuk sampai ke tempat pembayaran iuran JKN, maka semakin tinggi tingkat ketidakpatuhan peserta dalam membayar iuran JKN. Apabila jarak tempuhnya jauh maka waktu yang diperlukan untuk sampai ke tempat pembayaran iuran JKN juga semakin lama. Namun ketika tempat pembayaran iuran JKN berada dekat dengan tempat tinggal dan memerlukan waktu tempuh yang singkat maka tingkat kepatuhan dalam membayar iuran pada peserta akan meningkat. Hal tersebut terjadi akibat dari masih banyaknya masyarakat yang melakukan pembayaran iuran secara langsung dan beranggapan bahwa lokasinya jauh, padahal sudah tersedia banyak sarana yang memudahkan peserta membayarkan iuran JKN salah satunya dengan pembayaran *online*. Maka hal ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi BPJS Kesehatan untuk mengedukasi peserta terkait informasi pembayaran iuran JKN yang telah tersedia dan memilih sarana pembayaran yang mudah ataupun terdekat<sup>(33)</sup>.

BPJS Kesehatan telah berupaya menjalin berbagai kerjasama dengan agen pembayaran yang tersebar di berbagai wilayah di Indonesia untuk memudahkan masyarakat dalam mengakses tempat membayar iuran JKN<sup>(32)</sup>. Bagi peserta PBPU dapat membayarkan iuran bulanan JKN melalui *virtual account* yang tersedia di berbagai kanal pembayaran. Selain itu, untuk memudahkan pembayaran dapat melalui mekanisme autodebet melalui bank yang bekerjasama<sup>(34)</sup>. BPJS Kesehatan juga telah berinovasi dengan terus membuka berbagai saluran pembayaran yang akan memudahkan peserta khususnya peserta sektor informal yaitu dengan memanfaatkan akses digital melalui pembayaran berbasis *online*. Saat ini peserta yang akan membayarkan iuran JKN dapat melakukannya melalui *teller* bank, ATM, Alfamart, Indomaret, kantor pos, *start up* seperti Shopee, Tokopedia, Bukalapak<sup>(33)</sup>. Sebanyak 694.848

kanal *Payment Point Online Banking* (PPOB) telah dibuka BPJS Kesehatan. Kerjasama dengan berbagai perusahaan *financial technology* (fintech) di sektor pembayaran yaitu *payment gateway* dan dompet digital (OVO, DANA, GoPay, LinkAja dan lain sebagainya) serta pada sektor pembiayaan (*crowdfunding*)<sup>(35)</sup>.

Tinjauan sistematis ini mengulas aspek faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN dengan ruang lingkup seluruh Indonesia dan dalam kurun waktu tahun 2014-2022 dimana program JKN mulai diselenggarakan, sehingga hasil yang didapatkan tidak terbatas pada wilayah dan periode waktu tertentu. Namun, penelitian ini masih memiliki keterbatasan. Artikel yang diseleksi menjadi sampel penelitian mungkin saja terdapat bias karena *reviewer* pada proses seleksi dan analisis hanya satu orang. Selain itu, kata kunci yang digunakan dalam *search strategy* dalam tahap pencarian artikel menggunakan sinonim kata masih terbatas serta tidak semua *database* yang digunakan pada penelitian ini menyediakan *advanced search*. Dengan demikian, untuk studi selanjutnya diharapkan dapat melibatkan beberapa *reviewer* tidak hanya satu orang agar hasilnya lebih akurat. Kemudian pada tahap pencarian artikel dapat diperluas lagi kata kunci yang digunakan dan perlu ditambahkan *database* selain yang digunakan dalam penelitian ini.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan dari *systematic literature review* yang telah peneliti lakukan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN, maka dapat diambil kesimpulan bahwa faktor pendapatan, persepsi, motivasi, pendidikan, pengetahuan, usia, jumlah keluarga, pekerjaan, manfaat program, jarak dan waktu tempuh ke tempat pembayaran berhubungan dengan kepatuhan membayar iuran JKN oleh peserta PBPU di Indonesia.

Diharapkan BPJS Kesehatan dapat terus berinovasi dalam mengembangkan berbagai kanal untuk memudahkan peserta JKN dalam membayar iuran, seperti dengan memperbanyak tempat pembayaran iuran JKN, memperluas informasi mengenai pembayaran iuran JKN dengan melakukan sosialisasi atau penyebaran informasi melalui media massa cetak maupun elektronik agar dapat menjangkau semua kalangan. Sosialisasi secara rutin dan menyeluruh untuk memberikan

informasi terkait program JKN mulai dari edukasi konsep asuransi kesehatan, prinsip program JKN, informasi pendaftaran, cara pembayaran, manfaat program, hingga sanksi apabila tidak membayar iuran secara rutin.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah terlibat dalam pelaksanaan penelitian ini sehingga penelitian dapat terlaksana dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

1. BPJS Kesehatan. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan 2014 p. 1–48.
2. Wulandari A, Syah NA, Ernawati CT. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri dalam Pembayaran Iuran Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Solok. *J Kesehat Andalas*. 2020;9(1):7–17.
3. Kemenkes RI. Pemerintah Upayakan Universal Health Coverage bagi Masyarakat Indonesia [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020 [cited 2023 Jan 3]. Available from: <https://www.kemkes.go.id/article/view/20121300001/pemerintah-upayakan-universal-health-coverage-bagi-masyarakat-indonesia.html>
4. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Indonesia; 2020.
5. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. 82 Indonesia; 2018.
6. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Sistem Monitoring Terpadu: Aspek Kepesertaan [Internet]. DJSN. 2022. Available from: <http://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/>
7. Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia. Pendapat BPK: Pengelolaan Atas Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia; 2021.
8. BPJS Kesehatan. Laporan Pengelolaan Program Tahun 2019 & Laporan Keuangan Tahun 2019 (Auditan). Jakarta; 2019.
9. Poerwanto EB, Hapsari AP, Pinem JR, Kusuma DP. Kebijakan Jaminan Sosial di Masa Pandemi. Bogor: Pustaka Amma Alamia; 2021.

10. Hasan N, Batara AS. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS pada Peserta Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2020. *Wind Public Heal J.* 2020;382–93.
11. Latifah N, Nabila W, Fajrini F. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri Membayar Iuran BPJS di Kelurahan Benda Baru. *J Kedokt dan Kesehat.* 2020;16(2):84–92.
12. Fajrini F, Latifah N, Hermansyah D, Firda NN. Studi Ketidaktepatan Membayar Iuran BPJS Kesehatan Peserta Non PBI Bukan Penerima Upah di Kelurahan Cempaka Putih Tahun 2018. *Muhammadiyah Public Heal J.* 2021;1(2):129–38.
13. Mekarisce AA, Noerjoedianto D, Solida A. Hubungan Sosio Demografi dan Pendapatan dengan Kepatuhan Membayar Iuran PBPUPekerja Mandiri di BPJS Kesehatan KC Jambi. *Ris Inf Kesehat.* 2022;11(1):13–21.
14. Agustina ZA, Izza N, Aimanah U. Sistem Pembayaran Kolektif Peserta Mandiri dengan Status Kepesertaan dan Kepatuhan Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan di Kabupaten Malang. *Bul Penelit Sist Kesehat.* 2019;22(1):44–53.
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev.* 2021;10(1):1–11.
16. Saputra A. Pemanfaatan Science and Technology Index (SINTA) untuk Publikasi Karya Ilmiah dan Pencarian Jurnal Nasional Terakreditasi. *Media Pustak.* 2020;27(1):56–68.
17. Rismawati, Lisnawaty, Jufri NN. Factors Related with Compliance Paying of BPJS Mandiri Insurance/Contribution in The Working Area of Batalaiworu Public Health Center In 2017. *JIMKESMAS (Jurnal Ilm Mhs Kesehat Masyarakat).* 2017;2(8):1–10.
18. Intiasari AD, Trisnantoro L, Hendrartini J. Factors Affecting Delaying Payment of National Health Insurance (BPJS Kesehatan) Premium Among Participants of The Informal Sector in Banyumas Regency. *Ann Trop Med Heal.* 2019;22(11B):485–91.
19. Muttaqien M, Setiyaningsih H, Aristianti V, Coleman HLS, Hidayat MS, Dhanalvin E, et al. Why Did Informal Sector Workers Stop Paying for Health Insurance in Indonesia? Exploring Enrollees' Ability and Willingness to Pay. *PLoS One.* 2021;16(6):1–19.
20. Naha SK, Sirait RW, Kenjam Y. Factors Related to Compliance in Paying Contribution Among National Health Insurance Mandiri Members in Oesapa Village, Kupang City. *Media Kesehat Masy.* 2022;4(3):378–86.
21. Ramadani NA, Haeruddin, Batara SA. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS pada Peserta Mandiri di Kecamatan Bontomatene. *Wind Public Heal.* 2021;1(6):609–19.
22. Zain SF, Andi Surahman Batara. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS Mandiri pada Pasien di RSUD Kabupaten Mamuju. *Wind Public Heal J.* 2021;(April):1068–977.
23. Novita M, Handayani S, Darma IY, Edison, Novita M, Darma IY. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS Kesehatan Mandiri pada Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Lubuk Basung Kab. Agam. *J Kesehat Med Saintika.* 2022;13(1):204–17.
24. Suhadi, Eka Purnama Sari, Rahman, Jumakil. The Effect of Perceptions on the Compliance with Paying the National Health Insurance Contributions (NHI) of Independent NHI Participants during the Covid-19 Pandemic at the Langgikima Public Health Center, North Konawe Regency South Sulawesi Province in . *World J Biol Pharm Heal Sci.* 2022;9(1):054–60.
25. Marpaung FV, Nyorong M, Moriza T. Factors Affecting the Compliance of National Health Insurance Participants Segment of Non-Wage Recipients in Paying the Contributions. *J La Medihealthico.* 2022;3(3):171–9.
26. Fardiansyah A, Yuniarti AM, Agnestri P. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran JKN pada Peserta Mandiri di Instalasi Rawat Inap RSUD Sidoarjo. *Hosp Majapahit.* 2021;13(2):92–103.
27. Nopiyani NMS. Analisis Determinan Kepatuhan dan Pengembangan Strategi Peningkatan Kepatuhan Pembayaran Iuran pada Peserta JKN Non PBI Mandiri di Kota Denpasar. 2016. p. 103–8.
28. Sakinah U, Wijasa, Wiharto M. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kesadaran Masyarakat Kelurahan Poris Gaga Tangerang dalam Berasuransi Kesehatan. *Forum Ilm.* 2014;11(2):243–60.
29. BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2014 tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Peserta

- Perorangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Indonesia; 2014.
30. Minyihun A, Gebregziabher MG, Gelaw YA. Willingness to Pay for Community-Based Health Insurance and Associated Factors among Rural Households of Bugna District, Northeast Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2019;12(55):1–7.
  31. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. 2013.
  32. Nurhasana R, Hidayat B, Pujiyanto P, Ratih SP, Hartono RK, Dartanto T. The Sustainability of Premium Payment of National Health Insurance's Self-enrolled Members in Jakarta Greater Area. *J Public health Res*. 2022 Oct;11(1):166–73.
  33. Dewiyani AC, Fadila R. Faktor Determinan Kepatuhan Membayar Iuran JKN pada Peserta Mandiri di Kota Malang. *J Inf Kesehat Indones*. 2022;8(1):1–10.
  34. BPJS Kesehatan. Panduan Layanan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). BPJS Kesehatan. 2022. 58 p.
  35. BPJS Kesehatan. Pengguna Dompot Aman Makin Mudah Bayar Iuran Program JKN-KIS. Siaran Pers BPJS Kesehatan. Bogor; 2020.

## Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik di RSUD Bandar Negara Husada Provinsi Lampung Tahun 2023

*Analysis of Readiness to Implement Electronic Medical Records at RSUD Bandar Negara Husada Lampung Province in 2023*

**Rifki Kapitan, Achmad Farich, Agung Aji Perdana**

Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan,  
Universitas Malahayati  
Jalan Pramuka Nomor 27, Bandar Lampung, Lampung, Indonesia  
Email: rifkikapitan@gmail.com

Tanggal submit: 16 Oktober 2023; Tanggal penerimaan: 24 November 2023

### ABSTRAK

Perkembangan teknologi digital dalam masyarakat mengakibatkan transformasi digitalisasi pelayanan kesehatan sehingga rekam medis perlu diselenggarakan secara elektronik. Permenkes Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, menyebutkan bahwa seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik (RME) paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesiapan penerapan RME di RSUD Bandar Negara Husada Provinsi Lampung tahun 2023. Jenis penelitian kualitatif, dengan rancangan studi kasus. Penelitian dilakukan di RSUD Bandar Negara Husada Provinsi Lampung dari bulan Juli sampai dengan bulan Agustus 2023. Jumlah subyek penelitian sebanyak 6 informan, yaitu Direktur, Kepala Bidang Program, Hukum dan Informasi, Kepala Seksi Hukum dan Informasi, Kepala Rekam Medis, Tenaga Informasi Teknologi (IT), dan Kepala Seksi Perencanaan. Pengumpulan data dengan metode wawancara, telaah dokumentasi, dan observasi. Keabsahan data menggunakan triangulasi. Analisis data meliputi reduksi data, display data, dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian didapatkan, secara umum RSUD Bandar Negara Husada siap menerapkan RME ditandai dengan adanya dukungan dari aspek manajemen dan pemangku kepentingan, aspek analisa pemangku kepentingan, aspek persiapan operasional, dan aspek teknologi, namun terdapat satu aspek yang belum mendukung kesiapan penerapan RME, yaitu aspek pelatihan. RS belum melakukan pelatihan bagi tenaga operasional dan pengguna akhir. RSUD Bandar Negara Husada perlu melakukan percepatan untuk mengadakan pelatihan bagi pegawai untuk menggunakan RME agar RS sepenuhnya siap menerapkan RME.

**Kata kunci:** Rekam Medis Elektronik; Rumah Sakit; Teknologi Informasi

### ABSTRACT

The development of digital technology in society has resulted in the digital transformation of health services so that medical records need to be maintained electronically. Republic of Indonesia Minister of Health Regulation Number 24 of 2022 concerning Medical Records, states that all Health Service Facilities must provide Electronic Medical Records (EMR) no later than 31 December 2023. The aim of this research is to determine the readiness to implement EMR at RSUD Bandar Negara Husada Lampung Province in 2023. This type of qualitative research, with a case study design. The research was conducted at RSUD Bandar Negara Husada Lampung Province from July to August 2023. The number of research subjects was 6 informants, namely the Director, Head of Program, Law and Information, Head of Legal and Information Section, Head of Medical Records, Information Technology Staff and Head of Planning Section. Data collection using interview methods, documentation review and observation. Data validity using triangulation. Data analysis includes data reduction, data display, and drawing conclusions. The research results showed that in general RSUD Bandar Negara Husada is ready to implement EMR, indicated by support from management and stakeholder aspects, stakeholder analysis aspects, operational preparation aspects, and technological aspects, but there is one aspect that does not yet support readiness to implement EMR, namely the aspect training. The hospital has not conducted training for operational personnel and end users. RSUD Bandar Negara Husada needs to accelerate training for employees to use EMR so that hospitals are fully ready to implement EMR.

**Keywords:** Electronic Medical Records; Hospital; Information Technology

### PENDAHULUAN

Perkembangan teknologi digital dalam masyarakat mengakibatkan transformasi digitalisasi pelayanan kesehatan sehingga rekam medis perlu diselenggarakan secara elektronik dengan prinsip keamanan dan kerahasiaan data dan informasi (1). Permasalahan yang melatarbelakangi perlunya

diselenggarakan rekam medis secara elektronik adalah data kesehatan rekam medis kertas sulit diakses oleh tenaga kesehatan secara mudah, berkesinambungan, dan *real time* (2).

Rekam medis elektronik (RME) merupakan versi elektronik dari rekam medis kertas, dimana pencatatan ataupun formulir yang sebelumnya

dilakukan penulisannya pada kertas digantikan dengan menginput data secara elektronik (3). Penggunaan RME telah banyak dilakukan oleh banyak negara. Berdasarkan survei global tahun 2015 tentang *e Health* pada *World Health Organization* (WHO), menyebutkan bahwa dari 125 negara terdapat 46% atau 57 negara yang terkonfirmasi memiliki sistem RME (4).

Penyelenggaraan RME di Indonesia telah mendapatkan perhatian lebih sejak tahun 2020 dikarenakan telah masuk dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024. Sasaran yang ingin dicapai dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan adalah meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan rujukan. Salah satu indikator kinerja untuk mencapai sasaran adalah persentase Rumah Sakit (RS) yang menerapkan RME terintegrasi dengan target sebanyak 20% di tahun 2020, 40% di tahun 2021, 60% di tahun 2022, 80% di tahun 2023, dan 100% di tahun 2024 (5).

Penerapan RME di Indonesia di tahun 2020 belum memenuhi target. Target persentase RS yang menerapkan RME terintegrasi sebesar 20% atau 115 RS dari 575 RS di Indonesia hanya tercapai 12,87% atau 74 RS (5). Penerapan RME di tahun 2021 juga masih belum memenuhi target. Persentase RS yang menerapkan RME pada tahun 2021 ditargetkan sebesar 40%, hanya tercapai 21,39% atau 123 RS. Data yang diperoleh juga menunjukkan bahwa tidak ada RS di Provinsi Lampung yang menerapkan RME (6).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bandar Negara Husada merupakan RS milik Pemerintah Provinsi Lampung, dalam hal ini menjadi bagian dari RS yang memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan RME. Penyelenggaraan rekam medis di RSUD Bandar Negara Husada saat ini masih sepenuhnya menggunakan rekam medis kertas. Batas waktu tanggal 31 Desember 2023 yang ditentukan oleh Peraturan Kementerian Kesehatan menjadi batas waktu yang dimiliki RSUD Bandar Negara Husada untuk mempersiapkan peralihan rekam medis kertas menjadi RME.

Pentingnya menilai kesiapan dalam penerapan RME di RS. Terdapat beberapa penelitian terkait yang menilai kesiapan penerapan RME. Hasil penelitian yang dilakukan di RS Haji Surabaya pada tahun 2021, didapatkan bahwa RS Haji Surabaya memiliki kategori sangat siap dalam mengimplementasi RME, terlihat dari aspek sumber daya manusia, budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan dan infrastruktur

secara keseluruhan (7). Hasil penelitian lain yang dilakukan di RS Bethesda Lempuyangwangi pada tahun 2022 didapatkan bahwa a RS Bethesda Lempuyangwangi siap dalam mengimplementasi RME, hal ini terlihat keselarasan organisasi dan kapasitas manajemen pada budaya, organisasi, kepemimpinan, strategi, manajemen informasi, klinis staf, akuntabilitas dan anggaran keuangan yang dimiliki (8).

Kesiapan penerapan RME dapat dilihat dari beberapa aspek. Aspek yang dikemukakan dalam menghadapi peralihan RME diantaranya adalah manajemen dan pemangku kepentingan, analisa pemangku kepentingan, persiapan operasional, pelatihan, dan teknologi. Manajemen dan pemangku kepentingan adalah pemegang kebijakan yang memiliki visi misi untuk peningkatan kualitas dan efisiensi pelayanan peningkatan manajemen data. Analisa pemangku kepentingan adalah pendekatan dan penilaian yang digunakan untuk melihat kebutuhan. Persiapan operasional harus dimiliki yang ditentukan oleh pemimpin yang bertanggung jawab untuk mengawasi tugas dan kemajuan setiap area. Pelatihan pada pengguna akhir dan pengelola merupakan kegiatan yang penting dan memiliki dampak yang luas terhadap penerapan RME. Kesuksesan penerapan RME perlu dukungan dari teknologi, teknologi yang dimaksud adalah *hardware* atau perangkat keras dan *software* atau perangkat lunak (8–10).

Strategi harus diciptakan untuk mendukung dan meyakinkan proses peralihan. Peralihan dari rekam medis kertas menjadi RME diperlukan persiapan agar penerapan dapat berjalan dengan optimal. Kesiapan RSUD Bandar Negara Husada dalam menjalankan kewajibannya menyelenggarakan RME patut untuk dikaji lebih dalam untuk mengetahui kesiapan RS menerapkan RME dari berbagai aspek. Berdasarkan penjabaran diatas, tujuan dari penelitian ini adalah diketahui Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik di RSUD Bandar Negara Husada Provinsi Lampung Tahun 2023.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini kualitatif, dengan rancangan studi kasus. Penelitian dilakukan di RSUD Bandar Negara Husada Provinsi Lampung dari bulan Juli sampai dengan bulan Agustus 2023. Jumlah subyek penelitian sebanyak 6 informan, yaitu Direktur, Kepala Bidang Program, Hukum dan Informasi, Kepala Seksi Hukum dan Informasi, Kepala Rekam Medis, Tenaga Informasi Teknologi (IT), dan Kepala Seksi Perencanaan.

Cara pengambilan informan dengan teknik *purposive sampling*. Pengambilan informan berdasarkan kriteria tertentu. Kriteria pengambilan informan Direktur RSUD Bandar Negara Husada adalah pejabat yang bertanggung jawab memimpin, mengendalikan dan mengawasi serta mengkoordinasikan penyelenggaraan RS. Kriteria pengambilan informan Kepala Bidang Program, Hukum dan Informasi adalah pejabat yang membidangi kegiatan RME. Kriteria pengambilan informan Kepala Seksi Hukum dan Informasi adalah pejabat pelaksana kegiatan RME. Kriteria pengambilan informan Kepala Rekam Medis adalah penanggung jawab kegiatan rekam medis dan menguasai pengetahuan seputar rekam medis. Kriteria tenaga IT adalah penanggung jawab seputar pemrograman perangkat lunak dan perangkat keras terkait RME. Kriteria pengambilan informan Kepala Seksi Perencanaan adalah penanggung jawab penyusunan anggaran RS.

Pengumpulan data dengan metode wawancara, telaah dokumentasi, dan observasi. Keabsahan data menggunakan triangulasi. Analisis data meliputi reduksi data, *display* data, dan penarikan kesimpulan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik subjek

Subjek penelitian ini menggunakan informan kunci dan informan. Jumlah keseluruhan informan adalah sebanyak enam orang. Informan kunci adalah Direktur RSUD Bandar Negara Husada. Informan terdiri dari Kepala Bidang Program, Hukum dan Informasi (Kabid PHI) RSUD Bandar Negara Husada, Kepala Seksi Hukum dan Informasi (Kasi HI) RSUD Bandar Negara Husada, Kepala Rekam Medis (Kepala RM) RSUD Bandar Negara Husada, dan Tenaga IT RSUD Bandar Negara Husada, Kepala Seksi Perencanaan RSUD Bandar Negara Husada. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara terhadap keseluruhan informan serta didukung dengan telaah dokumen dan observasi. Rincian karakteristik subjek penelitian adalah sebagai berikut:

Berdasarkan distribusi karakteristik subjek, didapatkan bahwa jumlah informan sebanyak 6 orang, dengan jumlah laki – laki 4 orang, dan perempuan 2 orang. Usia informan bervariasi dari 29 – 53 tahun. Latar pendidikan informan Strata 2 sebanyak 3 orang, Strata 1 sebanyak 1 orang, Diploma 3 sebanyak 1 orang dan Sekolah Menengah Kejuruan sebanyak 1 orang.

### Manajemen dan pemangku kepentingan

Manajemen dan pemangku kepentingan adalah pemegang kebijakan yang memiliki visi misi untuk peningkatan kualitas dan efisiensi pelayanan peningkatan manajemen data. Sub tema pada manajemen dan pemangku kepentingan meliputi struktur organisasi, proses koordinasi, penanggung jawab, dasar hukum, tim pengembang, kerjasama tim pengembang dan tim klinis, dan anggaran. Hasil wawancara tentang struktur informasi kepada informan 1, 2, dan 3 didapatkan bahwa terdapat struktur organisasi yang mengarah pada penyelenggaraan RME, adanya struktur organisasi dari pimpinan tertinggi sampai dengan pelaksana RME didukung dengan adanya telaah dokumentasi pada dokumen Tata Kelola RSUD Bandar Negara Husada Tahun 2023. Hal ini sesuai dengan teori Delisle et al (2019) yang menyebutkan bahwa struktur organisasi diperlukan untuk dikelola dan digunakan sumber daya dan melaksanakan keputusan pada penerapan RME.

Hasil wawancara tentang proses koordinasi kepada informan 1, 2, dan 3 didapatkan bahwa proses koordinasi pada penerapan RME juga sudah berjalan. Terdapat koordinasi berjenjang dari pimpinan tertinggi yaitu Direktur, Direktur mendapatkan laporan dari Kepala Bidang Program Hukum dan Informasi. Kepala Bidang Hukum dan Informasi mendapatkan laporan dari Kepala Seksi Hukum dan Informasi. Kepala Seksi Hukum dan Informasi mendapatkan laporan dari Kepala Rekam Medis. Proses koordinasi sudah berjalan namun belum terdapat dokumen internal RS yang berisi atau menjelaskan koordinasi penerapan RME. Sesuai teori Nazarudin (11) menyebutkan bahwa

Tabel 1. Karakteristik subjek penelitian

No	Kode Informan	Jenis Informan	Jenis Kelamin	Usia	Jabatan	Pendidikan
1.	Inf 1	Informan Kunci	Laki – laki	52 th	Direktur	S2
2.	Inf 2	Informan	Laki – laki	48 th	Kabid PHI	S2
3.	Inf 3	Informan	Perempuan	53 th	Kasi HI	S2
4.	Inf 4	Informan	Laki – laki	35 th	Kepala RM	D3
5.	Inf 5	Informan	Laki – laki	29 th	Tenaga IT	SMK
6.	Inf 6	Informan	Perempuan	39 th	Kasi Perencanaan	S1

proses perwujudan koordinasi dalam organisasi dinamakan hirarki, dalam proses tersebut terjadi suatu tingkatan tugas, wewenang, dan tanggung jawab. Hirarki ini diperlukan kepemimpinan, pendelegasian wewenang dan pembatasan tugas. Tidak adanya dokumen seperti surat keputusan membuat proses koordinasi yang berjalan tidak memiliki dasar dalam menjalankan wewenang dan tugas.

Hasil wawancara tentang penanggung jawab kepada informan 1, 2, dan 3 didapatkan bahwa terdapat penanggung jawab pada penerapan RME. Penanggung jawab yang ditunjuk oleh RS adalah Kepala Seksi Hukum dan Informasi. Tercantum dalam dokumen uraian tugas Seksi Hukum dan Informasi disebutkan salah satu tugasnya adalah penyelenggara SIMRS yang merupakan aplikasi yang digunakan untuk RME. Dasar penunjukkan Kepala Seksi Hukum dan Informasi adalah Peraturan Gubernur Lampung Nomor 59 Tahun 2021. Sesuai dengan teori Delisle et al (9) penanggung jawab perlu ditunjuk sebagai pembuat keputusan. Penerapan RME harus memiliki kesiapan yang dipimpin oleh penanggung jawab yang bertugas mengawasi tugas – tugas dan kemajuan pada setiap bidang. Penanggung Jawab akan dianggap sebagai pengaruh utama pada perubahan.

Hasil wawancara tentang dasar hukum kepada informan 1, 2, dan 3 didapatkan bahwa dasar hukum yang digunakan RSUD Bandar Negara Husada adalah Peraturan Gubernur Lampung Nomor 59 Tahun 2021 tentang Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Perangkat Daerah. Hasil penelusuran dokumen lainnya tidak ditemukan adanya peraturan internal RS yang mengatur penyelenggaraan RME. Menurut Kementerian Kesehatan (12) penyelenggaraan RME didasarkan pada regulasi yang berlaku. Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan sendiri. RSUD Bandar Negara Husada perlu memiliki regulasi internal selain regulasi yang dikeluarkan kepala daerah. Regulasi internal RS akan menguatkan dasar penyelenggaraan RME.

Hasil wawancara tentang tenaga pengembang kepada informan 2, 3, dan 5 didapatkan bahwa RSUD Bandar Negara Husada memiliki tenaga pengembang yang bertugas mengembangkan aplikasi RME. RS merekrut satu orang programer yang dikontrak berdasarkan Surat Keputusan Direktur dan Surat Perjanjian Kerja. Delisle et al (9) menyatakan tim pengembang diperlukan sebagai

tim yang membangun dan mengembangkan RME. Tim pengembang memiliki rencana untuk instalasi RME. Erawantini et al (10) menyatakan pelaksana bantuan, yaitu ketersediaan tim pengembang atau tenaga ahli diperlukan untuk mendeteksi, memecahkan, dan menindaklanjuti masalah yang muncul selama penerapan.

Hasil wawancara tentang kerjasama tim pengembang dan tim klinis kepada informan 3, 4, dan 5 didapatkan bahwa Kerjasama tim pengembang dan tim klinis sudah berjalan ditandai dengan adanya kegiatan rapat yang melibatkan tim klinis dalam upaya pengembangan RME. Delisle et al (9) menyatakan proses kerjasama tim pengembang dengan tim klinis diperlukan dalam pengembangan RME. Aktivitas pengembangan memerlukan komunikasi dan keterlibatan antara tim pengembang dan tim klinis. Erawantini et al (10) menyatakan tim pengembang dapat menyelesaikan permasalahan teknis namun perlu kerjasama tim klinis untuk menangani perubahan yang diperlukan sebagai bentuk penyesuaian.

Hasil wawancara tentang anggaran kepada informan 1,2,3, dan 6 didapatkan bahwa RSUD Bandar Negara Husada memiliki anggaran yang mendukung kegiatan penyelenggaraan RME berupa belanja pemeliharaan jaringan dan belanja honor tenaga IT, hal tersebut juga didukung dengan telaah dokumen anggaran yang dimiliki. Pradnyantara et al (8) menyatakan kebutuhan finansial pada penerapan RME perlu diperhatikan. Biaya penyelenggaraan RME yang dimiliki akan berdampak pada peningkatan kualitas RME. Peningkatan teknologi informasi diperlukan perencanaan dan penganggaran untuk mempertahankan kualitas.

Berdasarkan penjabaran diatas maka didapatkan bahwa dalam kesiapan penerapan RME dibutuhkan adanya dukungan dari manajemen dan pemangku kepentingan. Aspek manajemen dan pemangku kepentingan yang ada pada RSUD Bandar Negara Husada telah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan, namun diperlukan adanya tambahan berupa penetapan Surat Keputusan tentang penyelenggaraan RME di RSUD Bandar Negara Husada. Hal ini sejalan dengan penelitian Pertiwi (13) yang meneliti tentang faktor penilaian kesiapan implementasi RME pada RS disebutkan bahwa komitmen dan dukungan dari berbagai stakeholder dan pemimpin yang ada di organisasi RS sangat penting untuk mengembangkan dan mengadopsi pemanfaatan teknologi informasi. Kebijakan

sebagai aspek legalitas perlu dibentuk untuk mengatur pengelolaan dan pelaksanaan RME. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pradnyantara., et al (8) disebutkan bahwa dalam penilaian kesiapan penerapan RME di RS Bethesda Lempuyangwangi Yogyakarta didapatkan bahwa RS tersebut siap mengimplementasi RME, hal itu terlihat dari manajemen dan pimpinan RS yang telah menyusun rencana berupa penyelesaian konflik dengan komunikasi dan evaluasi secara berkala. Kesiapan aspek kepemimpinan pada RS tersebut terlihat dari terlibatnya dewan direksi dalam memastikan strategi, sistem dan metode agar RME dapat berjalan dengan efisien. Kesiapan aspek keuangan terlihat dari pertimbangan direktur RS dalam perencanaan anggaran. Biaya dan manfaat RME telah dievaluasi dan dianalisis serta dikomunikasikan ke pimpinan.

### **Analisa pemangku kepentingan**

Analisa pemangku kepentingan adalah pendekatan yang melihat suatu masalah dari sisi aktor yang terkait dengan masalah tersebut. Upaya untuk mengurai kompleksitas masalah bisa dilakukan secara lebih mudah dengan adanya analisa pemangku kepentingan. Sub tema pada analisa pemangku kepentingan meliputi peran utama, kegiatan pendukung, strategi, dan keterlibatan pegawai. Hasil wawancara tentang peran utama kepada informan 1, 2, dan 3 didapatkan bahwa peran utama pada penerapan RME di RSUD Bandar Negara Husada dipegang yaitu Kepala Seksi Hukum dan Informasi. Kepala Seksi Hukum dan Informasi dapat mengadakan rapat pembahasan tentang RME dan juga melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan RME. Peran lainnya adalah Kepala Seksi Hukum dan Informasi dapat membuat usulan terkait kebutuhan akan penyelenggaraan RME. Delisle et al (9) menyatakan pemegang peranan utama diperlukan sebagai penggerak dalam kegiatan yang mendukung penerapan RME. Pemegang peranan utama dapat membuat strategi untuk berkomunikasi atau melibatkan pengguna RME agar penggunaan RME sesuai dengan kebutuhan.

Hasil wawancara tentang kegiatan pendukung pada informan 1, 2, dan 3 didapatkan bahwa kegiatan yang mendukung penerapan RME sudah dilakukan oleh RS. Kegiatan pendukung yang sudah dilakukan berupa sudah memiliki akses menggunakan SIMRS GOS dari Kementerian Kesehatan, sudah dilakukan koordinasi melalui

rapat rutin, dan sudah melakukan studi banding ke RS Yukum Medical Center terkait peninjauan penggunaan RME. Delisle et al (9) menyatakan upaya pengembangan perlu kegiatan yang mendukung. Kegiatan pendukung merupakan bagian dari strategi yang sudah dilakukan.

Hasil wawancara tentang strategi kepada informan 1, 2, dan 3 didapatkan bahwa strategi untuk mendukung penerapan juga sudah dimiliki, yaitu berupa dilakukan *update* atau pembaruan aplikasi secara berkala, terus dilakukan koordinasi dengan rapat rutin, dan akan melakukan pelatihan secara internal terhadap pengguna akhir. Delisle et al (9) strategi sebagai bentuk perencanaan untuk mencapai tujuan, juga diperlukan untuk mengembangkan dan memastikan dukungan dan keterlibatan pegawai. Strategi yang disusun dapat memastikan peningkatan upaya atas kegiatan yang sudah dilakukan.

Hasil wawancara tentang keterlibatan pegawai kepada informan 3, 4, dan 5 didapatkan bahwa keterlibatan pegawai RS juga sudah terjalin dengan dilakukannya rapat pembahasan penggunaan RME antar pegawai RS. Delisle et al (9) menyatakan forum keterlibatan pegawai dapat digunakan untuk mengumpulkan umpan balik dan persepsi staf mengenai perubahan dan kesiapan implementasi RME. Adanya umpan balik dari pegawai tentang hal apa saja yang berjalan dengan baik pada RME dapat dijadikan peluang untuk aktivitas keterlibatan dan komunikasi yang lebih efektif. Erawantini (10) menyatakan umpan balik dan dialog sangat diperlukan, perlu juga difasilitasi dengan tempat atau forum diskusi tentang perubahan untuk mengurangi kesenjangan antara desain dan realita yang dibutuhkan bagi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan penjabaran diatas maka didapatkan bahwa dalam kesiapan penerapan RME dibutuhkan adanya dukungan dari analisa pemangku kepentingan. Aspek analisa pemangku kepentingan yang ada pada RSUD Bandar Negara Husada telah sesuai dengan kebutuhan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Pradnyantara et al (8) yang menyebutkan bahwa salah satu penilaian kesiapan penerapan RME adalah strategi. Rencana strategi diperlukan sebagai proses berkelanjutan yang mencerminkan perubahan. Menurut penelitian Jimma & Enyew (14) dalam organisasi, strategi merupakan bagian penting yang menggambarkan perubahan kebiasaan, perencanaan strategi perlu dilakukan seiring dengan perpindahan dari penggunaan kertas ke penggunaan RME.

### Persiapan operasional

Persiapan operasional harus dimiliki yang ditentukan oleh pemimpin yang bertanggung jawab untuk mengawasi tugas dan kemajuan setiap area. Sub tema pada persiapan operasional adalah pengkajian alur kerja dan migrasi data, pengkajian kebutuhan pelatihan, dan tim operasional. Hasil wawancara tentang pengkajian alur kerja dan migrasi data kepada informan 4 dan 5, dan dilakukan telaah dokumentasi serta observasi didapatkan bahwa Pengkajian alur kerja dan kebutuhan migrasi data telah dilakukan oleh RS. Pengkajian alur kerja dari pasien masuk ke RS, melakukan pendaftaran, mendapatkan tindakan penanganan, mendapatkan pemeriksaan penunjang jika diperlukan, serta melakukan pembayaran sudah tersedia pada aplikasi dan telah dibahas dalam rapat yang melibatkan tim klinis. Migrasi data juga sudah dilakukan pada aplikasi, *database* pasien, *database* pegawai, *database* tindakan, *database* tarif, serta *database* persediaan pemeriksaan penunjang dan obat sudah tersedia pada aplikasi RME. Terdapat kekurangan pada telaah dokumentasi, yaitu belum adanya Surat Keputusan tentang penggunaan aplikasi RME serta belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang penggunaan RME yang dapat memudahkan pengguna dalam memahami alur kerja serta data – data yang ada di aplikasi. Delisle et al (9) menyatakan pentingnya pengenalan kepada pengguna agar memahami alur kerja yang baru. Komunikasi diperlukan agar pengguna dapat beradaptasi terhadap perubahan alur kerja. Wibowo (15) menyatakan kebutuhan migrasi data berupa pengumpulan *database* sudah dilakukan RS. *Database* yang dikumpulkan meliputi *database* pasien, *database* pegawai, *database* tindakan, *database* tarif, serta *database* persediaan pemeriksaan penunjang dan obat. Perlu adanya *database* atau basis data dalam pengelolaan data. Data base adalah sistem file komputer yang menggunakan cara pengorganisasian tertentu, yang dimaksudkan untuk mempercepat pembaharuan masing-masing data, setidaknya terdapat *database* pasien, *database* pegawai, dan *database* persediaan dalam penggunaan sistem.

Hasil wawancara tentang pengkajian kebutuhan pelatihan kepada informan 3, 4, dan 5 didapatkan bahwa kebutuhan pelatihan juga sudah dilakukan perlunya pelatihan tenaga operasional dan pengguna akhir sudah dibahas dalam rapat. RS sudah merencanakan pelatihan bagi pegawai setelah persiapan aplikasi selesai. Erawantini (10)

menyatakan kemampuan tenaga kesehatan dalam mengembangkan RME perlu dipertimbangkan, bila kurang kemampuan maka dapat ditambah dengan merencanakan pelatihan. Pelatihan penggunaan RME harus dilakukan dan terus menerus. Pelatihan yang terus menerus merupakan salah satu kunci sukses penerapan RME.

Hasil wawancara tentang tim operasional kepada informan 2, 3, dan 5 didapatkan bahwa RS sudah memiliki tenaga yang ditugaskan untuk operasional atau mengelola RME, namun RS hanya memiliki satu orang yang berdasarkan Surat Keputusan ditunjuk sebagai Programmer. Hal ini belum sesuai dengan teori Wijoyo., et al (16) yang menyebutkan setidaknya ada empat penanggung jawab dalam tim operasional yaitu, Sistem Analis, Programmer, Administrator, dan Operator. Pekerjaan yang sebenarnya dilaksanakan oleh Sistem Analis, Programmer, Administrator, dan Operator dalam satu tim namun hanya dikerjakan oleh satu orang Programmer tentunya akan membuat Programmer memiliki kelebihan beban kerja. Hal ini tentunya dapat membuat kurang optimalnya RSUD Bandar Negara Husada dalam mengelola RME.

Berdasarkan penjabaran diatas maka didapatkan bahwa dalam kesiapan penerapan RME dibutuhkan adanya dukungan dari persiapan operasional. Aspek persiapan operasional yang ada pada RSUD Bandar Negara Husada telah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan, namun diperlukan adanya tambahan penetapan Surat Keputusan penggunaan aplikasi serta SOP penggunaan aplikasi agar memudahkan pengguna memahami alur kerja dan data – data pada aplikasi. Tenaga operasional juga perlu dilakukan penambahan personil seperti Sistem Analis, Administrator, dan Operator agar persiapan operasional dalam pengelolaan RME lebih optimal. Hal ini sejalan dengan penelitian Pertiwi (13) yang meneliti tentang faktor penilaian kesiapan implementasi RME pada RS disebutkan bahwa perubahan alur kerja terjadi akibat adopsi RME sehingga perlu mendesain alur kerja secara keseluruhan. Kebijakan dan prosedur sebagai aspek legalitas perlu dibentuk untuk mengatur pengelolaan dan pelaksanaan RME. Perencanaan program pelatihan yang tepat bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan dan keterampilan seluruh pihak dan pengguna terhadap sistem. Ketersediaan instalasi IT yang bertanggung jawab dalam urusan teknologi RS beserta staf yang memiliki kualifikasi IT dapat mempengaruhi penggunaan teknologi yang lebih baik.

## Pelatihan

Pelatihan pada pengelola dan pengguna akhir merupakan kegiatan yang penting dan memiliki dampak yang luas terhadap penerapan RME. Sub tema pada pelatihan meliputi pelatihan pada pengelola dan pelatihan pada pengguna. Hasil wawancara tentang pelatihan pengguna dan pelatihan pengelola kepada informan 2, 3, dan 5 didapatkan bahwa Pelatihan bagi tenaga operasional belum dilakukan dikarenakan belum mendapatkan sosialisasi dari Kementerian Kesehatan. Pelatihan bagi pengguna akhir juga belum dilakukan, namun perencanaan pelatihan bagi tenaga akhir sudah dilakukan pembahasan pada rapat. Pelatihan bagi pengguna akhir belum dilakukan dikarenakan masih terdapat kendala pada aplikasi bagian pendaftaran. Penjadwalan pelatihan segera dilakukan setelah dilakukan sosialisasi penggunaan RME secara menyeluruh kepada pegawai RS.

Menurut penelitian Aldosari., et al (17) tentang penilaian faktor yang mempengaruhi penerimaan perawat pada penerapan RME, menyebutkan bahwa pelatihan merupakan faktor penting dalam penerapan RME. Perawat yang memiliki pelatihan formal penggunaan komputer merupakan faktor penting dan berdampak baik pada penerimaan perawat terhadap penggunaan RME. Penggunaan RME di RS memiliki dampak pada pekerjaan perawat, dengan melakukan pelatihan yang cukup dan kesadaran akan pelayanan kesehatan, maka para profesional pemberi asuhan akan efisien dalam menggunakan RME.

Pelatihan merupakan aspek penting dalam kesiapan penerapan RME. Menurut teori Delisle., et al (9) menyebutkan bahwa pelatihan pengguna akhir dan tenaga operasional merupakan hal penting dan memiliki jangkauan luas pada penerapan RME. Pelatihan bergantung pada keadaan organisasi, aktivitas pelatihan bisa menjadi sulit dikarenakan upaya dan komitmen agar pelatihan menjadi komunikasi yang efektif dan menggapai keterlibatan pengguna.

Berdasarkan penjabaran diatas maka didapatkan bahwa dalam kesiapan penerapan RME dibutuhkan adanya dukungan dari pelatihan meliputi pelatihan pada tenaga operasional dan pelatihan kepada pengguna. Aspek pelatihan yang ada pada RSUD Bandar Negara Husada saat ini belum sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan. Pelatihan tenaga IT yang ada dan juga pengguna belum dilakukan RS. RSUD Bandar Negara Husada perlu melakukan upaya untuk percepatan

pelatihan bagi tenaga IT yang dimiliki serta tenaga yang akan menggunakan RME.

## Teknologi

Kesuksesan penerapan RME perlu adanya dukungan dari teknologi. Sub tema teknologi meliputi *software* dan *hardware*. Hasil wawancara tentang *software* kepada informan 2, 4, dan 5 didapatkan bahwa RS sudah memiliki teknologi yang akan digunakan untuk penerapan RME. RS memiliki *software* berupa aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Generic Open Source (SIMRS GOS) yang digunakan untuk penerapan RME. SIMRS GOS adalah Sistem Informasi milik Kementerian Kesehatan RI yang dapat digunakan oleh Fasyankes yang membutuhkan untuk melakukan pencatatan dan pengelolaan data pelayanan secara elektronik. Aplikasi yang digunakan sudah menggunakan enam variabel yaitu meliputi pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, laboratorium, dan apotek. Aplikasi SIMRS GOS sudah terpasang pada *hardware* yang dimiliki oleh RS. Hal ini sejalan dengan Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 yang mengharuskan penggunaan sistem elektronik pada penyelenggaraan RME. Sistem elektronik yang dimaksud juga telah diperbolehkan untuk menggunakan sistem elektronik yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan.

Hasil wawancara tentang *hardware* kepada informan 5 serta dilakukan telaah dokumentasi dan observasi, didapatkan bahwa RSUD Bandar Negara Husada sudah memiliki *hardware* yang digunakan untuk RME. *Hardware* yang digunakan adalah unit komputer, server, printer, dan perangkat internet. Unit komputer yang dimiliki RS sudah terpasang aplikasi SIMRS GOS dan berjumlah 27 unit yang tersebar di ruang – ruang pelayanan, namun masih terdapat ruangan yang belum memiliki komputer, yaitu ruang rawat inap kebidanan, rawat inap anak, dan ruang rawat inap bedah. RSUD Bandar Negara Husada perlu menambah unit komputer setidaknya sejumlah tiga unit komputer, sesuai dengan jumlah ruangan pelayanan yang belum memiliki komputer, dikarenakan ruangan yang belum memiliki komputer tersebut merupakan ruangan yang memberikan pelayanan kepada pasien dan memerlukan pengisian rekam medis. Server yang digunakan RS berjumlah dua yang digunakan untuk operasional penyimpanan data dan *backup* data. Server yang dimiliki dapat digunakan sebagai penyimpanan data RME. RS juga memiliki perangkat pendukung berupa printer,

pada penggunaannya printer tidak mutlak dipakai dalam penggunaan RME, printer diperlukan ketika ada data dukung yang ingin dicetak. Printer yang dimiliki RS 7 unit tersebar di beberapa ruangan. Perangkat pendukung lainnya adalah perangkat penyedia internet. Perangkat internet yang dimiliki RS sudah tersebar di beberapa titik RS dan sudah terkoneksi ke semua unit komputer yang ada di RS.

Hal ini sejalan dengan teori Erawantini., et al (10) yang menyebutkan bahwa kesuksesan penerapan RME perlu dukungan dari teknologi, teknologi yang dimaksud adalah *software* dan *hardware*. Pemilihan *software* disesuaikan dengan kemudahan penggunaan, kapasitas informasi integrasi dan fungsionalitas yang diinginkan. Solusi untuk mengatasi biaya yang tinggi, fasilitas pelayanan dapat menggunakan *software open source*. *Hardware* yang diperlukan adalah komputer yang terpasang pada tempat pelayanan. Kementerian Kesehatan (1) juga menyebutkan perangkat lain yang dapat digunakan adalah media penyimpanan berupa server.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Afrizal, et al (18) yang meneliti tentang kesiapan implementasi RME pada fasilitas kesehatan primer menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kesiapan implementasi RME adalah IT infrastruktur yang terdiri dari *software* dan *hardware*. Kurang sesuainya *software* yang dimiliki setara kurangnya peralatan dan *hardware* dapat menjadi hambatan dalam mengimplementasi RME. Penelitian oleh Ninditya (19) yang meneliti tentang evaluasi implementasi RME juga menyebutkan salah satu penilaian dalam kesiapan RME adalah penilaian infrastruktur. Infrastruktur yang disiapkan oleh RS Permata Depok adalah komputer, printer, scanner, mesin fax dan cadangan power supply. Aspek infrastruktur yang kurang memadai akan menyebabkan penerapan RME yang kurang optimal. Terdapat komponen fisik dan teknis yang harus disediakan agar implementasi RME berjalan optimal.

Berdasarkan penjabaran diatas maka didapatkan bahwa dalam kesiapan penerapan RME dibutuhkan adanya dukungan dari teknologi. Teknologi meliputi penggunaan *software* dan *hardware* diperlukan dalam penerapan RME. Aspek teknologi yang ada pada RSUD Bandar Negara Husada saat ini telah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan meskipun masih dibutuhkan tambahan *hardware* berupa unit komputer pada ruang pelayanan.

## KESIMPULAN

RSUD Bandar Negara Husada secara umum siap melakukan penerapan RME, namun harus melakukan upaya perbaikan pada beberapa aspek. Aspek manajemen dan pemangku memiliki kekurangan berupa belum adanya Surat Keputusan sebagai dasar penyelenggaraan RME. Aspek persiapan operasional memiliki kekurangan berupa belum adanya Surat Keputusan yang menyebutkan penggunaan aplikasi RME dan belum adanya SOP penggunaan RME, kekurangan lain yaitu kurangnya jumlah tenaga operasional RME. Aspek pelatihan sepenuhnya belum mendukung penerapan RME, belum dilakukan pelatihan bagi tenaga operasional dan belum dilakukan pelatihan bagi pengguna. Aspek teknologi juga memiliki kekurangan berupa kurangnya jumlah unit komputer di ruang perawatan yaitu ruang rawat inap kebidanan, ruang rawat inap anak, dan ruang rawat inap bedah.

Sebaiknya RSUD Bandar Negara Husada segera memperbaiki kekurangan yang ada untuk lebih mengoptimalkan kesiapan penerapan RME. Langkah yang dapat diambil adalah menetapkan Surat Keputusan yang digunakan sebagai dasar dalam penyelenggaraan RME. Menetapkan Surat Keputusan tentang penggunaan aplikasi RME. Membuat SOP tentang penggunaan RME yang memudahkan penggunaan RME. Menambah jumlah tenaga operasional, dapat dilakukan dengan usulan penambahan pegawai yang dikeluarkan oleh penanggung jawab kegiatan RME. Melakukan upaya penambahan perangkat komputer dengan pembelian langsung ataupun melakukan pengusulan penambahan perangkat komputer oleh penanggung jawab kegiatan RME.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada pihak RSUD Bandar Negara Husada yang telah memberikan izin pada peneliti untuk melakukan penelitian ini hingga selesai.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2022. p. 1–20.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2021. 282 p.

3. Rusdi, A. J. S. *Desain Rekam Medis*. Malang: CV. Literasi Nusantara Abadi; 2021.
4. World Health Organization. *Atlas of eHealth country profiles. The use of eHealth in support of universal health coverage* [Internet]. 2016. 392 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Atlas+of+eHealth+Country+Profiles#0>
5. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2021. 77 p.
6. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Tahun 2021*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2022. 248–253 p.
7. Faida EW, Ali A. Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan DOQ-IT (Doctor's Office Quality-Information Technology). *J Manaj Inf Kesehat Indones*. 2021;9(1):67.
8. Pradnyantara, I. G. A. N. P., Murti, B., & Tamtomo D. Readiness of Application of Electronic Medical Records in Bethesda Lempuyangwangi Hospital, Yogyakarta. *J Heal Policy Manag*. 2022;7(2):149–57.
9. Delisle DR, McLamb A, Inch S. *Transformation and Your New EHR* [Internet]. Boca Raton: CRC Press; 2019. Available from: <http://www.crcpress.com>
10. Erawantini, F., Suryana, A. L., Afandi K. *Rekam Kesehatan Elektronik dengan Clinical Decision Support System (DSS)*. Jember: UPT Penerbitan Universitas Jember; 2021.
11. Nazarudin. *Manajemen Startegik*. Cetakan II. Palembang: CV. Amanah; 2020. 1–172 p.
12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2008. p. 7.
13. Pertiwi DT. *Faktor Penilaian Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik Pada Rumah Sakit Di Indonesia: Studi Literature Review*. 2020.
14. Jimma BL, Enyew DB. Barriers to the acceptance of electronic medical records from the perspective of physicians and nurses: A scoping review. *Informatics Med Unlocked* [Internet]. 2022;31(May):100991. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.imu.2022.100991>
15. Wibowo S. *Manajemen Sistem Informasi*. Susanto W, editor. Semarang: Yayasan Prima Agus Teknik; 2019. 128 p.
16. Wijoyo H. *Sistem Informai Manajemen* [Internet]. First. Akbar, M F, editor. Sumatera Barat: CV. Insan Cendekia Mandiri; 2021. 1–186 p. Available from: [www.insancendekiamandiri.co.id](http://www.insancendekiamandiri.co.id)
17. Aldosari B, Al-Mansour S, Aldosari H, Alanazi A. Assessment of factors influencing nurses acceptance of electronic medical record in a Saudi Arabia hospital. *Informatics Med Unlocked* [Internet]. 2018;10(December 2017):82–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.imu.2017.12.007>
18. Afrizal, S. H., Hidayanto, A. N., Handayani, P. W., Budiharsana, M., & Eryando T, Dahir H. Narrative Review for Exploring Barriers to Readiness of Electronic Health Record Implementation in Primary Health Care. *Heal Informatics Rev*. 2019;25(3):141–52.
19. Ninditya S. *Evaluasi Implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Permata Depok Tahun 2022*. Universitas Indonesia; 2022.

## Analisis Keselarasan Kebijakan Nasional dan Kebijakan Daerah Terkait Percepatan Penurunan Stunting di Kabupaten Bulungan

*National and Regional Policy Analysis for Accelerating Stunting Reduction:  
A Bulungan Regency Case Study*

**Amanda Mirasherly Partadisastra, Yessi Crosita Octaria**

Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan, UPN Veteran Jakarta  
Jalan Limo Raya, Limo, Depok 16515, Indonesia  
Email: yessi@upnvj.ac.id

Tanggal submit: 31 Oktober 2023; Tanggal penerimaan: 27 November 2023

### ABSTRAK

Pemerintah Indonesia telah menetapkan Perpres Nomor 72 Tahun 2021 sebagai landasan percepatan penurunan stunting di tingkat nasional, yang diikuti dengan RAN PASTI sebagai panduan di tingkat daerah. Akan tetapi, keberagaman kondisi daerah di Indonesia menghasilkan prevalensi stunting yang bervariasi sehingga komitmen pemerintah daerah menjadi kunci utama percepatan penurunan stunting. Namun, masih terdapat implementasi kebijakan stunting di daerah yang belum terlaksana dengan baik. Kabupaten Bulungan berhasil melaksanakan penurunan prevalensi stunting sebesar 7,68% dari tahun 2022 sehingga dapat dijadikan acuan terkait identifikasi praktik baik kebijakan di tingkat daerah. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi keselarasan antara kebijakan nasional dan daerah dalam mengoptimalkan sumber daya untuk mengatasi stunting secara spesifik di tingkat daerah. Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang dianalisis menggunakan Teori Segitiga Kebijakan dari Walt dan Gilson melalui hasil studi dokumen, yakni menyandingkan substansi kebijakan nasional dengan kebijakan yang ada di Kabupaten Bulungan. Dokumen kebijakan daerah diperoleh melalui Bappeda Litbang setempat. Kemudian, hasilnya ditriangulasi melalui wawancara mendalam semi terstruktur dengan Kabid Kesmas Dinkes Kabupaten Bulungan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan yang diimplementasikan oleh Kabupaten Bulungan telah melibatkan lintas sektor dan berbagai aktor yang berbasis pentahelix, serta telah berkoordinasi dengan pemerintah pusat dengan baik. Strategi yang diterapkan bersifat berkelanjutan dan telah terintegrasi dengan program kesehatan nasional yang ada. Kebijakan daerah yang ditetapkan telah mengacu pada kelima pilar strategi nasional dalam Perpres Nomor 72 Tahun 2021. Terdapat juga SK TPPS guna mengatur mekanisme tata kerja TPPS di Kabupaten Bulungan yang telah mengacu pada RAN PASTI. Namun, terdapat beberapa hambatan, seperti kondisi pandemi covid-19, keterbatasan tenaga kesehatan, infrastruktur, dan fasilitas layanan kesehatan, serta persepsi masyarakat yang salah tentang stunting. Meskipun demikian, implementasi kebijakan Kabupaten Bulungan dinilai sudah selaras dengan kebijakan nasional.

**Kata kunci:** Covid-19; Penta-Helix; Keselarasan Kebijakan; Segitiga Kebijakan; RAN PASTI

### ABSTRACT

The Government of Indonesia, through Presidential Regulation Number 72 of 2021, has laid the groundwork for expediting the reduction of stunting at the national level, complemented by RAN PASTI as a regional guideline. However, the diverse regional conditions across Indonesia have led to varying stunting prevalence, emphasizing the pivotal role of local government commitment in accelerating stunting reduction. Despite these efforts, certain regions continue to face challenges in implementing effective stunting policies. In contrast, Bulungan Regency has effectively reduced stunting prevalence by 7.68% since 2022, serving as a noteworthy example of successful policy implementation at the local level. This study aims to assess the alignment between national and regional policies in optimizing resources to combat stunting, particularly at the regional level. This study employs qualitative research with a case study approach. The analysis is based on Walt and Gilson's Policy Triangle Theory, which involves an examination of policy documents by aligning national policies with those in place within Bulungan Regency. Local policy documents were obtained through the Bulungan Bappeda Litbang. Then, the results were triangulated through semi-structured, in-depth interviews with the Head of Public Health of Bulungan Regency Health Office. The findings showed that Bulungan regency's policy implementation integrates cross-sector collaboration and various stakeholders following the pentahelix model, demonstrating effective coordination with the central government. The strategies adopted are sustainable and integrated into existing national health programs. Regional policies align with the five pillars of the national strategy outlined in Presidential Regulation Number 72 of 2021. Furthermore, a decree for a dedicated stunting reduction acceleration team has been established, shaping its operational framework in line with RAN PASTI. Despite facing challenges such as the Covid-19 pandemic, limited healthcare workforce, infrastructure constraints, health service facility availability, and prevalent misconceptions about stunting, Bulungan regency's policy implementation remains aligned with national policy.

**Keywords:** Covid-19; Pentahelix; Policy Alignment; Policy Triangle; RAN PASTI

## I. PENDAHULUAN

Stunting merupakan salah satu isu kesehatan masyarakat yang menjadi fokus perhatian di Indonesia dan seluruh dunia. Stunting pada masa anak-anak memiliki dampak jangka panjang yang signifikan terhadap kesehatan dan perkembangan anak, serta potensi produktivitas mereka di masa depan.<sup>(1)</sup> Stunting adalah tanda awal gangguan patologis yang menjadi risiko penyakit kronis di masa dewasa, yang apabila tidak ditangani dapat mengancam kualitas SDM di suatu wilayah tersebut. Oleh karena itu, mengatasi stunting adalah langkah kunci untuk mengatasi hambatan produktivitas dan perkembangan suatu negara.<sup>(2)</sup> Selain itu, stunting juga merupakan indikator terbaik untuk menentukan kualitas pembangunan suatu negara yang merata dan berkelanjutan. Stunting umumnya terjadi pada masyarakat yang memiliki keterbatasan akses ke layanan kesehatan dan gizi. Dengan demikian, prevalensi stunting di suatu negara mencerminkan disparitas dalam akses ke layanan kesehatan dan gizi, yang merupakan indikator buruk dari ketidaksetaraan sosial.<sup>(3)</sup>

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, terdapat sekitar 30,8% atau 6,6 juta anak di Indonesia yang mengalami stunting.<sup>(4)</sup> Sementara itu, Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) melaporkan prevalensi stunting di Indonesia menurun hingga mencapai 27,67% pada tahun 2019.<sup>(5)</sup> Kemudian, pada tahun 2021 Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) melaporkan prevalensi stunting di Indonesia pun kembali turun hingga mencapai 24,4%, lalu dengan survei yang sama pada tahun 2022 menjadi 21,6%.<sup>(6)(7)</sup> Meskipun demikian, angka tersebut masih jauh dari target stunting pemerintah, yakni sebesar 14% pada tahun 2024 dan 10% pada tahun 2030. Untuk mencapai target tersebut, pemerintah Indonesia berharap dapat menurunkan angka stunting setidaknya 2,7% per tahun pada awal tahun 2022 melalui skenario percepatan RPJMN 2020-2024 dalam Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020.<sup>(8)</sup> Kebijakan ini didukung Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 terkait Percepatan Penurunan Stunting melalui cakupan intervensi gizi spesifik dan sensitif.

Peraturan turunan dari Perpres Nomor 72 Tahun 2021, yakni Peraturan BKKBN Nomor 12 Tahun 2021 tentang Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka Stunting Indonesia Tahun 2021-2024 atau RAN PASTI dapat berfungsi sebagai pedoman dalam pelaksanaan percepatan penurunan stunting di tingkat daerah.<sup>(9)</sup> Penguatan

organisasi dilakukan melalui Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Kemenko PMK) dengan pembentukan Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) untuk mengatasi masalah stunting hingga ke tingkat desa. Salah satu tugas dari tim pelaksana TPPS di tingkat kabupaten/kota adalah melaksanakan koordinasi, sinkronisasi, dan pemantauan pelaksanaan kebijakan, program, serta kegiatan percepatan penurunan stunting antara lembaga pemerintah daerah dan pemerintah desa, serta dengan berbagai pemangku kepentingan lainnya di tingkat kabupaten/kota.<sup>(10)</sup> Meskipun demikian, kebijakan yang telah ditetapkan di tingkat nasional belum tentu dapat terlaksana dengan baik hingga ke tingkat daerah.

Sistem kesehatan di Indonesia bersifat desentralisasi, maka tumpuan pembangunan kesehatan untuk menurunkan angka stunting terletak pada pemerintah daerah, khususnya tingkat II (kabupaten/kota). Dengan menilik keberagaman kondisi daerah di Indonesia, intuitif jika prevalensi stunting bervariasi karena perbedaan kondisi sosial, ekonomi, dan lingkungan dari masing-masing daerah sehingga idealnya desentralisasi kesehatan memungkinkan untuk memberikan kesempatan yang lebih besar kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan kesejahteraan warga di wilayah setempat.<sup>(11)</sup> Berbagai penelitian menunjukkan beragamnya kualitas implementasi kebijakan stunting di berbagai daerah di Indonesia.<sup>(12,13)</sup> Maka, dalam menggerakkan upaya percepatan penurunan stunting di tingkat daerah, "komitmen pemerintah daerah" menjadi hal yang sangat mendasar.

Mengingat pentingnya sinergi komitmen kebijakan di tingkat nasional dan daerah maka penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi keselarasan antara dua level kebijakan tersebut dalam upaya meningkatkan efisiensi dan optimalisasi penggunaan sumber daya untuk mengatasi masalah stunting secara spesifik di tingkat daerah. Kabupaten Bulungan dipilih menjadi studi kasus karena keberhasilan penurunan prevalensi stunting sebesar 7,68% dari tahun 2022, yakni menjadi 11,22% pada bulan Mei 2023 sehingga dapat diperoleh identifikasi praktik baik kebijakan yang dapat menjadi acuan.<sup>(14)</sup>

## II. METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pendekatan studi kasus bertujuan untuk memberikan gambaran terkait bagaimana isi dari Perpres Nomor

72 Tahun 2021 diturunkan di tingkat Kabupaten Bulungan dan melihat kualitas implementasinya. Selain itu, analisis ini bertujuan untuk memetakan faktor pendukung dan faktor penghambat dari implementasi kebijakan percepatan penurunan stunting di Kabupaten Bulungan, serta strategi pemerintah daerah dalam mengatasinya sebagai upaya untuk mengidentifikasi pembelajaran dan praktik terbaik dalam upaya percepatan penurunan stunting ke depannya.

Peneliti mengumpulkan data melalui studi dokumen dan wawancara mendalam semi terstruktur. Pemilihan informan ditentukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pada penelitian ini, persoalan terletak pada sejauh mana peraturan nasional Perpres Nomor 72 Tahun 2021 diturunkan secara efektif dan konsisten pada peraturan di tingkat daerah. Peneliti melakukan pencarian dokumen kebijakan terkait stunting di Kabupaten Bulungan, baik secara daring maupun luring. Validasi temuan dari analisis dokumen dilakukan melalui wawancara mendalam dengan Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan untuk mengkonfirmasi apakah isi dari Perpres Nomor 72 Tahun 2021 telah diamanatkan menjadi peraturan daerah dan sejauh mana pelaksanaannya di tingkat kabupaten/kota. Penelitian dilaksanakan secara daring pada bulan Juli-September 2023.

Teknik pengolahan data dilakukan dengan cara pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan verifikasi atau penarikan kesimpulan.<sup>(15)</sup> Analisis keselarasan kebijakan untuk menemukan faktor pendukung dan penghambat implementasi kebijakan stunting di Kabupaten Bulungan mengacu pada Teori Segitiga Kebijakan dari Walt dan Gilson.<sup>(16)</sup> Seluruh kebijakan terkait stunting yang berlaku baik di tingkat nasional maupun di Kabupaten Bulungan dianalisis untuk mengidentifikasi aktor yang terlibat dan tingkat kebijakan yang ditetapkan. Setelah itu, dilakukan analisis konten yang mengacu pada lima pilar strategi nasional terkait kebijakan stunting yang terdapat dalam Perpres Nomor 72 Tahun 2021. Selanjutnya, analisis konteks dan proses terkait penyusunan dan implementasi kebijakan yang diperoleh dari wawancara mendalam semi terstruktur dengan pemangku kepentingan dianalisis secara komprehensif untuk mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat, serta strategi pemerintah Kabupaten Bulungan dalam mengatasinya. Penelitian ini telah mendapatkan *ethical clearance* dengan Nomor: 1702/ONL/UN61.16/FIKES/2023 dari Komisi Etik

Penelitian Kesehatan di Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta pada tanggal 19 Agustus 2023.

### III. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 3.1. Analisis Aktor

##### **Aktor yang Terlibat**

Berdasarkan analisis kebijakan Perpres Nomor 72 Tahun 2021, Tim Percepatan Penurunan Stunting di tingkat nasional terdiri atas tim pelaksana dan tim pengarah. Tim pengarah diketuai oleh Wakil Presiden RI dengan wakil ketua dan anggota yang terdiri dari jajaran Menteri dan Kepala Staf Kepresidenan. Sedangkan, tim pelaksana diketuai oleh Kepala BKKBN dengan wakil ketua yang terdiri dari jajaran Pejabat Pimpinan Tinggi Madya Kementerian. Dalam menjalankan tugasnya, pelaksana mengikuti pedoman tata kerja yang telah ditetapkan, yang didukung oleh sekretariat. Sekretariat memiliki tanggung jawab untuk memberikan dukungan dalam aspek substansi, teknis, dan administrasi dalam pelaksanaan program percepatan penurunan stunting. Secara fungsional, sekretariat dikendalikan oleh salah satu unit kerja di Badan dan melibatkan kementerian/ lembaga terkait, serta pemangku kepentingan lainnya.<sup>(17)</sup>

Dalam rangka mempercepat penurunan tingkat stunting di berbagai tingkatan wilayah, seperti provinsi, kabupaten/kota, dan desa/kelurahan, maka kepala penyelenggaraan di setiap wilayah tersebut yang bertanggung jawab mengatur pembentukan Tim Percepatan Penurunan Stunting. Tim Percepatan Penurunan Stunting di tingkat daerah terdiri dari perangkat daerah dan pemangku kepentingan, termasuk Tim Penggerak Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (TP-PKK). Pada tingkat desa/kelurahan, partisipan melibatkan tenaga kesehatan yang mencakup bidan, tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, penyuluh keluarga berencana, Pembantu Pembina Keluarga Berencana Desa (PPKBD), kader, dan unsur masyarakat lainnya.<sup>(17)</sup>

Berdasarkan analisis kebijakan Peraturan Bupati Bulungan Nomor 42 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Nomor 13 Tahun 2020 tentang Pedoman Pencegahan Stunting, Bupati mendelegasikan wewenang pelaksanaan program pencegahan stunting di daerah kepada Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Litbang. Namun, dalam upaya melaksanakan program-program tersebut turut dibantu oleh tim teknis pencegahan stunting, yang terdiri dari unsur

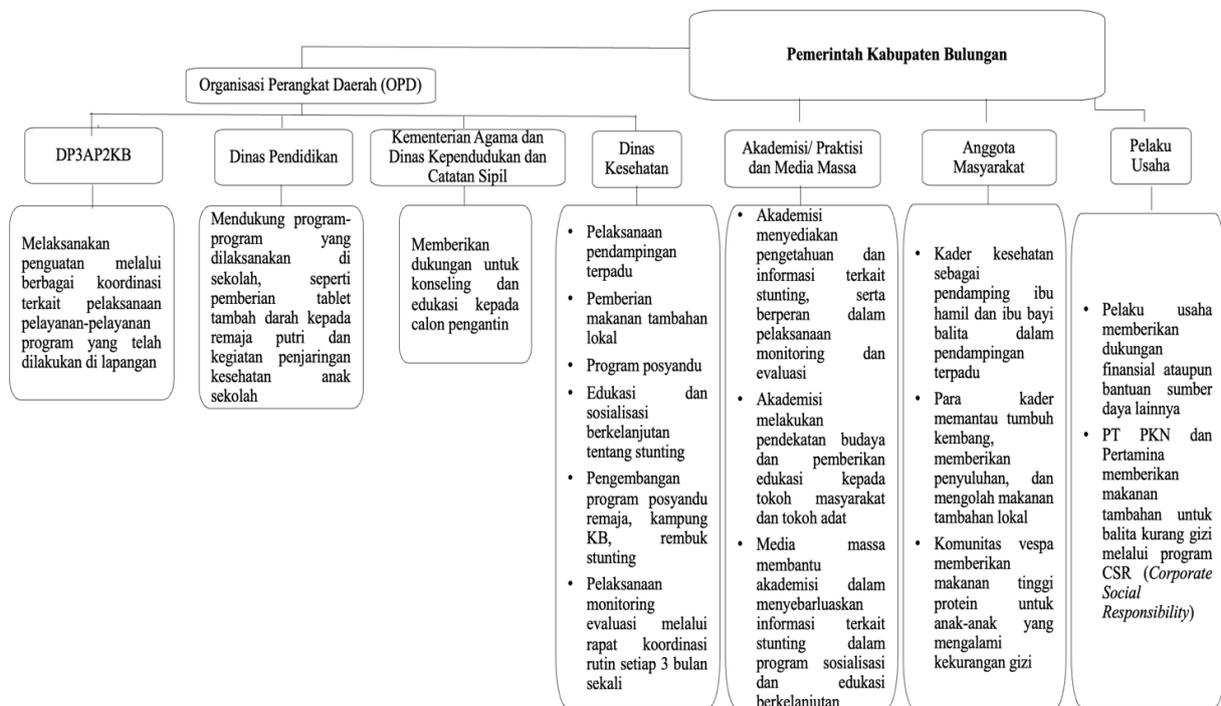
pemerintah daerah, masyarakat, akademisi atau praktisi, media massa, dan juga pelaku usaha. Tim pencegahan stunting ditetapkan dalam Keputusan Bupati Bulungan Nomor 188.45/125 Tahun 2023 tentang Tim Percepatan Penurunan Stunting.<sup>(18)</sup>

Susunan tim tersebut terdiri dari Bupati Bulungan sebagai pengarah, dengan anggota yang terdiri dari Ketua DPRD Kabupaten Bulungan, Komandan KODIM 0903 Bulungan, Kapolres Bulungan, dan Ketua Pengadilan Negeri Tanjung Selor. Wakil Bupati Bulungan sebagai ketua pelaksana, dengan wakil ketua yang terdiri dari Sekretaris Daerah Kabupaten Bulungan, Kepala Bappeda dan Litbang, dan Ketua TP-PKK. Kemudian, terdapat sekretaris dan sekretariat pelaksana yang diketuai oleh Kepala DP3AP2KB. Sekretariat pelaksana terdiri dari empat anggota kelompok bidang, yakni pelayanan intervensi sensitif dan intervensi spesifik yang dikoordinatori oleh Kepala Dinas Kesehatan, perubahan perilaku dan pendampingan keluarga yang dikoordinatori oleh Kabid. KB dan K3 DP3AP2KB, koordinasi konvergensi dan perencanaan yang dikoordinatori oleh Kepala Bappeda dan Litbang, serta data, monev, dan *knowledge management* yang dikoordinatori oleh Rektor Universitas Kaltara. Hal senada diperoleh melalui wawancara yang disampaikan oleh informan utama.

“Kalau dari perbup yang kita buat itu hampir semua OPD terlibat, dari dinas pendidikan, disduk capil, DP3AP2KB, dan masih banyak lagi. Cuma kalau lintas sektor yang menanganinya itu Bappeda. Nah untuk peran masing-masing sudah ada di perbup, kalau yang bukan dari kesehatan ranahnya lebih ke arah intervensi sensitif” (IU)

### Peran dan Komitmen Masing-Masing Aktor di Kabupaten Bulungan

Berdasarkan analisis dokumen kebijakan Kabupaten Bulungan, Pemerintah Kabupaten Bulungan berperan sebagai koordinator utama dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan program-program penurunan stunting. Dalam hal perencanaan, Pemerintah Kabupaten Bulungan telah menunjukkan komitmennya dengan menetapkan Perbup Nomor 42 Tahun 2021 dan Keputusan Bupati Bulungan Nomor 188.45/125 Tahun 2023.<sup>(18,19)</sup> Dalam hal pelaksanaan, pemerintah setempat melalui Dinas Kesehatan dan Organisasi Perangkat Daerah (OPD) lainnya telah mengintegrasikan program-program penurunan stunting dengan program kesehatan nasional. Dalam hal pengawasan, pemerintah setempat mengadakan rapat koordinasi rutin setiap tiga bulan sekali dengan seluruh aktor yang terlibat, melakukan pengukuran kinerja dan pemantauan program secara berkala, serta melakukan penilaian capaian penurunan stunting yang turut melibatkan pemerintah provinsi.



Gambar 1. Bagan aktor-aktor yang terlibat beserta peran dan komitmennya

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama, diperoleh peran dan komitmen dari masing-masing aktor yang terlibat sebagai berikut.

### 3.2. Analisis Konten

*Child Malnutrition Framework* yang dikeluarkan oleh UNICEF<sup>(20)</sup> menjadi dasar penting dalam penyusunan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting, yang kemudian diterjemahkan ke dalam Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka Stunting Indonesia (RAN PASTI). Peraturan turunan tersebut berfungsi sebagai pedoman pelaksanaan yang bertujuan untuk mengkoordinasikan aktivitas, program, dan anggaran, serta mekanisme penyelenggaraan Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) di tingkat daerah.<sup>(11)</sup> Kebijakan daerah yang menjadi pedoman pelaksanaan percepatan penurunan stunting di Kabupaten Bulungan adalah Perbup Nomor 13 Tahun 2020 tentang Pedoman Pencegahan Stunting, yang kemudian diperbaharui menjadi Perbup Nomor 42 Tahun 2021. Selain itu, terdapat pula SK TPPS Kabupaten Bulungan yang ditetapkan melalui Keputusan Bupati Bulungan Nomor 188.45/125 Tahun 2023 tentang Tim Percepatan Penurunan Stunting dengan tujuan mengatur tata kerja TPPS di Kabupaten Bulungan.<sup>(18,19)</sup>

Berdasarkan hasil analisis dokumen kebijakan nasional dan kebijakan Kabupaten Bulungan, diperoleh hasil keselarasan kebijakan sebagai berikut.

### 3.3. Analisis Proses

#### **Implementasi Program dan Rencana Pengembangan Strategi**

Pemerintah Kabupaten Bulungan menjalankan program pendampingan terpadu kepada ibu hamil dan ibu bayi balita terutama pada 1000 HPK yang dilaksanakan oleh kader kesehatan. Setiap ibu hamil memiliki seorang kader yang mendampingi, memantau kunjungan ke fasilitas kesehatan, dan memberikan edukasi. Pendampingan ini melibatkan pemantauan tumbuh kembang dan pemberian asupan nutrisi yang tepat. Kemudian, terdapat audit stunting yang dilaksanakan dengan DP3AP2KB setiap bulan sehingga pemerintah daerah dapat mengidentifikasi kasus gizi buruk dan penyebabnya. Program ini melibatkan pemantauan dan penanganan kasus gizi buruk di lapangan. Selanjutnya, terdapat program pemberian makanan tambahan lokal, yakni berupa makanan yang diolah oleh ibu-ibu kader dan tim PKK desa untuk memenuhi kebutuhan gizi balita dan ibu hamil. Di beberapa tempat, terdapat pula PMT penyuluhan kepada masyarakat, khususnya di posyandu.

Terdapat pula program sosialisasi dan edukasi terkait stunting yang berkelanjutan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat, yang mana melibatkan peran kader kesehatan, akademisi, dan juga praktisi. Pemanfaatan media sosial dan media massa pun terus ditingkatkan dalam mendiseminasikan informasi berbasis fakta terkait stunting. Pemerintah setempat juga terus

**Tabel 1. Analisis keselarasan isi kebijakan nasional dengan kebijakan Kabupaten Bulungan**

<b>Kebijakan Nasional</b>	<b>Kebijakan Kabupaten Bulungan</b>	
Perpres Nomor 72 Tahun 2021	Perbup Nomor 42 Tahun 2021	SK TPPS Kabupaten Bulungan
Pilar Pertama: Peningkatan Komitmen dan Visi Kepemimpinan	Tergambar dalam tugas TPPS dalam menyusun Rencana Aksi Daerah (RAD), memberikan saran kepada Bupati terkait perencanaan dan pelaksanaan tindakan pencegahan stunting, melaporkan perkembangan pelaksanaan tugas kepada Bupati secara berkala, mengadakan konsultasi dan advokasi dengan pemerintah provinsi dan pemerintah pusat, serta menjalankan tugas-tugas lain yang ditetapkan oleh Bupati	Tergambar dalam peran TPPS yang bertanggung jawab untuk memberikan bimbingan dalam perumusan dan pelaksanaan kebijakan, program, dan inisiatif untuk percepatan penurunan tingkat stunting di tingkat kabupaten
Perpres Nomor 72 Tahun 2021	Perbup Nomor 42 Tahun 2021	SK TPPS Kabupaten Bulungan
Pilar Kedua: Peningkatan Komunikasi Perubahan Perilaku dan Pemberdayaan Masyarakat	Tergambar dalam tugas TPPS terkait perumusan strategi komunikasi perubahan perilaku guna mempercepat pencegahan stunting. Hal ini mencakup integrasi rencana program dan kegiatan komunikasi perubahan perilaku pencegahan stunting ke dalam dokumen perencanaan pembangunan serta penyelenggaraan sosialisasi program pencegahan stunting	Tergambar dalam tugas TPPS untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dan mendorong perubahan perilaku melalui upaya edukasi yang berkelanjutan, serta program sosialisasi

Perpres Nomor 72 Tahun 2021	Perbup Nomor 42 Tahun 2021	SK TPPS Kabupaten Bulungan
Pilar Ketiga: Peningkatan Konvergensi Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif	Tergambar dalam tugas TPPS untuk menjalankan koordinasi dan komunikasi yang efektif antar program dan lintas sektor yang berbeda guna mendukung upaya pencegahan stunting. TPPS juga bertugas melakukan pemetaan peran lintas sektor yang terkait dengan pencegahan stunting serta mengoordinasikan upaya di tingkat kecamatan dan desa, termasuk dalam pengelolaan sumber daya, alokasi dana, dan pembaruan data	Tergambar dalam tugas TPPS untuk mengkoordinasikan kerjasama antar OPD dan pihak-pihak lain yang terlibat dalam pendekatan pentahelix. TPPS juga bertanggung jawab memastikan bahwa program dan sektor yang berbeda berkonvergensi dalam upaya percepatan penurunan stunting di tingkat kabupaten
Perpres Nomor 72 Tahun 2021	Perbup Nomor 42 Tahun 2021	SK TPPS Kabupaten Bulungan
Pilar Keempat: Peningkatan Ketahanan Pangan dan Gizi	Tergambar dalam tugas TPPS untuk mengevaluasi dan menganalisis isu-isu yang terkait dengan stunting dan peningkatan gizi, perencanaan tujuan, sasaran, prioritas, strategi, dan program-program untuk mencegah stunting. TPPS juga bertugas mengalokasikan sumber daya dan menjalankan program-program pencegahan stunting yang berkesinambungan	Tergambar dalam tugas TPPS untuk mengkoordinasikan dan menjalankan fungsi pengawasan dalam melaksanakan pendampingan bagi kelompok sasaran dan keluarga yang berisiko mengalami stunting, dengan tujuan mencapai ketahanan pangan dan gizi
Perpres Nomor 72 Tahun 2021	Perbup Nomor 42 Tahun 2021	SK TPPS Kabupaten Bulungan
Pilar Kelima: Penguatan dan Pengembangan Sistem, Data, Informasi, Riset, dan Inovasi	Tergambar dalam tugas TPPS untuk menjalankan proses pemantauan dan evaluasi program pencegahan stunting	Tergambar dalam tugas TPPS untuk berkoordinasi dalam mengumpulkan dan mengelola data, melakukan pemantauan dan evaluasi, serta mengukur pemahaman masyarakat tentang percepatan penurunan stunting
Peraturan BKKBN Nomor 12 Tahun 2021	Perbup Nomor 42 Tahun 2021	SK TPPS Kabupaten Bulungan
Mekanisme tata kerja TPPS di tingkat daerah (melibatkan koordinasi, sinergi, dan evaluasi pelaksanaan program percepatan penurunan stunting agar berjalan secara efektif, terintegrasi, dan konvergen)	Tergambar dalam tugas TPPS untuk melibatkan koordinasi dan komunikasi yang efektif di seluruh program dan sektor terkait dalam upaya pencegahan stunting, serta pemantauan dan evaluasi program pencegahan stunting tersebut	Tergambar dalam tugas-tugas TPPS pada aspek koordinasi, konvergensi, dan perencanaan, serta pengelolaan data, monitoring dan evaluasi, dan <i>knowledge management</i>
Peraturan BKKBN Nomor 12 Tahun 2021	Perbup Nomor 42 Tahun 2021	SK TPPS Kabupaten Bulungan
Struktur TPPS terdiri dari tim pengarah dan tim pelaksana yang memegang peran khusus dalam memberikan bimbingan, merancang kebijakan, dan menjalankan program percepatan penurunan stunting di tingkat kabupaten atau kota	Struktur TPPS ditetapkan melalui Keputusan Bupati	Tim pengarah yang dipimpin oleh Bupati Bulungan memiliki tanggung jawab memberikan panduan, pertimbangan, monitoring dan evaluasi, serta berkolaborasi dengan pelaksana program dan memberikan laporan tentang pelaksanaan program tersebut. Kemudian, tim pelaksana yang dipimpin oleh Wakil Bupati Bulungan memiliki peran dalam merumuskan strategi dan kebijakan, melaksanakan program, dan melakukan pemantauan dan evaluasi bersama tim pengarah.
Peraturan BKKBN Nomor 12 Tahun 2021	Perbup Nomor 42 Tahun 2021	SK TPPS Kabupaten Bulungan
Terdapat bidang-bidang yang memiliki peran khusus (koordinasi, perancangan strategi komunikasi perubahan perilaku, monitoring dan evaluasi, dan pengelolaan data)	Bidang-bidang khusus TPPS ditetapkan melalui Keputusan Bupati	Terdapat 4 anggota kelompok bidang khusus dalam sekretariat pelaksana TPPS, yakni pelayanan intervensi sensitif dan intervensi spesifik; perubahan perilaku dan pendampingan keluarga; koordinasi, konvergensi, dan perencanaan; serta data, monev, dan <i>knowledge management</i>

meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan memperbanyak dan memperkuat sumber daya manusia di bidang kesehatan, serta meningkatkan akses infrastruktur dan sarana prasarana di bidang kesehatan terutama di daerah yang sulit dijangkau. Hal tersebut sesuai dengan yang disampaikan oleh informan utama sebagai berikut.

“...peningkatan terkait dengan infrastruktur dasar, sarana dan prasarana yang ada di kesehatan itu yang lebih kita fokuskan, kemudian terutama terkait dengan SDM kesehatan juga itu yang kita perkuat dan perbanyak karena lebih penting” (IU)

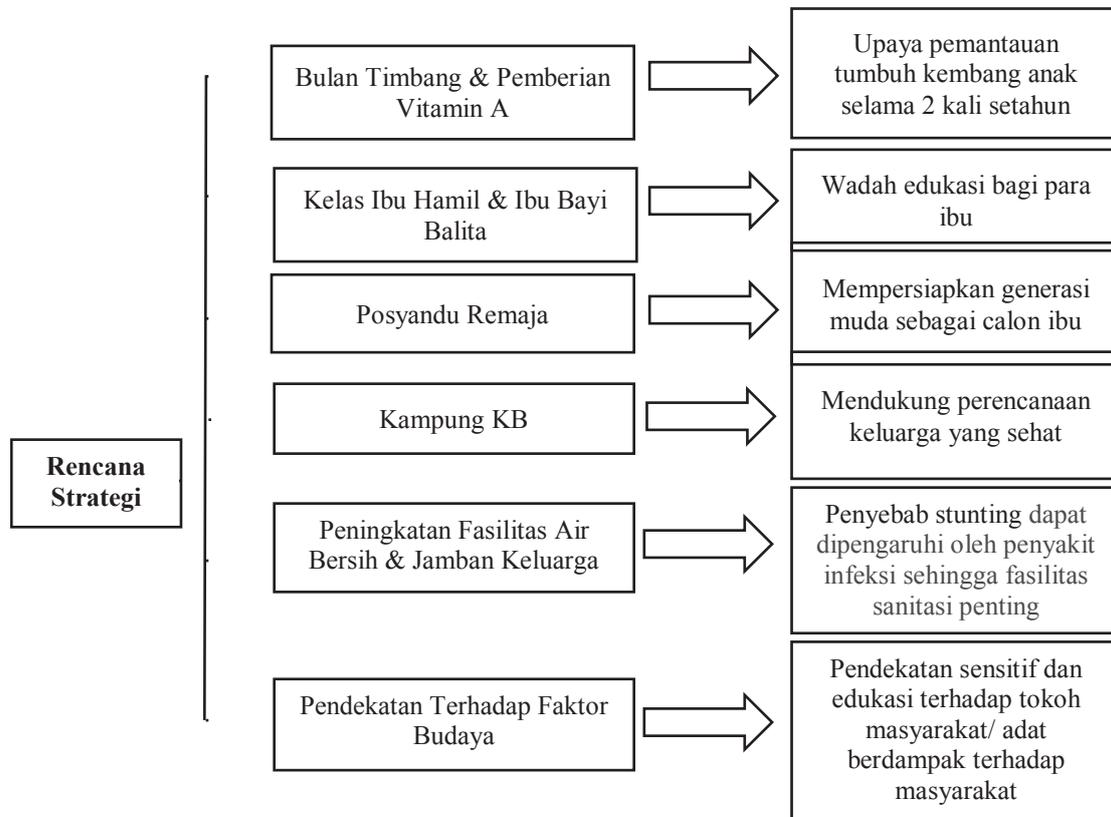
Pemerintah daerah pun memastikan bahwa program-program stunting juga mengintegrasikan upaya penanganan dampak COVID-19, seperti pemantauan kesehatan dan tumbuh kembang anak-anak selama pandemi. Hal tersebut pun didukung dengan pelaksanaan program posyandu, yang mencakup pemantauan tumbuh kembang anak, pemberian vitamin, pemberian makanan tambahan, penyuluhan kesehatan, serta pengadaan alat bermain untuk permainan edukasi. Selain

itu, terdapat pemberian *reward* sebagai bentuk apresiasi yang dilakukan oleh pemerintah daerah setempat kepada kader-kader kesehatan yang telah mengimplementasikan program pemerintah dengan capaian yang baik.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama, dalam upaya meningkatkan capaian percepatan penurunan stunting, pemerintah Kabupaten Bulungan pun menyusun rencana pengembangan strategis untuk penurunan stunting sebagai berikut.

### Monitoring dan Evaluasi

Dalam upaya monitoring dan evaluasi, Pemerintah Kabupaten Bulungan melakukan pengukuran kinerja dan pemantauan secara berkala terhadap berbagai program dan kegiatan yang terkait dengan penurunan stunting. Selain itu, terdapat rapat koordinasi rutin dengan seluruh aktor yang terlibat setiap tiga bulan sekali untuk memantau perkembangan, serta mengevaluasi kegiatan dan program yang telah dilaksanakan. Pemerintah setempat pun turut memanfaatkan



Gambar 2. Diagram alur rencana strategis pembangunan Pemerintah Kabupaten Bulungan untuk percepatan penurunan stunting

hasil riset kesehatan, seperti SSGI sebagai dasar untuk mengevaluasi kinerja dan kemajuan dalam menangani stunting. Terdapat juga penilaian capaian penurunan stunting yang dilaksanakan oleh pemerintah provinsi dalam bentuk ajang perlombaan sehingga kabupaten/kota dengan upaya penanganan stunting terbaik akan mendapatkan apresiasi berupa penghargaan. Pemerintah setempat pun turut melaksanakan pemantauan di tingkat desa, terutama dalam hal anggaran dana desa yang dialokasikan untuk percepatan penurunan stunting. Kegiatan monitoring evaluasi

ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas program dan perubahan yang diperlukan dalam pelaksanaannya.

### 3.4. Analisis Konteks

Berbagai penelitian menunjukkan permasalahan implementasi kebijakan penurunan stunting di tingkat daerah, seperti kurangnya kepedulian dari anggota penyuluh (kader) dan masih terdapatnya ego sektoral antar Organisasi Perangkat Daerah (OPD) yang bertanggung jawab, yang terjadi di Kecamatan Kie, Kabupaten Timor Tengah Selatan.<sup>(12)</sup> Kemudian,

Tabel 2. Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan di Kabupaten Bulungan

Kategori	Faktor-Faktor Pendukung	Faktor-Faktor Penghambat
<i>Context</i>	Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap masalah stunting melalui program edukasi, serta pemanfaatan media sosial dan media massa dalam menyebarkan informasi tentang stunting	Kondisi geografis Kabupaten Bulungan yang beragam, termasuk daerah pesisir, pedalaman, dan perkotaan menjadi kendala dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang merata di seluruh wilayah karena terdapatnya daerah yang sulit dijangkau. Sebagian anggota masyarakat di Kabupaten Bulungan masih memiliki persepsi yang salah tentang stunting. Misalnya, keyakinan bahwa stunting yang disebabkan oleh faktor keturunan. Kondisi pandemi COVID-19 yang turut mempengaruhi pelaksanaan program-program stunting dengan mengurangi akses luring dan mengganggu aktivitas normal yang mengandalkan pertemuan fisik.
<i>Materials</i>	Komitmen pemerintah daerah untuk penguatan sarana dan prasarana di bidang kesehatan	Keterbatasan infrastruktur, akses jalan yang buruk dan beberapa infrastruktur yang belum memadai, seperti akses air bersih dan sanitasi yang belum merata. Sarana dan prasarana di bidang kesehatan yang masih belum memadai, terutama di puskesmas, pustu, dan polindes di beberapa desa.
<i>Man</i>	Tingginya peran kader dalam mendampingi ibu hamil dan bayi balita, memantau tumbuh kembang, dan memberikan penyuluhan terkait kebutuhan gizi dan stunting. Peningkatan kapasitas SDM kesehatan terutama yang bertugas di puskesmas, pustu, dan polindes	Keterbatasan tenaga kesehatan di beberapa wilayah, seperti bidan dan perawat yang dapat memberikan layanan kesehatan yang diperlukan untuk penanganan stunting.
<i>Method</i>	Peningkatan upaya teknis dalam pemantauan stunting Kerjasama lintas sektor, yang melibatkan instansi pendidikan, agama, kependudukan, pemberdayaan perempuan, akademisi, media massa, dan komunitas masyarakat, serta perjanjian kerjasama dengan berbagai perusahaan swasta. Terdapatnya <i>reward</i> atau apresiasi yang diberikan oleh pemerintah provinsi menjadi motivasi tambahan bagi pemerintah daerah dan masyarakat setempat untuk terus berupaya mengatasi permasalahan stunting.	
<i>Money</i>	Dukungan yang diberikan oleh pemerintah pusat melalui bantuan anggaran berupa Dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) dan Dana DAK (Dana Alokasi Khusus) untuk membiayai berbagai kegiatan penurunan stunting, seperti pengadaan antropometri kit di posyandu dan pembangunan fasilitas kesehatan.	

terdapat juga permasalahan terkait kualitas dan kuantitas sumber daya yang kurang, karakteristik organisasi pelaksana dan pemahaman masyarakat terhadap kebijakan yang masih kurang baik, serta komunikasi dan koordinasi yang belum optimal karena masih terdapat kegiatan yang belum tepat sasaran dalam pelaksanaannya, yang mana terjadi di Kecamatan Rajeg, Kabupaten Tangerang.<sup>(13)</sup>

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan informan utama, diperoleh faktor-faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi implementasi kebijakan dan upaya percepatan penurunan stunting di Kabupaten Bulungan seperti pada Tabel 2.

#### IV. KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa penurunan stunting dapat terjadi jika ada komitmen dari pemerintah daerah. Dalam studi kasus Kabupaten Bulungan, peneliti menemukan bahwa pemerintah daerah telah melaksanakan pendampingan terpadu oleh kader, edukasi berkelanjutan, peningkatan sumber daya manusia kesehatan, kolaborasi lintas sektor, serta pengembangan strategi melalui penguatan infrastruktur dan fasilitas kesehatan, pendekatan terhadap faktor budaya, dan pelaksanaan rapat koordinasi secara rutin. Hal-hal yang mendukung implementasi kebijakan tersebut adalah implementasi peran dan komitmen lintas sektor yang kuat, adanya dukungan yang diberikan oleh pemerintah pusat melalui bantuan anggaran berupa Dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) dan Dana DAK (Dana Alokasi Khusus), serta terdapatnya *reward* atau apresiasi yang diberikan oleh pemerintah provinsi.

Namun, masih terdapat beberapa hambatan, yakni keterbatasan tenaga kesehatan, infrastruktur dan sarana prasarana kesehatan, serta masih terdapatnya persepsi yang salah tentang stunting. Pembelajaran yang dapat diambil dari penelitian ini untuk menyelaraskan kebijakan nasional dengan kebijakan daerah, khususnya di tingkat II adalah menegaskan peran dan komitmen lintas sektor dengan turut melibatkan aktor-aktor berbasis pentahelix, menetapkan ketentuan guna mengatur mekanisme kerja TPPS di tingkat daerah, yang mengacu pada Peraturan BKKBN Nomor 12 Tahun 2021 (RAN PASTI), serta melaksanakan pengukuran kinerja dan pemantauan secara berkala terhadap berbagai program penurunan stunting guna mengevaluasi sejauh mana program-program tersebut sesuai dengan ketetapan nasional.

#### UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada dosen pembimbing, Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan, Bappeda Litbang Kabupaten Bulungan, Direktorat Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan RI, serta pihak-pihak yang telah membantu pelaksanaan penelitian agar dapat berjalan dengan baik.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Yadika ADN, Berawi KN, Nasution SH. Pengaruh Stunting Terhadap Perkembangan Kognitif dan Prestasi Belajar. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*. 2019;8(2):272-282.
2. Aida AN. Pengaruh Kondisi Sosial Ekonomi Terhadap Kejadian Stunting di Indonesia. *Jurnal Budget*. 2019;4(2):125-140.
3. Onis MD, Branca F. Childhood Stunting: A Global Perspective. *Maternal & Child Nutrition*. 2016;12(Suppl. 1):12-26.
4. Kemenkes RI. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan RI. 2018;1-674.
5. SSGBI. Hasil Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) 2019. Kementerian Kesehatan RI. 2019.
6. SSGI. Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021. Kementerian Kesehatan RI. 2021.
7. SSGI. Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2022. Kementerian Kesehatan RI. 2022.
8. Peraturan Presiden RI. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024. Pemerintah Republik Indonesia. 2020.
9. Peraturan BKKBN. Peraturan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2021 Tentang Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka Stunting Indonesia Tahun 2021-2024. BKKBN RI. 2021.
10. BKKBN RI. Panduan Satuan Tugas Percepatan Penurunan Stunting Untuk Mendukung Percepatan Penurunan Stunting Daerah. BKKBN RI. 2022.
11. Suwarlan E, Suwaryo U, Mulyawan R. Penyelenggaraan Desentralisasi Kesehatan oleh Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya

- Provinsi Jawa Barat 2011-2017. *Jurnal Agregasi*. 2019;7(2):123-146.
12. Fallo AR. Implementasi Kebijakan Pencegahan Stunting oleh Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Timor Tengah Selatan di Kecamatan KIE. *Jurnal Ekonomi dan Ilmu Sosial*. 2020;1(2):1-21.
  13. Shauma UN, Purbaningrum DG. Implementasi Kebijakan Percepatan Pencegahan Stunting Terintegrasi. *Jurnal Kebijakan Publik*. 2022;13(2):200-207.
  14. Astuti TWH. Gerakan Inovasi Praktik Baik di Desa Bebas Stunting Bisa Cegah Kelahiran Bayi Stunting [Internet]. Rahardjo S, editor. 2023 [cited 2023 september 16]. Available from: <https://www.bkkbn.go.id/berita-gerakan-inovasi-praktik-baik-di-desa-bebas-stunting-bisa-cegah-kelahiran-bayi-stunting>
  15. Miles MB, Saldana J, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. 4th edition. Michigan: Sage Publications; 2019.
  16. O'Brien GL, Sinnott SJ, Walshe V, Mulcahy M, Byrne S. Health Policy Triangle Framework: Narrative Review of The Recent Literature. *Health Policy OPEN*. 2020;1:1-11.
  17. Peraturan Presiden RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan Stunting. Pemerintah Republik Indonesia. 2021.
  18. Peraturan Bupati Bulungan. Peraturan Bupati Bulungan Nomor 42 Tahun 2021 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Nomor 13 Tahun 2020 Tentang Pedoman Pencegahan Stunting. Bupati Bulungan. 2021.
  19. Keputusan Bupati Bulungan. Keputusan Bupati Bulungan Nomor 188.45/125 Tahun 2023 Tentang Tim Percepatan Penurunan Stunting. Bupati Bulungan. 2023.
  20. UNICEF. UNICEF Conceptual Framework on Maternal and Child Nutrition. UNICEF. 2021;1-4.

## Reducing Unmet Need for Family Planning in Indonesia: A Policy Analysis Report

*Mengurangi Kebutuhan yang Tidak Terpenuhi untuk Keluarga Berencana di Indonesia: Laporan Analisis Kebijakan*

**Sandra Frans, Hanevi Djasri**

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada.  
Gedung Penelitian dan Pengembangan Lantai 1 FK-KMK UGM Jalan Medika Yogyakarta  
Email: sandraofrans@gmail.com

Tanggal submisi: 19 Oktober 2023; Tanggal penerimaan: 27 November 2023

### Abstract

The Indonesian government has already initiated many policies to reduce the unmet need for Family Planning (FP), which is one of the three zeros commitment. It is crucial to understand whether a regulatory perspective is sufficient to solve the unmet need for family planning in Indonesia. This report explores the policy response to the unmet need of FP in Indonesia. It draws from two sets of data. First, a document review contained 45 policies. The second set of data was qualitative interviews with the key informants collected as part of the policy analysis process of the unmet need of FP. Forty five policies identified in the form of decrees, government regulations, and presidential regulations related to the unmet need for FP. Three themes emerged from the analysis: demand creation, supply side, and socio-demographic factors related to women. In the demand creation, we found varying commitments of the Provincial and District Governments in managing the FP programs. On the supply side, the government guaranteed the availability of contraceptives for all public and private health facilities, as long as they are registered in the BKKBN reporting system. However, there are still problems in distributing contraceptives, especially at the district level to the facilities. The last factors related to the unmet need for FP are the socio-demographic factors, such as fertility and socio-economic factors. In conclusion, at the national level, the policy covered has been adequate to address the demand creation and supply side, but not many about couple factors. The success of FP programs depends on the local government's strong commitment to including the unmet need of FP as their strategic plans

**Keywords:** Family Planning; Indonesia; Policy Analysis

### Abstrak

Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan banyak kebijakan untuk mengurangi kebutuhan yang tidak terpenuhi (*Unmet Need*) untuk Keluarga Berencana (KB). *Unmet Need KB* merupakan salah satu dari komitmen tiga nol (*three zeros*). Penting untuk memahami apakah perspektif peraturan cukup untuk mengatasi kebutuhan keluarga berencana yang belum terpenuhi di Indonesia. Laporan ini mengeksplorasi respons kebijakan terhadap belum terpenuhinya kebutuhan KB di Indonesia. Laporan ini diambil dari dua set data. Pertama, telaah dokumen berisi 45 kebijakan, berikut adalah wawancara kualitatif dengan informan kunci yang dikumpulkan sebagai bagian dari proses analisis kebijakan mengenai kebutuhan KB yang belum terpenuhi. Empat puluh lima kebijakan teridentifikasi dalam bentuk keputusan, peraturan pemerintah, dan peraturan presiden terkait unmet need KB. Tiga tema muncul dari analisis ini: peningkatan permintaan, sisi penawaran, dan faktor sosio-demografis yang terkait dengan perempuan. Dalam peningkatan permintaan, kami menemukan komitmen yang bervariasi dari pemerintah daerah dalam mengelola program KB. Dari sisi penawaran, pemerintah menjamin ketersediaan alat kontrasepsi bagi seluruh fasilitas kesehatan milik pemerintah dan swasta, sepanjang terdaftar dalam sistem pelaporan BKKBN. Namun, masih terdapat permasalahan dalam pendistribusian alat kontrasepsi, terutama di tingkat kabupaten hingga fasilitas. Faktor terakhir yang berhubungan dengan *unmet need* KB adalah faktor sosio-demografis, seperti faktor fertilitas dan faktor sosio-ekonomi. Kesimpulannya, di tingkat nasional, kebijakan yang diambil sudah memadai untuk mengatasi sisi penciptaan permintaan dan penawaran, namun belum banyak mengatasi faktor-faktor yang berpasangan. Keberhasilan program KB bergantung pada komitmen kuat pemerintah daerah untuk memasukkan kebutuhan KB yang belum terpenuhi ke dalam rencana strategisnya.

**Kata kunci:** Keluarga Berencana; Indonesia; Analisis Kebijakan

### INTRODUCTION

Reducing the number of unmet need for Family Planning (FP) has been a global concern. High unmet need for FP can lead to maternal deaths in countries, including Indonesia (1). Ahmed et al. (2012) demonstrated that identifying of a strategy

to reduce the unmet need for family planning can reduce maternal mortality globally by 29% (2). In Indonesia, the government has initiated many policies to strengthen FP services. The National Medium Term Development Plan IV 2020-2024 demonstrates the commitment of the Indonesian

government to improving the welfare of women and children to achieve the Sustainable Development Goals (3). One of them is reducing the unmet need for FP from 10.6% in 2017 to 7.4% in 2024. As with the Total Fertility Rate (TFR) in Indonesia, the number of unmet needs for FP has also experienced a downward trend, even though it had stagnated for a decade. The data shows that the unmet need for FP at the district level varies widely, indicating disparities in the implementation of family planning programs in various regions (4). Some determinant factors causing unmet needs in Indonesia are first women's involvement in decision-making (5), demographics of the women, education level, employment status, and their knowledge of contraceptives (6). It is crucial to understand whether a regulatory perspective is sufficient to solve the unmet need for family planning in Indonesia. This report explores the policy response to the unmet need of FP in Indonesia.

## METHODOLOGY

This report draws from two sets of data. First, a document review to obtain a list of national policies related to unmet needs for FP. Policy identification was carried out by tracing various types of documents both online and offline in various forms of documents, including regulatory documents, strategy documents, technical guidelines, and monitoring and evaluation documents of the implementation and results of various national policies.

The second set of data was qualitative interviews with the key informants collected as part of the policy analysis process of unmet needs of SP. We did interviews with the representatives from BKKBN or the National Population and Family Planning Agency representatives at the national and provincial level, the ministry of health and health staff in Yogyakarta and Papua province, and representatives of women empowerment population control and child protection Yogyakarta and also UNFPA. We used the thematic analysis approach for the study.

## RESULTS

Forty-five policies were identified, including 3 Laws of the Republic Indonesia, 2 Government Regulations, 3 Presidential Regulations, 1 Regulation of the National Development Ministry, 2 Regulations of the Minister of Health, 28 regulations from BKKBN, 1 regulation of the Minister of

Women's Empowerment and Child Protection, and 5 guidelines. The regulations generally target the central government, the related ministries, and local governments. In addition, regulations from the Ministry of health target health facilities through the provincial and district health offices. As structurally, BKKBN does not have its branches in the district and community levels; its regulations only target the provincial BKKBN and District Government Organizations for Population Control and FP (table 1).

The policy content analysis was strengthened by interviews with key informants, which then narrowed down to the three main factors, namely: demand creation, supply side and individual factors. In demand creation, there are two main things, namely strengthening the advocacy of BKKBN representatives to local governments and communities and increasing the intensity of IEC activities and family planning activities. On the supply side, it is important to pay attention to the equal distribution of contraceptive devices and drugs and also to increase the competence of family planning service implementers. In addition, attention needs to be paid to increasing access to comprehensive sexual and reproductive health education for adolescents.

Using these 3 factors, the results of the policy content analysis get 6 important findings, namely:

### **Finding 1: Varied commitments from provincial, district/city governments in handling family planning programs**

The Law of Republic of Indonesia No. 52 of 2009 on Population Growth and Family Development shows the government's commitment in terms of creating a quality population, one is through birth control, including ensuring guaranteed access to family planning services, as well as acknowledgment of Right Based Family Planning.

The target for unmet need for family planning is included in Presidential Regulation number 59 of 2017 on the Implementation of the Achievement of Sustainable Development Goals (9.91% in 2019) and Presidential Regulation number 18 of 2020 on the National Medium-Term Development Plan for 2020-2024 (7.4% in 2024). Meanwhile, family planning financing is guaranteed by the government, as mentioned in Presidential Regulation No. 12 of 2013 on Health Insurance. From this series of regulations, it shows that governance regulations regarding family planning programs nationally are strong enough.

**Table 1. The Government's Body Actor's interests, position, and influences on implementation of FP programs**

Institution	Roles in the program	Interest	Level of Power	Position
BKKBN in National level	Formulate National Family Planning program policies; Plan and procure the contraceptive devices and drugs and supporting facilities; Distribute tools and drugs as well as contraceptive support facilities to the provincial allocation warehouse; - Establishment of sub-system of recording and reporting Develop policies to increase the capacity of health workers Update data on contraceptive services at the national level; Monitor and evaluate the implementation of FP programs.	High	High	Supportive
Ministry of Health	Formulate policies in the area of FP services Prepare the standard of FP services – Monitoring and evaluation of FP services. Coordinate with other sectors in national level improve access and quality of family planning services	High	Medium	Supportive
Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak	(Not documented in the document) But this ministry also responsible in achieving target related to gender equality and family planning	Low		
BKKBN in provincial level	Elaborate the technical aspect of national FP program policies Plan and distribute the IEC media, tools and drugs and supporting facilities for FP services to districts/cities; Implement the efforts to increase the capacity of health workers Manage the data collection on contraceptive services at the provincial level; Coordinate, monitor and evaluate the FP services at the provincial level.	High	Medium	Supportive
FP agency in the district level (They are embedded with DGO for Population control, women empowerment and child protection)	Implement the advocacy, communication, information and education or population control and family planning in accordance with local cultural wisdom. Utilization of family planning extension workers/KB field officers (PKB/PLKB). Control and distribute the need for contraceptive devices and drugs as well as the implementation of FP services in the district level	High	Low	Supportive
Provincial department of health	Responsible in the implementation of policies and standard of FP services Prepare guidelines based on the standard Coordinate, monitoring and evaluate the FP services at the provincial level.	Medium	Medium	Supportive
District department of health	Coordinate the implementation of policies standard of FP services at the district level Prepare guidelines based on the standard Plan and distribute the IEC media, tools and contraceptive drugs as well as supporting facilities for FP services to health facilities Coordinate, monitoring and evaluate the FP services at the district level	Medium	Medium	Supportive
Local Government (Governors and Majors)	Set targets for FP coverage and services as a regional action plan Advocacy to other institutions	Vary within the provinces and districts	High	Vary within the provinces and districts

However, It should be noted that since decentralization, local governments have the authority to regulate their regions. One of the local government affairs is population control and family planning. From the interviews, it is necessary to admit that the success of the regions in reducing the number of unmet needs for family planning

is due to collaborative work between relevant agencies that focus on the scope of family planning services. Efforts in partnering, synergizing, and collaborating from the national, provincial, district to sub-district and village levels are one of the key factors for strengthening family planning programs, in addition to variables such as geographical factors

of the area. This is supported by Listyaningsih et al. (2021) who argued that central and provincial population policies have a similarity of objectives and targets, but the program implementation has differed at provincial levels (7).

**Finding 2: Insufficient number of FP field officers to expand IEC activities and family planning mobilization is an obstacle in reducing unmet need for family planning.**

Mapping the BKKBN regulations shows that one of BKKBN priorities is to strengthen the front workers of the family planning programs including mobilization of Family Planning Services. The regulations are to ensure that the community has the right and reliable source of family planning information.

In Indonesia, there are two types of family planning field workers, voluntary community workers and civil field officers. These family planning community workers exist at the community network level, starting from the village or sub-district called PKBD to the smallest community group. Good cooperation between field officers and community workers is a strong influential factor in mobilizing the community.

Family planning field officers have several functions, including ensuring the distribution of contraceptive devices and drugs, collaborating with health facilities providing family planning services, and advocating for family planning at the sub-district and village levels. This is because the family planning program require intense collaboration between stakeholders and regional leaders. Ideally, one field officers should handle one village, so that the handling of family planning programs can be more effective and intensive. However, overall there is still a shortage and gaps in the distribution of FP field officers in Indonesia. Although, FP volunteers and field workers have been widely acknowledged since long time to give significant contribution on FP programs(8).

**Finding 3: Uneven Distribution and Management of Contraceptives**

Through BKKBN Regulation No. 9 of 2019 on Fulfilling the Need for Contraceptive Devices and Drugs for Couples of Childbearing Age in Family Planning Services, the Government has guaranteed the availability of contraceptives not only for health facilities in collaboration with BKKBN but for all health facilities, both government and private, from primary cares until hospitals, as long as they are

registered in the BKKBN recording and reporting system.

The distribution of contraception from the province to the districts is currently one of the tasks of the agency at the district level. However, the FP district agency was mostly facing a shortage of resources. From an institutional perspective, there is an imbalance, because the family planning division in the district generally consists of five staff who must be responsible for all the programs in the district including the management of contraceptive devices and drugs. Therefore, some areas also have difficulty in terms of accessing contraceptives and tools. Not to mention, the sub-district or village does not have enough field officers who can specifically monitor the availability of contraception at health facilities. Previous studies also pointed out the challenges of the distribution of contraceptives in health facilities in Indonesia (9).

**Finding 4: Need to Increase the quality of Family Planning Service Providers**

Some of the regulations concerning health workers providing FP services include the regulations and guidelines from the Minister of Health. This is to support FP services in the field, because of the large role of health human resources in expanding FP services. A study conducted by Ekoriano and Ardiana (2020) shows that the unavailability of various types of contraception coupled with the lack of competent health service providers ultimately limits the contraceptive options offered to FP users(10). This creates a state where the client is in the most vulnerable position to passively accept any available method or remain unprotected. Unfortunately, specific information about side effects and their management is still rarely obtained by Indonesian women who receive FP services.

Education about family planning is very important during the pre-pregnancy, pregnancy, delivery, and postnatal period. It is stated in the BKKBN regulation No. 18 of 2020 regarding Post-Partum family planning (PPFP) to reduce the unmet need for FP, with a fairly high target of 70% use of PPFP, compared to the National Health Research 2018, where the use of PPFP is still at 38%. In this case, strengthening the capacity of health workers in providing counselling to pregnant women up to the time of delivery is very important so that mothers or their partners within 42 days after delivery have received family planning services.

**Finding 5: Program Implementation Leads to Rights-Based Family Planning. However, the Narrative of Rights-Based Family Planning has not been widely stated in the regulations.**

In the Strategy for the Implementation of the Rights-Based Family Planning Program to Accelerate Access to Integrated Family Planning and Reproductive Health Services in Achieving Indonesia's Development Goals, it is explained that the rights-based approach aims to ensure the fulfilment of human rights principles so that the community gets family planning services and information and reproductive health they need to lead a healthy and safe reproductive life.

Rights-based family planning has been regulated in Law Number 52 of 2009 on Population Growth and Family Development, in article 24. The government has made efforts to ensure this right-based family planning. For instance, to bring family planning services closer to the community through financing to the midwife's independent practice.

A study by Spagnoletti, et al (2019) emphasised that women's reasons for choosing contraception are complex decisions. Most are concerned about the safety and side effects associated with hormonal and biomedical contraception; others are ideologically opposed to fertility control (11). The women's choice is still influenced by other agencies, for example partners, health workers, and the environment. To ensure that family planning services in Indonesia are rights-based, it is important to include indicators of satisfaction and needs of family planning service users in the evaluation of the expansion of family planning programs that have been carried out. This is still lacking in terms of documentation of service quality from the user's side. Apart from that, another thing that can be improved is to ensure the participation of partners/men in contraception, so that the burden on regulating the number of families does not only rest on women.

**Finding 6: Lack of regulations governing the expansion of access to reproductive health in adolescents and comprehensive sexual education.**

One factor contributed to the high unmet need for family planning is the lack of public knowledge and awareness about family planning and reproductive health. Knowledge about reproductive health can actually be given since adolescence. In Law number 36 of 2009 on Health in article 73 it is stated "*The government is obliged to ensure the availability of information facilities and reproductive health*

*services that are safe, quality, and affordable to the community, including family planning*".

Several BKKBN programs have targeted youth, such as the Generation Planning program in schools. In addition, several local/national/international agencies and NGOs also have programs related to reproductive health education. However, there are no regulations or guidelines that are strongly binding on the expansion of comprehensive sexual and reproductive health education. As a result, quality information about health and sex has not been shared equally by all teenagers in Indonesia.

A study from Taukhit (2014) with UNFPA and BKKBN indicates that the number of abortion cases in Indonesia reaches 2.3 million per year with 20% of them carried out by teenagers. Unsafe abortion can be detrimental to adolescent reproductive health (12). One way to prevent abortion is to delay pregnancy or even delay sexual intercourse. This is reinforced by research by Pinandari et al. (2015) which examined the effect of formal reproductive health education on delaying premarital sexual relations in Indonesian adolescents and young adults. This study proves that receiving reproductive health information at the formal education level can delay the occurrence of premarital sexual relations (13). It shows that the expansion of access to health education for adolescents and children is very important to avoid the dangers of the risk of free and unsafe sexual behaviour.

**Conclusion and recommendation**

At the national level, the policy covered has been adequate to address the demand creation and supply side, but not many about the couple factors. The success of Family Planning programs depends on the local government's strong commitment to including the unmet need of FP as their strategic plans. Based on the results of policy mapping related to the unmet need for family planning, regulations related to the unmet need for family planning are felt to be sufficient in several important areas such as regulations concerning family planning advocacy, IEC, family planning mobilization, family planning services and distribution of contraceptive devices and drugs, but the implementation of these policies still varies in each country area.

**Based on the analysis in the conclusions above, the following are recommended:**

**Recommendation 1:** Develop family planning advocacy materials that can be used by regions

to explain and convince the relationship between contraceptive use and population development and community welfare.

**Recommendation 2:** The government should provide the regional needs related to the lack of PKB, and conduct advocacy to district/city governments to villages for budgeting for the operations of family planning cadres in the community, as well as increasing cross-sectoral and community collaboration for family planning mobilization and services;

**Recommendation 3:** Strengthen the management system, monitoring and evaluation of the distribution of contraceptives, among others by ensuring effective communication channels between district/city OPD KB and health facilities;

**Recommendation 4:** Increase the capacity of service providers in terms of family planning counselling and family planning placement, including affirming the authority to increase capacity for midwives, and reviewing policies related to implant and IUD services as the basic competencies of midwives;

**Recommendation 5:** Ensure that all policies use the concept of rights-based family planning both in determining activities and monitoring-evaluation processes;

**Recommendation 6:** Even distribution and alignment of comprehensive adolescent reproductive health and sexual education programs throughout Indonesia are tailored to the context and needs of the targeted groups, by increasing synergies from related sectors.

### Acknowledgement:

This policy analysis report is part of the collaboration between the authors and UNFPA Indonesia in 2020-2021.

### References:

1. Misnaniarti M, Ayuningtyas D. Unmet need for family planning in Indonesia and the policy strategy of intervention in several countries. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2016;
2. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: An analysis of 172 countries. *The Lancet*. 2012;380(9837).
3. National Development Planning Agency (Bappenas). *Rpjm 2020-2024. National Mid-Term Development Plan 2020-2024*. 2020;
4. STATCompiler. *Indonesia Demographic Health Survey [Internet]*. 2020 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.statcompiler.com/en/>
5. Amraeni Y, Kamso S, Prasetyo SB, Ahmad M. Women's involvement in decision making for unmet need for contraception in Indonesia. *Enferm Clin*. 2020;30.
6. Sumiati NLN, Wirawan DN, Ani LS. Determinants of unmet needs for family planning in Indonesia: Secondary data analysis of the 2017 IDHS. *Public Health and Preventive Medicine Archive*. 2019;7(2).
7. Listyaningsih U, Sukamdi S, Ruri SS, Pebrianti R. Synchronization of Policies and Performance Achievements: Which Should Come First? *Jurnal Perencanaan Pembangunan: The Indonesian Journal of Development Planning*. 2021;5(1).
8. Utomo ID, Arsyad SS, Hasmi EN. Village Family Planning Volunteers in Indonesia: Their Role in the Family Planning Programme. *Reprod Health Matters*. 2006;14(27).
9. Ardiana I, Ekoriano M, Fathonah S. Universal health coverage 2019 in Indonesia: The integration of family planning services in current functioning health system. *Journal of Population and Social Studies*. 2019;27(3).
10. Mario E, Irma A. Quality of Care in Modern Contraceptive Service Delivery in the Public and Private Sector: A Cross Sectional Study in Indonesia. *Glob J Health Sci [Internet]*. 2020 [cited 2023 Dec 11];12(7):102–102. Available from: <https://ideas.repec.org/a/ibn/gjhsjl/v12y2020i7p102.html>
11. Spagnoletti BRM, Bennett LR, Kermod M, Wilopo SA. 'The final decision is with the patient': reproductive modernity and preferences for non-hormonal and non-biomedical contraceptives among postpartum middle class women in Yogyakarta, Indonesia. *Asian Popul Stud*. 2019;15(1).
12. Taukhit. Pengembangan Edukasi Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja dengan Metode Game Kognitif Proaktif. *Jurnal Studi Pemuda*. 2014;3(2).
13. Pinandari AW, Wilopo SA, Ismail D. Pendidikan Kesehatan Reproduksi Formal dan Hubungan Seksual Pranikah Remaja Indonesia (Formal Reproductive Health Education and Premarital Sexual Intercourse among Indonesian Teenagers). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2015;10(1).

## Kebijakan Kompensasi untuk Dokter Spesialis di RSUD Kota Sabang

*Compensation Policy for Specialist Doctors in Sabang City Hospital*

**Rajmalita Anwar, Andreasta Meliala, Dwi Handono Sulisty**

Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada  
Gedung S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Lantai 2, Jalan Farmako Sekip Utara Yogyakarta  
Email: rajmalita@mail.ugm.ac.id

Tanggal submit: 6 Oktober 2023; Tanggal penerimaan: 29 November 2023

### ABSTRAK

*Tunjangan atau tambahan penghasilan ASN menjadi salah satu bagian dari manajemen Pegawai Negeri Sipil. ASN menjadi isu sentral secara nasional dari segi kedisiplinan dan kinerjanya. Untuk menyelesaikan permasalahan kedisiplinan, prestasi kerja dan kesejahteraan ASN daerah, melalui Peraturan Pemerintah No. 12 Tahun 2019 tentang pengelolaan keuangan, Pemerintah memberikan kewenangan pemerintah daerah untuk memberikan tambahan penghasilan kepada seluruh ASN yang berada di wilayah kerjanya sesuai dengan kemampuan keuangan daerah dalam mengatasi masalah tersebut dan dengan pertimbangan berdasarkan beban kerja, prestasi kerja, tempat bertugas, kondisi kerja, kelangkaan profesi dan objektif lainnya. Pemerintah Kota Sabang mengatur kembali terkait pemberian tambahan penghasilan kepada ASN dilingkungannya melalui Peraturan Walikota Sabang No. 6 Tahun 2021 tentang tambahan penghasilan ASN dilingkungan Pemerintah Kota Sabang. Adanya perbedaan besaran tambahan penghasilan yang cukup signifikan kepada dokter spesialis yang tercantum dalam kebijakan ini dibandingkan dengan kebijakan sebelumnya serta adanya fenomena beberapa dokter spesialis di RSUD Kota Sabang pindah hampir secara bersamaan setelah pelaksanaan kebijakan tersebut.*

**Kata kunci:** Kebijakan kompensasi; kompensasi dokter spesialis.

### ABSTRACT

**Background:** Allowance or additional income of civil servant is one part of Civil Servant management. Civil servant has become a central issue nationally in terms of discipline and performance. To solve the problems of discipline, work performance and welfare of regional civil servants, through government regulation No. 12 of 2019 concerning financial management, the government gives regional governments the authority to provide additional income to all civil servants in their working areas in accordance with regional financial capacity in overcoming these problems and with considerations based on workload, work performance, place of duty, working conditions, professional scarcity and other objectives. The Sabang city government re-regulates the provision of additional income to civil servant in its environment through Sabang mayor regulation No. 6 of 2021 concerning additional civil servant income within the Sabang City Government. There is a significant difference in the amount of additional income for specialist doctors listed in this policy compared to the previous policy and the phenomenon of several specialist doctors at the Sabang City Hospital had leave almost simultaneously after the implementation of the policy.

**Keyword:** Compensation policy; compensation specialist doctors

### PENDAHULUAN

Pemberian tambahan penghasilan kepada pegawai atau ASN yang baik konsepnya harus dapat memenuhi asas keadilan, baik keadilan secara internal maupun keadilan eksternal. Keadilan internal dalam arti pekerjaan yang lebih berat selayaknya memperoleh imbalan yang lebih tinggi, sedangkan keadilan eksternal dalam arti kesetaraannya dengan gaji pegawai di sektor swasta. Dengan demikian, sistem pemberian tambahan penghasilan ASN bukanlah sebuah sistem yang berdiri sendiri, ini merupakan bagian dari reformasi birokrasi. Sistem pemberian tambahan penghasilan kepada pegawai dalam sebuah organisasi yang efektif adalah ketepatan dari organisasi tersebut dalam menentukan pilihan tambahan penghasilan kepada

pegawai yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan organisasi (1).

Tunjangan atau tambahan penghasilan ASN menjadi salah satu bagian dari manajemen Pegawai Negeri Sipil. ASN menjadi isu sentral secara nasional dari segi kedisiplinan dan kinerjanya. Untuk menyelesaikan permasalahan kedisiplinan, prestasi kerja dan kesejahteraan ASN daerah, melalui Peraturan Pemerintah No. 12 Tahun 2019 tentang pengelolaan keuangan, Pemerintah memberikan kewenangan pemerintah daerah untuk memberikan tambahan penghasilan kepada seluruh ASN yang berada di wilayah kerjanya dalam mengatasi masalah tersebut.

Tambahan penghasilan berdasarkan PP no. 12 tahun 2019 diberikan kepada ASN berdasarkan

pertimbangan beban kerja, tempat bertugas, kondisi kerja, kelangkaan profesi, prestasi kerja dan objektif lainnya serta tambahan penghasilan disesuaikan dengan kemampuan keuangan daerah (2). Pemerintah Kota Sabang menjalankan amanat dari regulasi pusat ini melalui Peraturan Walikota Sabang No. 6 tahun 2021 tentang tambahan penghasilan ASN dilingkungan Pemerintah Kota Sabang. Kebijakan ini mengatur kembali skema pemberian tambahan penghasilan ASN di lingkungan Pemerintah Kota Sabang.

Berdasarkan regulasi tersebut, tambahan penghasilan dokter spesialis menurun secara signifikan. Data kepegawaian RSUD Kota Sabang dapat dilihat bahwa ada beberapa dokter spesialis yang berstatus ASN keluar dari RSUD Kota Sabang hampir secara bersamaan pada tahun 2022 setelah terjadi perubahan skema pemberian tambahan penghasilan berdasarkan Peraturan Walikota Sabang No. 6 tahun 2021 tentang tambahan penghasilan ASN dilingkungan Pemerintah Kota Sabang (3).

Oleh Abusamaan dalam penelitian desertasinya yang meneliti terkait pengaruh akuntabilitas dan sistem insentif terhadap kinerja karyawan, ditemukan bahwa akuntabilitas dan sistem insentif berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan (4). Penelitian lainnya menyebutkan bahwa seorang karyawan keluar dari organisasi tempatnya bekerja belum tentu disebabkan oleh ketidakpuasan kerja, adanya permintaan dari sektor swasta juga dapat mempengaruhi seorang karyawan keluar. Akan tetapi ketidakpuasan kerja juga tidak dapat diabaikan begitu saja (5).

Seluruh dokter spesialis yang ada di Kota Sabang, melaksanakan tugas utamanya di RSUD Kota Sabang. Keseluruhan dokter spesialis yang ada di wilayah Kota Sabang merupakan total dokter spesialis yang terdapat di RSUD Kota Sabang, dan dokter spesialis yang bertugas di wilayah ini tidak ada yang membuka praktek sore. Fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Kota Sabang terdapat 2 (dua) rumah sakit yaitu RSUD Kota Sabang, dan RSAL, 6 (enam) Puskesmas, dan 6 (enam) klinik pratama

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Sabang menerima layanan rujukan dari puskesmas dan klinik pratama yang ada di wilayah tersebut dan juga menerima layanan rujukan dari Rumah Sakit Angkatan Laut (RSAL) yang masih tipe D yang berada di kawasan tersebut. Bagi masyarakat yang tidak mendapatkan atau tidak dapat mengakses pelayanan yang dibutuhkan pada RSUD Kota

Sabang, maka rumah sakit akan merujuk ke rumah sakit yang berada di daratan atau rumah sakit yang ada di Provinsi dengan menggunakan kapal dan ambulance untuk mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan.

Kebijakan pemberian tambahan penghasilan ASN yang diatur oleh Pemerintah Kota Sabang melalui Peraturan Walikota No. 6 Tahun 2021 tentang tambahan penghasilan ASN dilingkungan pemerintah Kota Sabang ini merupakan amanat dari kebijakan Pemerintah Pusat. Berdasarkan beberapa studi pendahuluan di atas maka peneliti merasa penting untuk melakukan penelitian dengan judul "Kebijakan kompensasi untuk dokter spesialis di RSUD Kota Sabang".

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian studi kasus dengan rancangan analisis secara deskriptif. Metode ini dipilih bermaksud untuk melihat fenomena yang terjadi secara mendalam tentang implementasi kebijakan tambahan penghasilan ASN dan dampak terhadap dokter spesialis di RSUD Kota Sabang.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### **Kepentingan dan perubahan yang diinginkan dari kebijakan tambahan penghasilan ASN dilingkungan Pemerintah Kota Sabang**

Pada penelitian ini ditemukan kepentingan pelaksanaan kebijakan tambahan penghasilan ASN dilingkungan Pemerintah Kota Sabang adalah disebabkan karena ada regulasi dari Pemerintah Pusat yang harus dijalankan oleh Pemerintah Daerah. Perubahan yang diharapkan oleh Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan kebijakan ini adalah dapat meningkatkan kinerja dan disiplin ASN secara keseluruhan. Regulasi ini mengikat pada tatacara pembayaran dan penetapan besaran tambahan penghasilan dokter spesialis sehingga tambahan penghasilan dokter spesialis menurun secara signifikan.

Perubahan yang diinginkan oleh Pemerintah melalui implementasi kebijakan tambahan penghasilan ASN dilingkungan Pemerintah Kota Sabang adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ASN dan agar seluruh ASN lebih berkinerja termasuk kepada dokter spesialis. Perubahan yang terjadi terhadap dokter spesialis ASN adalah besaran pendapatannya menurun secara signifikan sehingga menyebabkan motivasi para dokter spesialis juga menurun serta terdapat jumlah

ketersediaan dokter spesialis ASN di RSUD Kota Sabang ikut menurun.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi mudah atau sulitnya suatu masalah dikendalikan dapat dilihat melalui kesukaran teknis yang dihadapi, keberagaman perilaku kelompok sasaran, persentase jumlah kelompok sasaran dibandingkan jumlah penduduk, dan ruang lingkup perubahan perilaku yang diinginkan (6).

### **Manfaat yang diinginkan dari kebijakan tambahan penghasilan ASN dilingkungan Pemerintah Kota Sabang**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan ini sangat berdampak terhadap dokter spesialis di RSUD Kota Sabang. Tambahan penghasilan dokter spesialis yang diatur dalam kebijakan ini menurun secara signifikan dibandingkan tambahan penghasilan berdasarkan kebijakan sebelumnya sehingga hal ini menyebabkan motivasi dokter spesialis di RSUD Kota Sabang menjadi menurun dan beberapa diantaranya keluar atau pindah dari Kota Sabang, dan hal ini berdampak kepada pelayanan kesehatan di RSUD Kota Sabang.

Jenis manfaat kebijakan tambahan penghasilan ASN dilingkungan Pemerintah Kota Sabang melalui pemberian TPP ASN, dalam implementasinya salah satu manfaatnya adalah meningkatkan kinerja ASN secara keseluruhan dilingkungan Pemerintah Kota Sabang. Berbeda halnya dengan pernyataan informan yang diidentifikasi bahwa kepada kelompok sasaran dokter spesialis di RSUD Kota Sabang hampir tidak ada manfaat dari kebijakan tersebut.

Jenis manfaat implementasi kebijakan tambahan penghasilan ASN dilingkungan pemerintah daerah sangat bervariasi antar daerah satu dengan daerah atau kabupaten kota lainnya. Hal ini dipengaruhi oleh kemampuan keuangan daerah masing-masing. Pemberian tambahan penghasilan ASN di Provinsi Bengkulu memberikan motivasi sehingga dapat meningkatkan kinerja dan disiplin kerja para ASN (7).

### **Dampak kebijakan terhadap pengelolaan dokter spesialis di RSUD Kota Sabang**

Implementasi kebijakan pemberian tambahan penghasilan ASN melalui TPP ini memberi dampak terhadap pengelolaan dokter spesialis di RSUD Kota Sabang yaitu terkait dengan perencanaan, pengadaan dan juga sistem kompensasi kepada dokter spesialis. Menyikapi hal tersebut, direktur

RSUD Kota Sabang mengakui bahwa ketersediaan dokter spesialis di RSUD Kota Sabang menjadi berkurang yang sebelumnya rumah sakit telah memiliki beberapa dokter spesialis yang hampir lengkap disebabkan salah satu faktor yaitu insentif para dokter spesialis menurun secara drastis.

Masalah yang terjadi terhadap pengelolaan dokter spesialis di RSUD Kota Sabang yang terlihat setelah pelaksanaan kebijakan tambahan penghasilan yang diatur oleh pemerintah setempat adalah RSUD Kota Sabang kehilangan beberapa dokter spesialis yang sebelumnya telah tersedia, kemudian RSUD Kota Sabang harus melakukan perencanaan dan pengadaan kembali untuk memenuhi kebutuhan dokter spesialisnya, yang pada akhirnya Pemerintah Kota Sabang harus menanggung beban biaya yang sama untuk memberikan kompensasi kepada dokter spesialis kontrak yang mana besarnya sama dengan yang diberikan kepada dokter spesialis ASN sebelumnya.

Korten (1980) menyatakan bahwa ada tiga unsur implementasi yang mempengaruhi suatu keberhasilan program, pertama kesesuaian antara apa yang ditawarkan oleh program dengan apa yang dibutuhkan kelompok sasaran. Kedua, kesesuaian antara program dengan organisasi pelaksana. Ketiga, kesesuaian antara syarat yang diputuskan oleh sebuah organisasi untuk mendapatkan output program dari apa yang dapat dilakukan oleh kelompok sasaran. Berdasarkan pola pikir Korten tersebut dapat dipahami bahwa jika tidak terdapat kesesuaian pada tiga unsur implementasi kebijakan, maka kinerja suatu program tidak akan berhasil sesuai dengan yang diharapkan. Jika output satu program tidak sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran, maka akan jelas outputnya tidak dapat dimanfaatkan (6).

Dukungan pemerintah pusat sangat dibutuhkan, dukungan tersebut berupa regulasi yang mengatur kembali skema pemberian tambahan penghasilan dokter spesialis ASN yang berada di wilayah kurang diminati atau wilayah yang letak geografisnya sulit serta daerah-daerah yang memiliki pendapatan rendah, dengan memberikan tambahan penghasilan yang sesuai sehingga dapat mempertahankan dokter spesialis yang masih bekerja di RSUD Kota Sabang untuk tetap bekerja di rumah sakit tersebut. Ketidakpuasan terhadap kompensasi secara langsung mempengaruhi *turnover intention* (8).

Ketidakpuasan dokter spesialis dalam hal kompensasi akan berperan pada keputusan dokter

spesialis untuk pindah dari RSUD Kota Sabang dan mencari tempat atau daerah lain yang memiliki peluang penghasilan yang lebih tinggi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Pathman (2002) yang menyatakan bahwa salah satu faktor kepuasan kerja yang berkaitan dengan retensi tenaga kesehatan di daerah adalah kepuasan terhadap kompensasi atau pendapatan. Adanya kepuasan terhadap pendapatan yang diterima, kemungkinan akan membuat tenaga kesehatan tetap bertahan di daerah pedesaan (9).

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa dokter spesialis ASN yang masih bekerja di RSUD Kota Sabang memiliki keinginan untuk keluar dan bekerja pada rumah sakit yang memberi nilai kompensasi lebih, atau daerah yang pendapatannya lebih tinggi sehingga tambahan penghasilan yang mereka dapat juga sesuai dengan harapan. Selain tambahan penghasilan yang diberikan oleh pemerintah daerah yang disesuaikan dengan kemampuan keuangan daerah, tambahan penghasilan yang didapat melalui jasa medis yaitu JKN juga jika dibandingkan dengan daerah lainnya, Kota Sabang termasuk sebuah kota kecil yang penduduknya juga kecil yang secara otomatis juga berpengaruh terhadap pendapatan dari JKN.

Dokter spesialis akan tertarik untuk pindah kerja ke daerah lain yang memberi peluang untuk memperoleh penghasilan atau pendapatan yang lebih tinggi, dan sebaliknya penghasilan yang rendah akan mendorong dokter spesialis untuk keluar atau pindah mencari tempat yang memberinya penghasilan yang lebih tinggi. Pernyataan yang disampaikan oleh Trisnantoro yang menyatakan bahwa tujuan sebuah rumah sakit memberikan kompensasi adalah salah satunya untuk menarik dokter spesialis agar mau bekerja dan mempertahankan dokter spesialis untuk tetap bekerja (10).

## KESIMPULAN

Implementasi kebijakan tambahan penghasilan ASN dilingkungan Pemerintah Kota Sabang merupakan amanat dari kebijakan Pemerintah Pusat. Tambahan penghasilan terhadap dokter spesialis menurun secara signifikan berdasarkan kebijakan ini sehingga implementasi kebijakan ini memberi dampak negatif terhadap kelompok sasaran dokter spesialis di RSUD Kota Sabang. RSUD Kota Sabang kehilangan beberapa dokter spesialis yang sebelumnya telah tersedia, kemudian RSUD Kota Sabang harus melakukan

perencanaan dan pengadaan kembali untuk memenuhi kebutuhan dokter spesialisnya, yang pada akhirnya Pemerintah Kota Sabang harus menanggung beban biaya yang sama untuk memberikan kompensasi kepada dokter spesialis kontrak yang mana besarnya sama dengan yang diberikan kepada dokter spesialis ASN sebelumnya.

Dukungan pemerintah pusat sangat dibutuhkan, dukungan tersebut berupa regulasi yang mengatur kembali skema pemberian tambahan penghasilan dokter spesialis ASN yang berada di wilayah kurang diminati atau wilayah yang letak geografisnya sulit serta daerah-daerah yang memiliki pendapatan rendah, dengan memberikan tambahan penghasilan yang sesuai sehingga dapat mempertahankan dokter spesialis yang masih bekerja di RSUD Kota Sabang untuk tetap bekerja di rumah sakit tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Anggraini Y, Puranto H. Anggaran Berbasis Kinerja. Penyusunan APBD Secara Komprehensif Yogyakarta Unit Penerbit Dan Percetakan Sekol Tinggi Ilmu Manaj YKPN. 2010;
2. Pemerintah RI. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/103888/pp-no-12-tahun-2019>
3. RSUD Kota Sabang. Data Kepegawaian RSUD Kota Sabang Tahun 2022. Kota Sabang: RSUD Kota Sabang; 2022.
4. Abusamaan. The Influence of Accountability and Incentive System Towards Employees' Performance [Internet]. [Malaysia]: University Utara Malaysia; 2019. Available from: [https://etd.uum.edu.my/9678/1/s822987\\_01.pdf](https://etd.uum.edu.my/9678/1/s822987_01.pdf)
5. Hazilah N, Azahadi M, Roslan, JMG. Turnover intention among public sector health workforce: is job satisfaction the issue? IIUM Med J Malays [Internet]. 2014;13(1). Available from: <https://journals.iium.edu.my/kom/index.php/imjm/article/view/492>
6. Akib H. Implementasi kebijakan: apa, mengapa, dan bagaimana. J Adm Publik. 2010;1(1):1–11.
7. Susanto, A, Fachruzzaman, Abdullah. Implementasi kebijakan tambahan penghasilan pegawai (TPP) di Provinsi Bengkulu. Fak Ekon Dan Bisnis Univ Bengkulu [Internet]. 2020

- [cited 2022 Jul 25]; Available from: <https://ejournal.unib.ac.id/index.php/fairness/article/view/15233>
8. Kadarisman M. Manajemen Kompensasi. Jakarta: RajaGrafindo Persada; 2016.
  9. Pathman DE, Konrad TR, Williams ES, Scheckler WE, Linzer M, Douglas J. Physician job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *J Fam Pr.* 2002;51(7):593.
  10. Trisnantoro L. Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2018.