

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dunia yang kita tempati memiliki 195 negara dengan populasi sebanyak 7.323.187.457 jiwa. Republik Rakyat China menempati urutan pertama penduduk terbanyak di dunia dengan jumlah penduduknya sekitar 1,37 miliar jiwa atau tepatnya adalah 1.373.541.278 jiwa. Angka tersebut merupakan 18,8% dari keseluruhan jumlah penduduk dunia. Berada di urutan kedua adalah India dengan penduduk sebanyak 1.266.883.598 jiwa atau sekitar 17,3% dari keseluruhan penduduk dunia. Amerika Serikat berada di posisi ketiga dengan jumlah penduduk sebanyak 323.995.528 jiwa atau sekitar 4,4% dari populasi dunia. Posisi keempat diduduki oleh Indonesia dengan jumlah penduduk 237.641.326 jiwa (CIA World Factbook Tahun 2016).

PBB telah memfasilitasi pembangunan multilateral pada tahun 2000 silam, yaitu dengan melibatkan negara anggota PBB untuk merencanakan pembangunan global. Hasil kesepakatan itu berupa target-target yang kemudian kita kenal dengan *Millenium Development Goals (MDG'S)*. MDG'S berisikan indikator-indikator dan tujuan pembangunan internasional hingga 15 tahun. Setelah era pembangunan internasional MDG'S usai, PBB kembali menjadi fasilitator untuk membahas pembangunan multilateral. Dari sebelumnya MDG'S berisikan 8 indikator, seiring

dengan perkembangan dunia maka indikator tersebut disesuaikan dengan kondisi eksisten yang ada. Akhirnya sebagai pengganti MDG'S munculah skema pembangunan baru yaitu *Sustainable Development Goals (SDG'S)* yang berlaku hingga 2030 kedepan.

Hal yang menarik adalah dimasukkannya isu terkait SRHR (*Sexual and Reproductive Health and Rights*) dalam SDG'S. Disisi lain SDG'S juga mencakup isu-isu terkait kesehatan ibu, kesetaraan gender, hingga keluarga berencana. Isu-isu pinggiran seperti kesehatan reproduksi dan kesetaraan gender mulai diperhatikan, berbagai negara telah mulai menyadari akan pentingnya isu tersebut dimasukkan dalam skema pembangunan internasional. Artinya dalam segala sendi pembangunan tidak boleh mengesampingkan isu SRHR, termasuk pembangunan yang dilakukan di Indonesia.

Lebih jauh sebelum isu kesehatan reproduksi kemudian dapat masuk dalam target pembangunan SDG'S, negara-negara di dunia bukan berarti menganggap isu tersebut tidak penting. Sebelum SRHR masuk dalam target tujuan SDG'S, isu tersebut telah termaktub dalam konferensi internasional di Cairo. SRHR mencakup 4 komponen yaitu kesehatan seksual, hak-hak seksual, kesehatan reproduksi, dan hak-hak reproduksi. Hal tersebut tercetus dan disepakati dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan ICPD di Cairo tahun 1994.

Tingginya populasi negara Indonesia akan membawa dampak pada semakin ketatnya persaingan untuk memperoleh kerja, rentan bertambahnya angka kemiskinan, menurunnya daya dukung lingkungan, sulitnya menciptakan

keteraturan sosial, hingga tuntutan masyarakat yang semakin tinggi akan kebutuhan pelayanan yang prima. Salah satu aspek pelayanan yang memegang peran krusial adalah pelayanan di bidang kesehatan. Semua elemen masyarakat tentu ingin mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Pemerintah bersama masyarakat perlu melakukan upaya pengendalian penduduk guna mencegah hal-hal yang tidak diinginkan seperti diatas. Upaya pengendalian penduduk memiliki dimensi yang luas tidak hanya bersifat kuantitatif saja tetapi juga menyangkut aspek kualitas penduduk, termasuk didalamnya adalah upaya pemenuhan kesehatan reproduksi dan pemenuhan hak-hak reproduksi, hal ini sesuai dengan isu SHSR dalam pembangunan multilateral SDG'S dunia tahun 2030.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dalam pasal 71 menyatakan, kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial, secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Sedangkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi menjelaskan bahwa ruang lingkup kesehatan reproduksi yang diatur meliputi kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) dan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk HIV/AIDS, pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi, kesehatan reproduksi remaja, kesehatan reproduksi usia lanjut, dan masalah kesehatan reproduksi lainnya.

Departemen Kesehatan RI 2009 mengklasifikasikan usia remaja menjadi remaja awal untuk usia 12-16 tahun dan remaja akhir untuk usia 17-25 tahun. Menurut WHO, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Jumlah kelompok usia 10-19 tahun di Indonesia menurut Sensus Penduduk 2010 sebanyak 43,5 juta atau 18% dari jumlah penduduk. Di dunia diperkirakan berjumlah 1,2 milyar atau 18% dari jumlah penduduk dunia (WHO).

Pelayanan kesehatan reproduksi saat ini dirasa belum diperhatikan dengan baik, khususnya pada remaja. Padahal remaja merupakan kelompok yang paling rentan mengalami berbagai resiko masalah kesehatan reproduksi. Masa remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Kehidupan remaja merupakan fase penentu bagi kehidupan selanjutnya. Banyak perbedaan dan perubahan yang terjadi dalam fase ini, baik perubahan secara fisik, biologis, psikis maupun sosial dalam diri remaja itu sendiri.

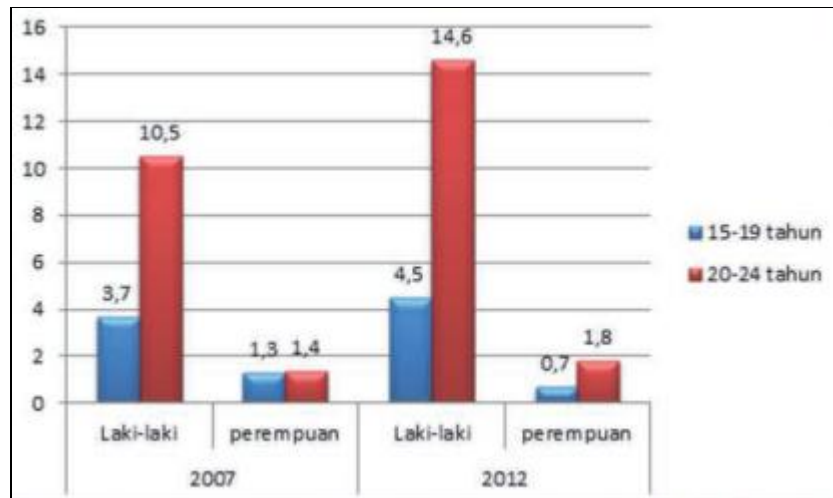
Perubahan psikologis pada remaja dapat dipengaruhi karena ada perubahan hormonal dalam tubuh. Hasrat untuk menyalurkan nafsu seksual mengalami lonjakan, hal tersebut tidak dapat dipungkiri dan merupakan sifat alamiah manusia. Ketertarikan terhadap lawan jenis mengarahkan mereka pada gaya pertemanan yang menyangkut asmara atau sering kita sebut berpacaran. Akibat pergaulan yang salah mereka awalnya mencoba merokok, mencicipi minuman keras dan narkoba, hingga

seks bebas. Apabila remaja tidak dibentengi dengan pengetahuan dan iman yang kuat, berpacaran hanya akan menyeret mereka pada perilaku negatif ke pergaulan bebas hingga seks pranikah.

Isu-isu penting terkait Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) atau dengan istilah Triad KRR (Seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA), merupakan isu yang sangat aktual dan memerlukan perhatian dari semua pihak. Remaja adalah generasi penerus bangsa, kualitas sumber daya manusia pemimpin sangat menentukan keberhasilan pembangunan negeri kelak. Bangsa ini tentu menginginkan regenerasi yang baik untuk melanjutkan cita-cita besarnya. Apabila isu-isu terkait kesehatan reproduksi remaja tidak segera ditangani dengan serius maka akan merusak masa depan remaja itu sendiri, masa depan keluarga, serta masa depan bangsa Indonesia tentunya.

Gambar 1.1

Presentase Seks Pranikah Pada Remaja Tahun 2007-2012



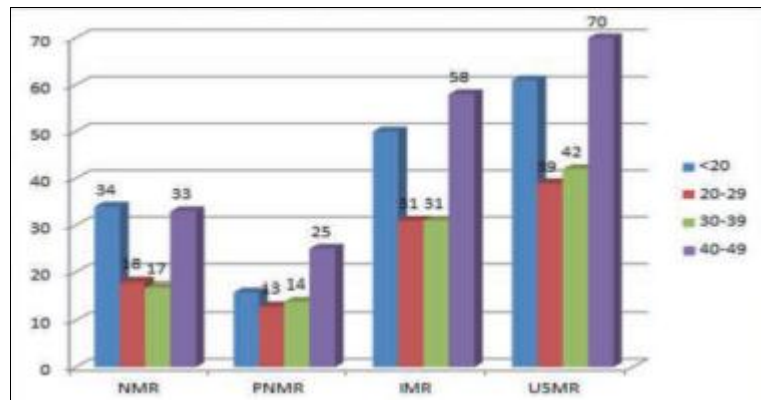
Sumber : Dokumen Survey Demografi Kesehatan Indonesia, 2012

Gambar 1.1 menunjukkan bahwa laki-laki pada umumnya sudah pernah melakukan hubungan seks pranikah baik dalam kisaran usia 15-19 tahun maupun 20-24 tahun. Dalam kurun waktu 5 tahun, presentase seks pra nikah mengalami peningkatan yang sangat signifikan. Seks pra nikah dapat mengakibatkan pernikahan dini, kehamilan yang tidak dikehendaki, resiko penularan penyakit seksual, hingga memicu upaya aborsi. Hal tersebut tentu sangat berpengaruh pada masa depan remaja, keluarga, bahkan membahayakan kesehatan ibu hamil dan janin.

Remaja adalah golongan yang rentan menghadapi berbagai resiko terkait kesehatan reproduksi. Berdasarkan data yang dihimpun dari rumahpengetahuan.web.id (21 Februari 2016), kini anak cenderung mengalami masa puber lebih awal dibandingkan 30 tahun lalu. Masa puber anak perempuan 8-13 tahun, dan masa puber anak laki-laki 9-14 tahun. Menurut Riset Kesehatan Dasar 2010, sekitar 5,2 % dari populasi anak di 17 provinsi di Indonesia mengalami masa haid pertama (*menarche*) sebelum 12 tahun. Indonesia menempati urutan ke-15 dari 67 negara dengan penurunan usia haid pertama 0,145 tahun per dekade. Perempuan yang mengalami menstruasi terlalu dini dapat meningkatkan resiko terkena kanker payudara, resistensi insulin, obesitas abdominal, penyakit kardiovaskular, dan hipertensi. Pubertas dini yang mengarah ke hubungan seks pranikah bisa memicu kehamilan dan beresiko terkena penyakit seksual menular.

Gambar 1.2

Angka Kematian Neonatal, Postneonatal, Bayi dan Balita Menurut Usia Ibu



Keterangan : NMR = *Neonatal Mortality Rate*, Angka Kematian Neonatal

: PNMR = *Post Neonatal Mortality Rate*, Angka Kematian Post Neonatal

: IMR = *Infant Mortality Rate*, Angka Kematian Bayi

: USMR = *Under Five Mortality Rate*, Angka Kematian Balita

Sumber : Dokumen Survey Demografi Kesehatan Indonesia, 2012

Dari gambar 1.2, kita ketahui bahwa persalinan ibu dibawah usia 20 tahun memiliki kontribusi terkait tingginya angka kematian neonatal, angka kematian postneonatal, angka kematian bayi, dan angka kematian balita dibandingkan dengan persalinan ibu yang berusia 20-39 tahun. Perempuan dibawah usia 20 tahun masih mengalami pertumbuhan, fisik mereka belum siap untuk mengalami proses kehamilan ataupun melahirkan. Sehingga remaja dibawah umur memiliki resiko 4 kali lipat mengalami luka serius dan meninggal akibat melahirkan. Resiko lain yang mungkin dialami antara lain yaitu mengalami hipertensi, kelahiran prematur,

keguguran, berat badan bayi lahir rendah, hingga terkena infeksi penyakit menular seksual.

Kerentanan remaja menghadapi masalah kesehatan reproduksi mendorong pemerintah untuk melakukan upaya pelayanan kesehatan untuk remaja yang kita kenal dengan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dengan puskesmas sebagai penyelenggaranya. Program tersebut bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kerampilan remaja tentang kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat serta memberikan layanan kesehatan yang berkualitas pada remaja.

Permasalahan remaja yang berkaitan dengan dengan kesehatan reproduksi sering kali berakar dari kurangnya pemahaman dan informasi untuk mencapai kondisi sehat reproduksi. Program Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR) merupakan bagian integral dari program kesehatan dan keluarga berencana di Indonesia. Fokus utama dari program KRR adalah meningkatkan pengetahuan seluruh pihak terkait dan para remaja itu sendiri mengenai pentingnya kesehatan reproduksi bagi kehidupan remaja di masa depan. Secara khusus, program KRR ditujukan untuk mengatasi masalah terkait pernikahan dini, kehamilan tidak diinginkan, konsumsi tembakau dan alkohol, serta HIV-AIDS.

PKRR adalah serangkaian kegiatan yang ditujukan kepada remaja dalam rangka menjaga kesehatan reproduksi. Tujuan PKRR berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 adalah :

- a. mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual beresiko dan perilaku beresiko lainnya yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi

- b. mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab.

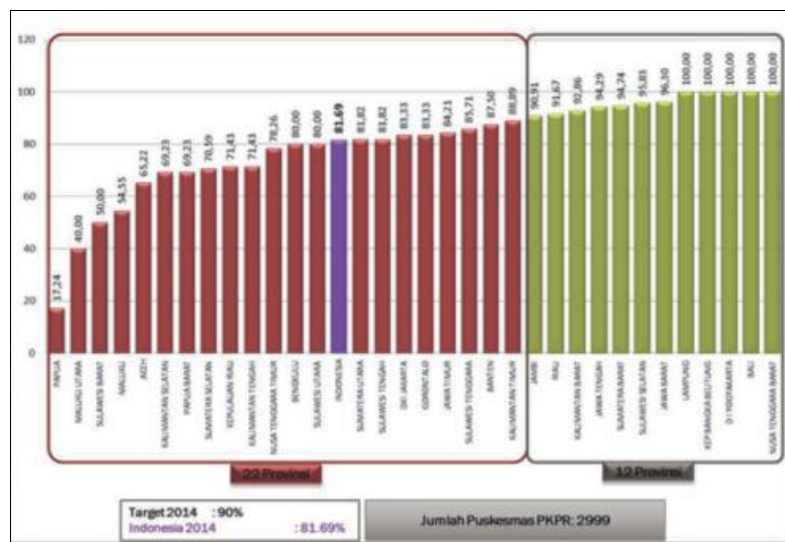
Pelayanan kesehatan reproduksi remaja dilaksanakan melalui berbagai pendekatan yaitu pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Program ini dilakukan melalui berbagai kegiatan yaitu pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi ; konseling ; serta pelayanan klinis medis. Kegiatan konseling dengan memperhatikan privasi dari remaja itu sendiri yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, konselor, maupun konselor sebaya. Pendekatan klinik medis diantaranya yaitu termasuk dalam deteksi dini, penyakit/*screening*, pengobatan, dan rehabilitasi.

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Sayangnya layanan tersebut juga tidak bebas dari masalah, lantaran jam buka puskesmas berbenturan dengan jam sekolah sehingga siswa tidak dapat melakukan konseling. Jangkauan layanan puskesmas juga terbatas pada wilayah kerjanya saja. Remaja sebagai kelompok sasaran yang bisa dijangkau baru dari kalangan siswa sekolah, sedangkan kelompok geng, anak punk, dan komunitas remaja lainnya belum tersentuh. Padahal prinsip pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi harusnya dilakukan melalui pendidikan formal maupun non formal. Selain itu stigma masyarakat masih negatif

memandang remaja yang melakukan konseling berarti memiliki masalah, padahal kenyataannya justru konseling dengan ahlinya akan menghindarkan dengan masalah.

Gambar 1.3

Persentase Puskesmas Melakukan Kegiatan Kesehatan Remaja Menurut Provinsi Tahun 2015



Sumber : Dit. Bina Kesehatan Anak, Kementerian Kesehatan, 2015

Gambar 1.3 menunjukkan bahwa hingga tahun 2014 baru terdapat 81,69% kabupaten/kota yang memenuhi minimal 4 puskesmas PKPR dan 2.999 dari 9.731 (31%) yang mampu melaksanakan PKRR. Cakupan puskesmas yang mampu menyelenggarakan PKRR terus meningkat namun masih dibawah target yaitu 90% pada akhir tahun 2014. Hal tersebut menuntut pemerintah perlu bekerja lebih keras untuk meningkatkan puskesmas dengan pelayanan PKRR. Pada akhir tahun 2019 ditargetkan 45% puskesmas di Indonesia telah menyelenggarakan kegiatan kesehatan

remaja. Jawa Tengah menduduki 12 besar provinsi dengan puskesmas penyelenggara PKRR di kabupaten/kotanya. Hal tersebut seharusnya menjadi perhatian guna meningkatkan pelayanan dan pengetahuan terkait kesehatan reproduksi remaja di Jawa Tengah khususnya.

Meskipun program KRR sudah berjalan cukup lama, namun ternyata masih banyak masyarakat terutama remaja yang belum mengetahui akan keberadaan dan manfaat program ini. Berdasarkan data yang penulis himpun, tingkat pengetahuan remaja akan kesehatan reproduksi menunjukkan angka yang masih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa informasi dan sosialisasi yang dilakukan terkait PKRR belum mencapai tujuan yang diinginkan, yaitu pemberian informasi dan pengetahuan terkait kesehatan reproduksi remaja.

Tabel 1.1

Proporsi Remaja Usia 15-19 Tahun menurut Pengetahuan Kesehatan Reproduksi di Indonesia Tahun 2013

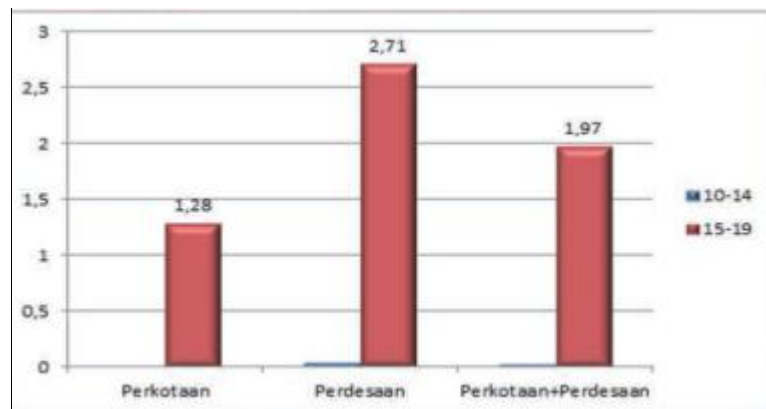
Pengetahuan Kesehatan Reproduksi	Proporsi (%)	
	Laki-laki	Perempuan
Mengetahui bahwa perempuan dapat hamil dengan satu kali berhubungan seksual	31,2	35,3
Mengetahui bahwa penularan HIV-AIDS dapat dikurangi jika berhubungan seks hanya dengan seseorang yang tidak memiliki pasangan lain	55,3	41,2
Mengetahui bahwa penularan HIV-AIDS dapat dikurangi dengan menggunakan kondom	60,8	46
Memiliki pengetahuan komprehensif mengenai HIV-AIDS	10,6	10
Mengetahui satu atau lebih gejala PMS pada pria	16,4	15,8
Mengetahui satu atau lebih gejala PMS pada perempuan	6,1	15,3
Mengetahui sebuah tempat pelayanan informasi dan konseling kesehatan reproduksi remaja	5,4	7,2

Sumber : Dokumen Survey Demografi Kesehatan Indonesia, 2012

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa pengetahuan remaja terkait kesehatan reproduksi masih rendah. Pengetahuan terkait upaya mengurangi penularan HIV-AIDS dengan kondom yang menunjukkan persentase paling tinggi diantara yang lainnya, itupun hanya 60,8% remaja laki-laki dan 46% remaja perempuan. Selebihnya hampir dari semua pertanyaan yang diberikan, remaja kurang familiar dengan PKRR. Hal tersebut mengindikasikan bahwa pemberian informasi dan sosialisasi yang dilakukan belum mampu memberikan pemahaman pengetahuan remaja akan kesehatan reproduksi.

Gambar 1.4

Proporsi Kehamilan Remaja di Indonesia Tahun 2013



Sumber : Dokumen Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan, 2013

Gambar 1.4 menunjukkan masih ditemui kehamilan pada usia sangat muda (<15 tahun), meskipun dengan proporsi yang kecil (0,02%), terutama di pedesaan (0,03%). Sedangkan proporsi kehamilan usia 15-19 tahun di pedesaan 1,97% lebih

tinggi daripada di perkotaan. Hal tersebut membuktikan bahwa kasus kesehatan reproduksi remaja tidak hanya terjadi di perkotaan tapi juga di pedesaan, bahkan angkanya lebih tinggi daripada di perkotaan. Kasus-kasus tersebut tidak hanya terjadi di perkotaan tapi juga di daerah pinggiran dan pedesaan. Justru di daerah pedesaan pengetahuan dan pendidikan seksual remaja terkait kesehatan reproduksi masih rendah, sehingga kasus-kasus terkait kesehatan reproduksi banyak dialami di daerah pedesaan.

Kabupaten Semarang, sebagai salah satu kabupaten yang padat penduduk di Jawa Tengah dan mengalami perkembangan pembangunan yang pesat tak lepas dari permasalahan terkait isu kesehatan reproduksi remajanya. Besarnya komposisi penduduk usia muda di Kabupaten dan banyaknya pusat-pusat hiburan malam memicu pada perilaku amoral remaja. Berdasarkan data dari BPS Kabupaten Semarang, penduduk Kabupaten Semarang mencapai 955.481 jiwa dengan komposisi remaja (15-24 tahun) sebanyak 157.084 (16,5%). Data tersebut dapat digunakan pemerintah Kabupaten Semarang maupun stakeholder terkait sebagai salah satu bahan pertimbangan pengambilan keputusan agar memperhatikan kebutuhan penduduk berdasarkan klasifikasi umurnya.

Kasus pernikahan dini di Kabupaten Semarang yang terus meningkat menunjukkan bahwa remaja kurang mengerti akan kesehatan reproduksinya, mereka tidak sadar bahwa hamil dan menikah dibawah usia 20 tahun dapat membahayakan kesehatan reproduksinya. Padahal apabila remaja mengetahui pentingnya KRR,

mereka dapat mencegah terjadinya dampak yang membahayakan bagi kesehatannya. Pada kenyataannya, di Kabupaten Semarang angka pernikahan dininya masih tinggi. Hal tersebut mengindikasikan bahwa tujuan dari kesehatan reproduksi remaja belum mencapai target yang diharapkan yaitu penundaan usia pernikahan.

Kepala Badan Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak (BKB,PP,PA), Romlah mengungkapkan di Kabupaten Semarang sepanjang tahun 2015 telah terjadi 216 pernikahan yang direkomendasikan pengadilan, sebesar 173 direkomendasikan oleh PA Ambarawa dan 43 direkomendasikan PA Salatiga. Bupati Kabupaten Semarang pun sudah meminta seluruh penyuluh kesehatan KB agar lebih teliti dan cermat menelusuri *by name by address* agar konseling yang dilakukan dapat lebih secara intensif dan berkala (Tribunnews, 8 Januari 2016).

Tabel 1.2

**Jumlah Kematian Ibu menurut Kelompok Umur
di Kabupaten Semarang Tahun 2014 dan 2015**

No	Kematian Ibu	Tahun 2014			Tahun 2015		
		< 20	20-34	> 35	< 20	20-34	> 35
1.	Kematian ibu hamil	0	3	3	0	2	3
2.	Kematian ibu melahirkan	0	4	3	1	2	1
3.	kematian ibu nifas	0	5	2	1	7	0
	Jumlah	0	12	8	2	11	4

Sumber : Buku Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, 2016

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa di Kabupaten Semarang ditemui AKI dengan kelompok umur dibawah 20 tahun. Pada tahun 2015 ditemui kematian ibu karena melahirkan dan kematian karena nifas, padahal dari tahun 2014 sebelumnya tidak ditemukan AKI usia ibu kurang dari 20 tahun. Hal ini juga menunjukkan bahwa masih ada ibu yang hamil di usia muda atau kurang dari 20 tahun. Usia dibawah 20 tahun adalah usia rentan hamil dan melahirkan karena fisik perempuan saat usia itu masih mengalami pertumbuhan dan persiapan. Mereka lebih beresiko mengalami masalah kesehatan yang dapat mengganggu kesehatan janin maupun ibu hamil sendiri.

Tabel 1.3
Jumlah Pengidap HIV AIDS Berdasarkan Usia
di Kabupaten Semarang Tahun 2015

No	Kelompok Umur	HIV				AIDS				Jml Kematian Akibat AIDS		
		L	P	L+P	Proporsi Kelompok Umur	L	P	L+P	Proporsi Kelompok Umur	L	P	L+P
1.	< 4 th	1	2	3	3,75		1	1	3,85	0	1	1
2.	5-14 th	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	15-19 th	1	2	3	3,75	0	0	0	0	1	2	3
4.	20-24 th	9	6	15	18,75	2	0	2	7,69	3	6	9
5.	25-29 th	3	5	8	10	0	0	0	0	0	2	2
6.	30-34 th	3	10	13	16,25	1	0	1	3,86	5	3	8
7.	35-39 th	2	4	6	7,6	0	0	0	0	0	1	1
8.	40-44 th	9	13	22	27,5	9	5	14	58,85	1	1	2
9.	45-49 th	5	0	0	6,25	0	0	0	0	0	0	0
10.	50-60 th	2	3	5	6,255	4	4	8	30,77	0	0	0
11.	> 60 th	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		34	45	80		16	10	26		10	16	28

Sumber : Buku Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, 2015

Tabel 1.3 menunjukkan bahwa pengidap HIV AIDS di Kabupaten Semarang didominasi oleh penduduk dari kelompok usia muda. Bahkan pengidap yang meninggal juga didominasi dari kelompok usia muda. Data tersebut diperoleh dari laporan puskesmas dan rumah sakit yang menangani ODHA (Orang dengan HIV/AIDS). Diluar sana, yang tidak melaporkan atau bahkan tidak pernah memeriksakan sehingga tidak dapat diketahui apakah mengidap penyakit infeksi menular seksual atau tidak menjadi sulit dideteksi. Hal tersebut seperti fenomena gunung es, dimana yang tampak dipermukaan hanya puncak dan sebagian kecil dari gunung es sedangkan yang tidak tampak di permukaanlah yang sangat besar dan berbahaya.

Masih tingginya angka pernikahan dini, meningkatnya angka kematian ibu hamil dan melahirkan di bawah umur, banyaknya pengidap HIV AIDS dan IMS lainnya dari kalangan remaja di Kabupaten Semarang adalah segelintir alasan mengapa implementasi strategi pelayanan kesehatan reproduksi remaja penting untuk dikaji lebih lanjut.

Pelaksanaan suatu program atau kegiatan memegang peranan penting dalam keberhasilan suatu kebijakan yang diambil pemerintah. Bahkan ada ungkapan apabila pelaksanaan lebih berperan daripada perumusan kebijakan. Apakah suatu kebijakan berhasil atau tidak tentu banyak faktor yang mempengaruhinya. Faktor-faktor inilah

yang perlu diperhatikan guna menunjang keberhasilan pencapaian tujuan. Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis mengambil fokus pada strategi implementasi kebijakan terkait pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang untuk diteliti.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana implementasi strategi kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang dilakukan di Kabupaten Semarang?
2. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi implementasi strategi kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Menganalisis implementasi strategi kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang dilaksanakan di Kabupaten Semarang
2. Mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi strategi kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat teoritis dari penelitian ini adalah adanya pemahaman yang mendalam mengenai bagaimana Implementasi Strategi Program Pelayanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Semarang, serta faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi sehingga

diharapkan dapat digunakan sebagai referensi bahan kajian untuk mengembangkan konsep pemikiran secara lebih logis, sistematis dan konsisten rasional.

Secara praktis penelitian ini bermanfaat bagi seluruh stakeholder terkait pemanfaatan dan pengelolaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Bagi pemerintah, penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai pertimbangan dalam pengambilan keputusan terkait pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kabupaten Semarang.

1.5 Kerangka Pemikiran Teoritis

1.5.1 Administrasi Publik

Administrasi publik oleh Chandler dan Plano dalam Keban (2014:3) dijelaskan sebagai proses dimana sumber daya dan personel publik diorganisir dan dikoodinasikan untuk memformulasikan, mengimplementasikan, dan mengelola (*manage*) keputusan-keputusan dalam kebijakan publik. Keduanya menjelaskan bahwa administrasi publik merupakan seni dan ilmu yang ditujukan untuk mengatur *public affairs* dan melaksanakan berbagai tugas yang telah ditetapkan. Dan sebagai disiplin ilmu, administrasi publik bertujuan untuk memecahkan masalah-masalah publik melalui perbaikan atau penyempurnaan terutama di bidang organisasi, sumberdaya manusia dan keuangan.

Definisi administrasi publik dikemukakan oleh Dimock, Dimock, & Fox dalam Keban (2014:5) dijelaskan sebagai produksi barang dan jasa yang direncanakan untuk melayani kebutuhan masyarakat konsumen. Definisi tersebut melihat kegiatan administrasi publik sebagai kegiatan ekonomi, atau serupa dengan bisnis tetapi khusus dalam menghasilkan barang dan pelayanan publik.

Sedangkan Nicholas Henry dalam Keban (2014 : 6) memberikan pandangannya terkait administrasi publik sebagai suatu kombinasi yang kompleks antara teori dan praktek dengan tujuan mempromosi pemahaman tentang peran pemerintah dalam hubungannya dengan masyarakat yang diperintah, dan juga mendorong kebijakan publik agar lebih responsive terhadap kebutuhan sosial. Administrasi publik berusaha melembagakan praktek-praktek manajemen agar sesuai dengan efektivitas, efisiensi, dan pemenuhan secara lebih baik kebutuhan masyarakat.

Dari definisi para ahli diatas, penulis berusaha menyimpulkan bahwa administrasi publik adalah bahasan ilmu sosial sekaligus tindakan untuk melakukan serangkaian kerjasama kelompok dalam mengolah sumberdaya dan melakukan fungsi manajemen dalam melakukan proses formulasi, implementasi, dan evaluasi kebijakan publik guna mencapai tujuan bernegara dan memenuhi kepentingan publik.

1.5.2 Kebijakan Publik

Kebijakan publik menurut Chandler dan Plano dalam Keban (2014:60) mendefinisikan sebagai pemanfaatan yang strategis terhadap sumberdaya-sumberdaya yang ada untuk memecahkan masalah-masalah publik atau pemerintah. Bahkan, Chandler dan Plano beranggapan bahwa kebijakan publik merupakan suatu bentuk intervensi yang kontinum oleh pemerintah demi kepentingan orang-orang yang tidak berdaya dalam masyarakat agar mereka dapat hidup, dan ikut berpartisipasi dalam pemeritahan.

Shafritz dan Russel dalam Keban (2014:60-61) memberikan definisi kebijakan publik yang praktis yaitu *whatever a government decide to do or not to do*. Chandler dan Plano serta Shafritz dan Russel keduanya memberikan definisi kebijakan publik merupakan respon terhadap suatu isu politik.

James Anderson mencoba memberikan definisi kebijakan publik yaitu *a relatively stable, purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem of matter of concern* (Keban, 2014:61).

Thomas R Dye dalam Subarsono (2005:2) mendefiniskikan kebijakan publik sebagai apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan. Konsep tersebut sangat luas karena kebijakan publik mencakup sesuatu yang tidak dilakukan pemerintah disamping yang dilakukan pemerintah ketika pemerintah menghadapi suatu masalah publik.

Amir Santoso dalam Winarno (2005:17) menyimpulkan bahwa pada dasarnya pandangan mengenai kebijakan publik dapat dibagi kedalam dua

kategori. Pertama pendapat ahli yang menyamakan kebijakan publik dengan tindakan-tindakan pemerintah. Para ahli dalam kelompok ini cenderung menganggap semua tindakan pemerintah dapat disebut sebagai kebijakan publik. Pandangan kedua para ahli yang memberikan perhatian khusus pada pelaksanaan kebijakan. Para ahli yang masuk dalam kategori ini terbagi dalam dua kubu, yaitu mereka yang memandang kebijakan publik sebagai keputusan-keputusan pemerintah yang memiliki tujuan dan maksud-maksud tertentu dan mereka yang menganggap kebijakan publik memiliki akibat-akibat yang bisa diramalkan. Para ahli dalam kubu pertama melihat kebijakan melihat kebijakan dalam ketiga lingkungan, yakni perumusan kebijakan, pelaksanaan kebijakan, dan penilaian. Sedangkan kubu kedua melihat kebijakan publik terdiri dari rangkaian keputusan dan tindakan.

Berdasarkan berbagai pengertian diatas penulis kemudian berusaha menyimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kebijakan publik adalah keputusan-keputusan yang diambil oleh pemerintah dengan berbagai bahan pertimbangan publik untuk menyelesaikan permasalahan publik yang terjadi di lingkup kewenangannya dengan memberikan intervensinya terhadap masalah tersebut.

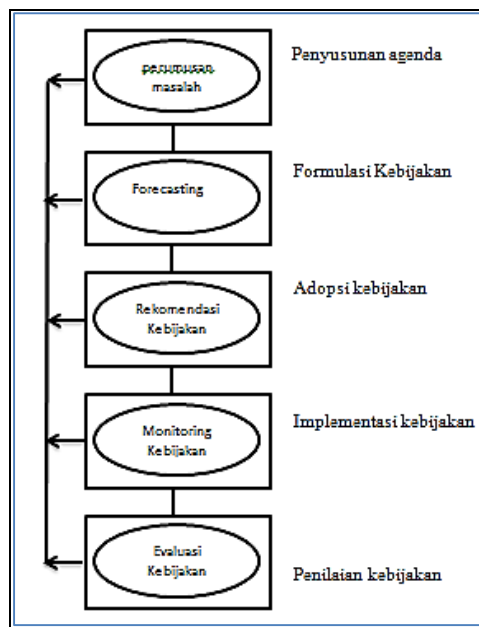
1.5.3. Tahap dan Proses Kebijakan Publik

Proses kebijakan publik adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis

tersebut nampak dalam serangkaian kegiatan yang mencakup penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan penilaian kebijakan. Sedangkan aktivitas perumusan masalah, *forecasting*, rekomendasi kebijakan, monitoring, dan evaluasi kebijakan adalah aktivitas yang lebih bersifat intelektual.

Gambar 1.5

Proses Kebijakan Publik



Sumber : William N. Dunn dalam Soebarsono (2005:9)

Tahap-tahap kebijakan publik menurut Dunn dalam Soebarsono meliputi berbagai tahapan berikut ini :

- a. Tahap Penyusunan Agenda

Para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Masalah-masalah yang ada terlebih dahulu berkompetisi sebelum masuk ke dalam agenda kebijakan. Pada akhirnya, beberapa masuk ke agenda kebijakan para perumus kebijakan. Pada tahap ini suatu masalah mungkin tidak disentuh sama sekali dan beberapa yang lain pembahasannya untuk masalah tersebut ditunda untuk waktu yang lama.

b. Tahap Formulasi Kebijakan

Masalah yang telah masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif yang ada. Sama halnya dengan perjuangan suatu masalah untuk masuk ke dalam agenda kebijakan, dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah. Pada tahap ini, masing-masing aktor akan “bermain” untuk mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

c. Tahap Adopsi Kebijakan

Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau keputusan pengadilan.

d. Tahap Implementasi Kebijakan

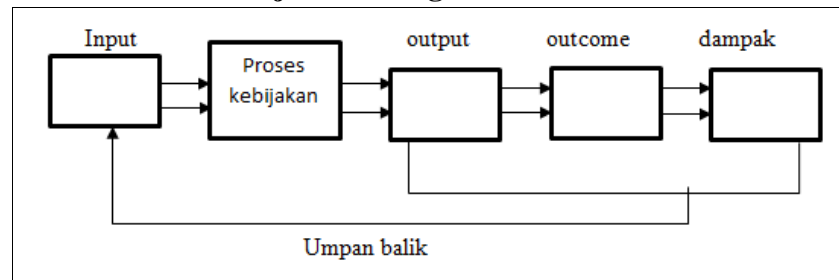
Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit jika program tersebut tidak diimplementasikan. Oleh karena itu, program kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah di tingkat bawah. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasi sumberdaya finansial dan manusia. Pada tahap implementasi ini berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para pelaksana, namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

e. Tahap Penilaian Kebijakan

Pada tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat telah mampu memecahkan masalah. Kebijakan publik pada dasarnya dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan. Dalam hal ini, memperbaiki masalah yang dihadapi masyarakat. Oleh karena itu, ditentukan ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan publik telah meraih dampak yang diinginkan.

Gambar 1.6

Kebijakan Sebagai Suatu Proses



Sumber : Soebarsono 2005 : 121

Yang dimaksud dengan *input* adalah bahan baku (*raw materials*) yang digunakan sebagai masukan dalam sebuah sistem kebijakan. Input tersebut dapat berupa manusia, sumber daya finansial, tuntutan-tuntutan, dan dukungan dari masyarakat.

Sistem politik melalui para aktornya melakukan proses konversi dari input menjadi output. Selama proses konversi ini terjadi *bargaining* dan negosiasi antar para aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan, yang masing-masing memiliki kepentingan yang mungkin berbeda atau bisa sama. *Output* yang merupakan hasil konversi sebetulnya merupakan *resultante* dari tarik-menarik antar kepentingan para aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan.

Output adalah keluaran dari sebuah sistem kebijakan, yang dapat berupa peraturan, kebijakan, pelayanan/jasa, dan program. Sedangkan *outcome* adalah hasil suatu kebijakan dalam jangka waktu tertentu sebagai akibat diimplementasikannya suatu kebijakan. *Impact* (dampak) adalah akibat lebih

jauh pada masyarakat sebagai konsekuensi adanya kebijakan yang diimplementasikan.

Dalam penelitian ini, penulis lebih memfokuskan perhatian pada tahap implementasi kebijakan yang kemudian dibahas sesuai dengan latar belakang permasalahan yaitu terkait bagaimana strategi kebijakan dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kabupaten Semarang diimplementasikan, serta menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi implementasi strategi kebijakan tersebut.

1.5.4. Implementasi Kebijakan

Implementasi menurut Lester dan Stewart dalam Winarno (2007:144) mempunyai makna pelaksanaan undang-undang dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program.

Van Meter dan Van Horn dalam Winarno (2007:146) mendefinisikan implementasi kebijakan publik sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh organisasi publik yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam

rangka melanjutkan usah-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan.

Implementasi menurut Daniel Mazmanian dan Paul Sebatier (Agustino, 2014:139) adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya keputusan tersebut mengidentifikasikan masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya.

Penulis mencoba mengambil kesimpulan dari berbagai pendapat ahli diatas bahwa implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah serangkaian cara mengolah sumberdaya agar kebijakan dapat mencapai tujuannya. Implementasi adalah prose yang dapat dilakukan setelah kebijakan dirumuskan guna mencapai tujuan yang telah ditentukan. Berhasil tidaknya suatu kebijakan besar pengaruhnya terjadi saat proses implementasinya. Dengan kata lain ada tiga kata kunci implementasi yaitu adanya suatu tujuan, cara yang dilakukan, dan hasil yang dicapai.

1.5.4.1 Pendekatan Implementasi

Peter deLeon dan Linda deLeon dalam Nugroho (2014:217). mengemukakan pendapatnya bahwa pendekatan implementasi kebijakan dapat diklasifikasikan dalam tiga generasi yaitu :

Generasi pertama (1970-an), memahami implementasi kebijakan sebagai masalah-masalah yang terjadi antara kebijakan dan eksekusinya. Salah satu peneliti yang menggunakan pendekatan ini adalah Graham T. Allison dengan studi kasus misil kuba (1971,1999). Pada generasi ini implementasi kebijakan berhimpitan dengan studi pengambilan keputusan di sektor publik.

Generasi kedua (1980-an) mengembangkan pendekatan implementasi yang bersifat dari atas ke bawah (*top-downer perspective*). Perspektif ini lebih fokus pada tugas birokrasi untuk melaksanakan kebijakan yang telah diputuskan secara politik. Ilmuan yang mengembangkan pendekatan ini antara lain Daniel Mazmanian dan Paul Sebatier (1983), Robert Nakamura dan Frank Smallwood (1980), dan Paul Berman (1980). Pada saat yang sama muncul pendekatan *bottom-upper* yang dikembangkan oleh Michael Lipsky (1971, 1980), dan Benny Hjern (1982,1983).

Generasi ketiga (1990-an) dikembangkan oleh ilmuan Malcolm L.Goggin memperkenalkan pemikiran bahwa variabel perilaku actor pelaksana implementasi kebijakan lebih menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Pada saat yang sama, muncul pendekatan kontijensi atau situasional yang mengemukakan bahwa implementasi kebijakan banyak didukung oleh adaptabilitas implementasi kebijakan tersebut. Ilmuan yang mengembangkan pendekatan ini antara lain Richard Matland (1995), Helen Ingram (1990), dan Denise Scheberle (1997).

Lester dan Stewart menerangkan bahwa implementasi kebijakan dikenal dua pendekatan yaitu: “Pendekatan *top down* yang serupa dengan pendekatan *command and control* dan pendekatan *bottom up* yang serupa dengan pendekatan *the market approach* (Agustino, 2014:140).

Pendekatan *top down* atau *command and control* dilakukan secara tersentralisasi dimulai dari aktor di tingkat pusat dan keputusan-keputusan diambil di tingkat pusat. Pendekatan *top down* bertolak dari perspektif bahwa keputusan-keputusan politik (kebijakan) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administratur atau birokrat yang berada pada level bawah (*street level bureaucrat*).

Bertolak belakang dengan pendekatan *top down*, pendekatan *bottom up* lebih menyoroti implementasi kebijakan yang terformulasi dari inisiasi warga masyarakat. Argumentasi yang diberikan adalah masalah dan persoalan yang terjadi pada level daerah hanya dapat dimengerti secara baik oleh warga setempat. Sehingga pada tahap implementasinya pun suatu kebijakan selalu melibatkan masyarakat secara partisipatif.

1.5.4.2. Model implementasi

1. Model Van Meter dan Van Horn

Model ini diperkenalkan oleh Donald Van Meter dan Carl Van Horn pada 1975. Menurut Van Meter dan Van Horn (Soebarsono, 2005:99) ada enam variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, yaitu :

- 1) Standar dan sasaran kebijakan
- 2) Sumberdaya yang dikerahkan
- 3) Hubungan antarorganisasi
- 4) Karakteristik agen pelaksana
- 5) Kondisi sosial, politik, dan ekonomi
- 6) Disposisi implementor

2. Model Edward III

George Edward dalam Nugroho (2008:447) menegaskan bahwa masalah utama administrasi publik adalah *lack of attention to implementation, without effective implementation the decision of policymakers will not be carried out successfully*. Edward menyarankan untuk memperhatikan empat isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu *communication, resource, disposition or attitudes, dan bureaucratic structure*.

Communication berkenaan dengan bagaimana kebijakan publik dikomunikasikan pada organisasi atau publik, ketersediaan sumber daya untuk melaksanakan kebijakan, sikap, dan tanggap dari para pihak yang terlibat, dan bagaimana struktur organisasi pelaksana kebijakan.

Resources berkenaan dengan ketersediaan sumberdaya pendukung, khususnya sumberdaya manusia. Hal ini berkenaan dengan kecakapan pelaksana kebijakan publik untuk melaksanakan kebijakan secara efektif.

Disposition berkenaan dengan kesediaan para implementor untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Kecakapan saja tidak mencukupi, tanpa kesediaan dan komitmen untuk melaksanakan kebijakan.

Bureaucratic structure berkenaan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi kebijakan publik. Tantangannya adalah bagaimana agar tidak terjadi bureaucratic fragmentation karena struktur ini menjadikan proses implementasi jauh dari kata efektif. Di Indonesia sering terjadi inefektivitas implementasi kebijakan karena kurangnya koordinasi dan kerja sama di antara lembaga-lembaga negara atau pemerintah.

3. Model Merilee S. Grindle (1980)

Grindle mengungkapkan bahwa keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh 2 variabel pokok yaitu variabel konten dan variabel konteks. Suwitri (2008:86-89)

Variabel isi kebijakan tersebut menyangkut hal-hal berikut :

- 1) Pihak yang kepentingannya terpengaruh. Kebijakan publik akan membawa dampak tertentu terhadap berbagai macam kegiatan politik dan merangsang munculnya perlawanan dari pihak-pihak yang kepentingannya terancam oleh kebijakan publik tersebut.
- 2) Jenis manfaat yang diterima. Program yang memberikan manfaat secara kolektif atau terhadap banyak orang lebih mudah diimplementasikan

karena memperoleh dukungan dan tingkat kepatuhan yang tinggi dari *target groups*.

- 3) Jangkauan perubahan yang diharapkan. Program yang bersifat jangka panjang dan menuntut perubahan perilaku masyarakat dan tidak secara langsung atau segera mungkin dapat dirasakan manfaatnya bagi masyarakat cenderung lebih sulit dalam implementasinya.
- 4) Kedudukan pengambil keputusan. Semakin tersebar kedudukan pengambil keputusan dalam implementasi kebijakan publik, baik secara geografis maupun organisatoris, semakin sulit pula implementasi dilakukan karena semakin banyak satuan-satuan pengambil keputusan yang terlibat.
- 5) Pelaksana-pelaksana program. Kemampuan pelaksana program akan mempengaruhi keberhasilan implementasi program tersebut. Birokrasi yang memiliki staff aktif, berkualitas, berkeahlian dan berdedikasi tinggi terhadap pelaksanaan tugas akan sangat mendukung keberhasilan.
- 6) Sumber-sumberdaya yang tersedia. Tersedianya sumberdaya secara memadai akan mendukung keberhasilan implementasi program atau kebijakan publik.

Sementara konteks implementasinya menyangkut hal-hal berikut :

- 1) Kekuasaan, minat, dan strategi aktor yang terlibat. Strategi, sumber, dan posisi kekuasaan dari implementor akan menentukan keberhasilan implementasi. Apabila kekuatan politik merasa berkepentingan terhadap

suatu program, mereka akan menyusun strategi guna memenangkan persaingan yang terjadi dalam implementasi, misalnya berusaha mendapatkan dukungan dari elite politik dan masyarakat serta menghindari oposisi yang membahayakan.

- 2) Karakteristik institusi dan rezim yang sedang berkuasa. Implementasi akan mendatangkan konflik pada kelompok-kelompok yang kepentingannya terpengaruhi. Penyelesaian konflik akan menentukan siapa mendapatkan apa. Strategi penyelesaian konflik secara tidak langsung menilai ciri-ciri rezim dan institusi dimana program diimplementasikan. Apakah program berada di lingkungan otoriter atau demokratis.
- 3) Tingkat kepatuhan dan responsivitas implementor. Agar tujuan dalam lingkungan khusus tercapai, implementor harus tanggap terhadap kebutuhan-kebutuhan beneficiaries. Tanpa daya tanggap yang cukup implementor akan kehilangan informasi untuk mengevaluasi pencapaian program dan kehilangan dukungan yang penting bagi keberhasilan implementasi.

4. Model Daniel A. Mazmanian dan Paul Sebatier (1983)

Menurut Mazmanian dan Sebatier (1983) dalam Soebarsono (2005:94), ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi yakni : karakteristik masalah (*tractability of the problems*),

karakteristik kebijakan/undang-undang (*ability of statute to structure implementation*), variabel lingkungan (*nonstatutory implementation*).

Karakteristik masalah

- 1) Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan
- 2) Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran
- 3) Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi
- 4) Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan

Karakteristik Kebijakan

- 1) Kejelasan isi kebijakan
- 2) Seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis
- 3) Besarnya alokasi sumberdaya finansial terhadap kebijakan tersebut
- 4) Seberapa besar keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana
- 5) Kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana.
- 6) Tingkat komitmen aparat terhadap tujuan kebijakan
- 7) Seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan

Lingkungan Kebijakan

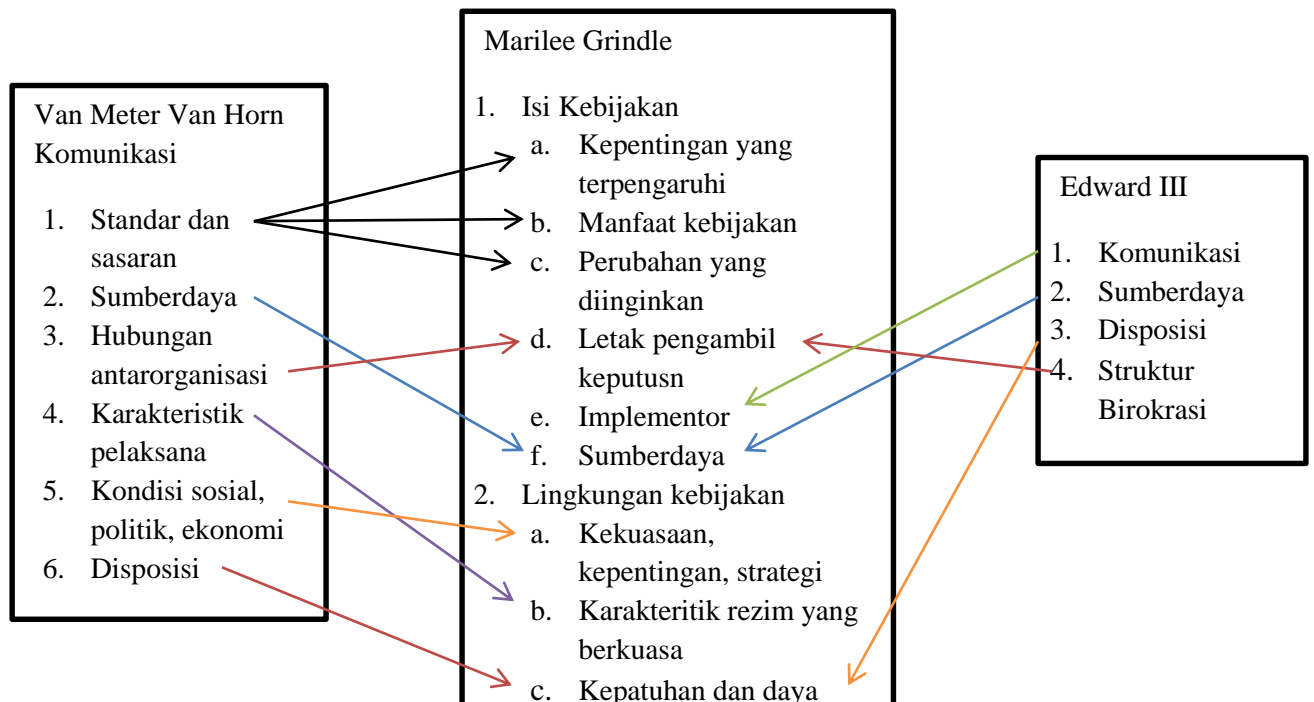
- 1) Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan ekonomi.
- 2) Dukungan publik terhadap sebuah kebijakan

- 3) Sikap dari kelompok pemilih (*constituency groups*)
- 4) Tingkat komitmen dan ketrampilan dari aparat dan implementor

Dalam penelitian ini penulis menggunakan model implementasi Marilee Grindle karena dianggap memiliki kompleksitas karakteristik dibandingkan model implementasi lainnya. Model implementasi Grindle membahas variabel yang mempengaruhi kebijakan dari dua karakteristik yaitu dari dalam dan luar. Dari dalam maksudnya adalah dari isi kebijakan itu sendiri, dan dari luar adalah lingkungan kebijakan yang mempengaruhinya. Selain itu model implementasi Grindle juga merupakan kombinasi dari pendekatan top down dan bottom up, sehingga dirasa lebih efektif dalam mencapai tujuan kebijakan.

Gambar 1.7.

Perbandingan Model Implementasi Marilee S. Grindle, Edward III, dan Van Horn Van Meter



1.5.5. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Salah satu upaya kesehatan remaja yaitu Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas. Program ini mulai dikembangkan pada tahun 2003 yang bertujuan khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan tentang kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas pada remaja.

Puskesmas yang memiliki program PKPR memberikan layanan baik di dalam maupun diluar gedung yang ditujukan bagi kelompok remaja berbasis sekolah ataupun masyarakat. Hal ini dilakukan agar layanan yang diberikan dapat menjangkau seluruh kelompok remaja (usia 10-18 tahun). Kriteria yang ditetapkan bagi puskesmas yang mampu melaksanakan PKPR yaitu :

1. Melakukan pembinaan pada minimal satu sekolah (sekolah umum, sekolah berbasis agama) dengan melaksanakan kegiatan Komunikasi, Informasi Edukasi (KIE) di sekolah binaan minimal dua kali dalam setahun.
2. Melatih kader kesehatan remaja disekolah minimal 10% dari jumlah murid di sekolah binaan
3. Memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas PKPR.

Layanan PKPR merupakan pendekatan yang komprehensif dan menekankan pada upaya promotif/preventif berupa pembekalan kesehatan dan peningkatan keterampilan psikososial dengan Pendidikan Ketrampilan Hidup Sehat (PKHS). Layanan konseling menjadi ciri dari PKPR mengingat masalah remaja yang tidak hanya berhubungan dengan fisik tetapi juga psikososial. Upaya penjangkauan terhadap kelompok remaja juga dilakukan melalui kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), *Focus Grup Discussion* (FGD), dan penyuluhan kesekolah-sekolah dan kelompok remaja lainnya.

Fenomena *peer groups* (kelompok sebaya) juga menjadi perhatian pada PKPR. Oleh karena itu, program ini juga memberdayakan remaja sebagai konselor sebaya yang diharapkan mampu menjadi agen pengubah (*agent of change*) di kelompoknya. Konselor sebaya ini sangat potensial karena adanya kecenderungan pada remaja untuk memilih teman sebaya sebagai tempat berdiskusi dan rujukan informasi.

Selain pemberian informasi, edukasi, dan kegiatan seperti disebutkan di atas, pelayanan kesehatan sekolah ini meliputi pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan perkembangan kecerdasan, pemberian imunisasi, penemuan kasus-kasus dini yang mungkin terjadi, pengobatan sederhana pertolongan pertama setelah rujukan bila menemukan kasus yang tidak dapat ditanggulangi sekolah.

Strategi implementasi kesehatan reproduksi remaja merupakan strategi yang diputuskan pemerintah dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan

untuk mengimplementasikan kebijakan terkait kesehatan reproduksi remaja. Kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintah pusat yang dibagi bersama dengan pemerintah daerah, artinya daerah sebagai kepanjangan tangan pemerintah pusat untuk menyelenggarakan pelayanan dan urusan kesehatan di daerah. Pemerintah telah membuat berbagai regulasi yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja untuk menjamin implementasinya, yaitu :

- 1) Undang-Undang Nomor 36 Tentang Kesehatan Pasal 74 ayat (3), pasal 75 ayat (4), pasal 126 ayat (4) dan pasal 127 ayat (2)
- 2) Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.

Tentang area prioritas pembangunan Program Indonesia Sehat dijelaskan bahwa area prioritas pertama adalah penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. Area prioritas tersebut diklasifikasikan dalam tahap kembang manusia dan pada tahap perkembangan usia remaja dilaksanakan lewat program PKPR.
- 4) Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi, pasal 11 dan pasal 12

Pasal 11

- (1) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja bertujuan untuk :
 - a. Mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual beresiko dan perilaku beresiko lainnya yang dapat berpengaruh terhadap Kesehatan Reproduksi; dan
 - b. Mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggungjawab.
- (2) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja diberikan dengan menggunakan penerapan pelayanan kesehatan peduli remaja.
- (3) Pemberian Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja harus disesuaikan dengan masalah dan tahapan tumbuh kembang remaja serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender, mempertimbangkan moral, nilai agama, perkembangan mental, dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

- (1) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 11 dilaksanakan melalui pemberian :
 - a. Komunikasi, informasi, dan edukasi;
 - b. Konseling; dan/atau
 - c. Pelayanan klinik medis
- (2) Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi materi :
 - a. Pendidikan ketrampilan hidup sehat;
 - b. Ketahanan mental melalui ketrampilan sosial;

- c. Sistem, fungsi, dan proses reproduksi;
- d. Perilaku seksual yang sehat dan aman;
- e. Perilaku seksual beresiko dan akibatnya;
- f. Keluarga berencana; dan

g. Perilaku beresiko lain atau kondisi kesehatan lain yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi.

(3) Konseling sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilaksanakan dengan memperhatikan privasi dan kerahasiaan, dan dilakukan oleh tenaga kesehatan, konselor dan konselor sebaya yang memiliki kompetensi sesuai dengan kewenangannya.

(4) Pelayanan klinik medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c termasuk deteksi dini penyakit/*screening*, pengobatan, dan rehabilitasi.

(5) Pemberian materi komunikasi, informasi, dan edukasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui proses pendidikan formal dan nonformal serta kegiatan pemberdayaan remaja sebagai pendidik sebaya atau konselor sebayanya.

1.6 Operasionalisasi Konsep

1.6.1 Implementasi Strategi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kabupaten Semarang

Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja merupakan kebijakan yang sudah lama ada, namun ketentuan dalam pelaksanaan

pelayanan kesehatan reproduksi remaja baru ada dalam Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 dan secara operasional di puskesmas implementasinya didasarkan dengan Pedoman Perencanaan, Pembentukan, dan Pengembangan Puskesmas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Kabupaten/Kota. Dalam penelitian ini yang akan diamati adalah mengenai strategi Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kabupaten Semarang, maka akan dianalisis hal-hal yang berkaitan dengan strategi implementasi kebijakan. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014, Implementasi Strategi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja dilakukan dengan tiga kegiatan utama, yaitu pemberian KIE (komunikasi, informasi, edukasi), konseling, dan upaya tindakan klinik medis, sehingga fenomena penelitian yang diteliti meliputi :

1. Pemberian KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi)

Hal-hal yang diperhatikan dalam pemberian KIE adalah siapa yang memberikan KIE, bagaimana intensitas pemberian KIE, media apa saja yang digunakan, serta materi apa yang diberikan.

2. Konseling yang diberikan Kepada Target Group

Terkait bagaimana mekanisme pelaksanaan konseling, bagaimana kemudahan akses konseling, serta bagaimana kontinuitas konseling dilakukan

3. Tindakan Klinik Medis yang dilakukan

Tindakan klinik medis yang diperhatikan adalah upaya medis apa saja yang dilakukan, serta bagaimana alur tindakan klinik medis.

1.6.2 Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Strategi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kabupaten Semarang di dalam penelitian akan dianalisis hal-hal yang memberikan pengaruh terhadap strategi implementasi kebijakan berdasarkan model implementasi Merilee S. Grindle sebagai berikut :

1. Isi kebijakan
 - a. Kepentingan yang terpengaruh kebijakan :
 - 1) Apakah kebijakan telah sesuai dengan kebutuhan *target group*
 - 2) Bagaimana penerimaan kelompok kepentingan terhadap kebijakan yang diimplementasikan
 - b. Jenis manfaat yang diterima *target group* : manfaat apa yang termuat dalam kebijakan
 - c. Derajat perubahan yang diinginkan :
 - 1) Perubahan apa yang diinginkan dalam kebijakan
 - 2) Bagaimana tingkat kesulitan untuk melakukan perubahan
 - d. Kedudukan pembuat kebijakan : lembaga mana yang terlibat untuk merumuskan kebijakan
 - e. Pelaksana program :
 - 1) Siapa saja implementor yang melaksanakan kebijakan

2) Apakah tugas pelaksana kebijakan sudah dijabarkan secara jelas dan rinci

f. Dukungan sumberdaya :

1) Apakah implementasi sudah didukung oleh sumberdaya manusia yang cukup

2) Apakah dana yang dialokasikan telah mencukupi

3) Apakah implementasi ditunjang fasilitas yang cukup

2. Lingkungan Kebijakan

a. Kekuasaan, kepentingan, dan strategi aktor yang terlibat :

1) Bagaimana peran dan dukungan pemerintah terkait kebijakan yang diimplementasikan

2) Bagaimana strategi dilakukan untuk mengimplementasikan kebijakan

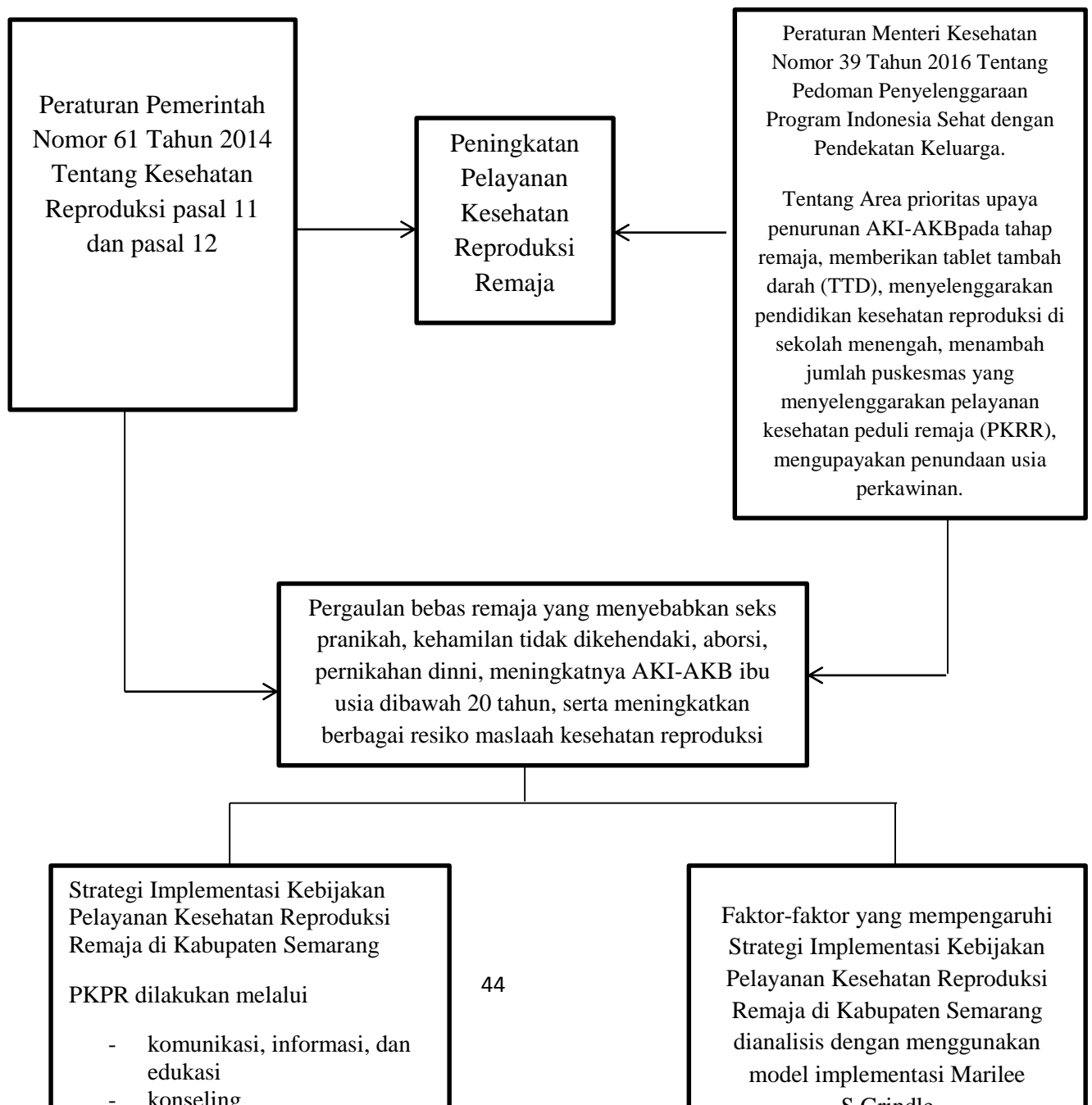
b. Karakteristik pemerintahan yang berkuasa : bagaimana karakteristik rezim pemerintahan yang sedang berkuasa

c. Kepatuhan dan daya tanggap :

1) Bagaimana kepatuhan *target group* menjalankan kebijakan

2) Bagaimana daya tanggap implementor terhadap kebutuhan-kebutuhan *target group*

1.7 Kerangka Pemikiran Teoritis



1.8 Metodologi Penelitian

1.8.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Penelitian dilakukan pada objek yang alamiah, yaitu objek yang berkembang apa adanya tidak dimanipulasi oleh peneliti dan kehadiran peneliti tidak mempengaruhi dinamika pada obyek tersebut. Dalam penelitian kualitatif, instrumen penelitiannya adalah *human instrument*, atau peneliti itu sendiri. Peneliti harus memiliki bekal teori dan wawasan yang luas, sehingga mampu bertanya, menganalisis, memotret, dan mengkonstruksi situasi sosial yang diteliti menjadi jelas dan bermakna. Metode kualitatif digunakan untuk mendapatkan data yang mendalam, suatu data yang mengandung makna. Makna adalah data yang sebenarnya, data yang pasti yang merupakan suatu nilai dibalik data yang tampak. Oleh karena itu dalam penelitian kualitatif tidak menekankan pada generalisasi, tetapi lebih menekankan pada makna. Generalisasi dalam penelitian kualitatif dinamakan *transferability* (Sugiyono, 2014 : 8-9)

Selanjutnya Harbani Pasolong dalam bukunya Metode Penelitian Administrasi Publik menyebutkan ada tiga tipe penelitian (2012:75) yaitu :

1. Penelitian Eksploratif (penjajakan)

Merupakan penelitian yang bersifat terbuka, masih mencari-cari dan belum mempunyai hipotesa, pengetahuan penelitian tentang gejala yang ingin diteliti masih kurang, sehingga penelitian penjajakan sering dilakukan sebagai langkah pertama untuk penelitian penjelasan maupun penelitian deskriptif. Melalui eksploratif tersebut masalah penelitian dapat dirumuskan dengan lebih jelas dan lebih rinci.

2. Penelitian Explanatory (penjelasan)

Merupakan penelitian yang menyoroti hubungan antara variabel-variabel penelitian dan menguji hipotesa yang telah dirumuskan, oleh karena itu dinamakan penelitian pengujian hipotesa yang telah dirumuskan atau *testing research*.

3. Penelitian Deskriptif (penggambaran)

Penelitian yang mendeskripsikan apa yang terjadi pada saat melakukan penelitian. Didalamnya terdapat upaya mendeskripsikan, mencatat, menganalisa dan menginterpretasikan kondisi-kondisi yang sekarang ini terjadi atau ada. Jadi penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi-informasi mengenai keadaan saat ini, dan melihat kaitan antara variabel-variabel yang ada. Penelitian ini tidak menguji hipotesa, melainkan hanya mendeskripsikan informasi apa adanya secara objektif.

Berdasarkan tipe penelitian yang disebutkan diatas, penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif deskriptif untuk mencapai tujuan penelitian yaitu mengetahui bagaimana gambaran implementasi strategi pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang, serta mengidentifikasi dan menganalisis faktor apa saja yang mempengaruhi.

1.8.2 Situs Penelitian

Berdasarkan fokus yang dijadikan penelitian yaitu implementasi strategi kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang. Maka situs penelitian ini adalah wilayah Kabupaten Semarang, khususnya di Dinas Kesehatan dan Dinas PP, PA, dan KB sebagai lembaga yang berwenang, serta puskesmas sebagai penyelenggara PKPR.

1.8.3 Subjek Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrument atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri. Kedudukan peneliti yang seperti ini disebut sebagai *Human Instrument*. Sebagai *human instrument*, peneliti berfungsi untuk menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan atas temuannya (Sugiyono, 2009 : 222).

Pasolong dalam bukunya Metode Penelitian Administrasi Publik menyatakan bahwa informan dalam penelitian kualitatif berkembang terus

(*snowball*) secara bertujuan (*purposive*) sampai data yang dikumpulkan dianggap memuaskan. Alat pengumpulan data atau instrumen penelitian dalam metode kualitatif adalah peneliti sendiri. Jadi peneliti merupakan *key informant*, dalam mengumpulkan data, peneliti harus terjun sendiri ke lapangan secara aktif (Pasolong, 2012:161-162).

Penelitian kualitatif mulanya memilih satu *key informant* yang nantinya *key informant* tersebut akan menunjuk informan selanjutnya guna memperoleh informasi yang lebih dalam. Informan dalam penelitian ini, yaitu :

- 1) Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang
- 2) Kepala Bidang Pelayanan KB dan Perlindungan Hak Reproduksi Dinas PP, PA, dan KB Kabupaten Semarang
- 3) Petugas puskesmas penyelenggara KRR
- 4) Kepala UPTB Kecamatan
- 5) Pengurus PIK Remaja
- 6) Youth Center Kabupaten Semarang
- 7) Remaja di Kabupaten Semarang

1.8.4 Jenis Data

Menurut Lofland dan Lofland dalam Moelong, sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Berkaitan dengan itu, jenis

datanya dibagi kedalam kata-kata dan tindakan, sumber data tertulis, foto, dan statistik

1. Kata-kata dan tindakan

Kata-kata dan tindakan orang yang diamati atau diwawancarai merupakan sumber data utama. Sumber data utama dicatat melalui catatan tertulis atau melalui perekaman *video/audio tapes*, pengambilan foto, atau film. Pencatatan sumber data utama melalui wawancara atau pengamatan berperan serta merupakan hasil usaha gabungan dari kegiatan melihat, mendengar dan bertanya.

2. Sumber tertulis

Dilihat dari sumber data, bahan tambahan yang berasal dari sumber tertulis dapat dibagi atas sumber buku dan majalah ilmiah, sumber dari arsip, dokumen pribadi, dan dokumen resmi. Sumber tertulis lainnya tersedia pula di Lembaga Arsip Nasional atau tempat-tempat arsip penting lainnya. Sedangkan pada instansi-instansi pemerintah biasanya ada dokumen resmi terkait pelaksanaan kegiatan.

3. Foto

Sekarang ini foto sudah banyak dipakai sebagai alat untuk keperluan penelitian kualitatif karena dapat dipakai dalam berbagai keperluan. Foto menghasilkan data deskriptif yang cukup berharga dan sering digunakan untuk menelaah segi-segi subjektif dan hasilnya sering dianalisis secara induktif.

4. Data statistik

Penelitian kualitatif seringkali juga menggunakan data statistik yang telah tersedia sebagai sumber data tambahan. Statistik dapat membantu memberikan gambaran tentang kecenderungan terkait penelitian yang dilakukan. Mempelajari statistik juga dapat membantu peneliti memahami persepsi subjek penelitiannya.

1.8.5 Sumber data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Adapun sumber data primer dan sekunder tersebut yaitu :

1. Sumber Data Primer

Pasolong menjelaskan data primer merupakan data yang diperoleh langsung oleh pengumpul data (peneliti) dari objek penelitiannya, Data primer merupakan data yang dikumpulkan dan diolah sendiri oleh organisasi yang menerbitkan atau menggunakannya. Dalam penelitian ini data primer yang digunakan oleh peneliti adalah data yang didapat dari hasil wawancara dan hasil observasi di lapangan yang didapat oleh peneliti selama proses pengumpulan data. Dalam penelitian ini, sumber data berupa hasil wawancara didapatkan dari beberapa informan yang ditemui peneliti secara langsung. Informan tersebut antara lain :

- 1) Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Dinkes Kabupaten Semarang
- 2) Kepala Bidang Pelayanan KB dan Perlindungan Hak Reproduksi, Dinas PP, PA, dan KB Kabupaten Semarang

- 3) Petugas Puskesmas Ambarawa
- 4) Pengurus PIK Remaja
- 5) Youth Center Kabupaten Semarang
- 6) Remaja di Kabupaten Semarang

2. Sumber Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari studi pustaka atau bahan informasi lain yang berhubungan dengan masalah yang akan diteliti. Bentuk dari data sekunder ini berupa catatan-catatan, buku-buku literatur, dokumen, laporan, serta sumber-sumber lain yang berhubungan dengan penelitian. Dalam penelitian ini, data sekunder yang digunakan berupa laporan posting berita, dan laporan-laporan lain yang berkaitan dengan implementasi strategi pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Semarang.

1.8.6 Teknik Pengumpulan Data

Sugiyono menjelaskan bahwa teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling utama dalam suatu penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah untuk mendapatkan data. Berikut teknik pengumpulan data menurut Sugiyono :

1. Observasi

Nasution dalam Sugiyono menyatakan bahwa observasi merupakan dasar dari semua ilmu pengetahuan, para ilmuwan hanya akan dapat bekerja berdasarkan data yakni fakta mengenai dunia kenyataan yang diperoleh melalui observasi (pengamatan). Sanafiah Faisal dalam Sugiyono mengklasifikasikan observasi kedalam tiga bentuk, sebagai berikut :

a. Observasi Partisipatif

Susan Stainback dalam Sugiyono menyatakan dalam observasi partisipatif peneliti melakukan pengamatan terhadap apa yang dikerjakan orang, mendengarkan apa yang mereka ucapkan, serta berpartisipasi dalam aktivitas mereka.

b. Observasi Terus Terang atau Tersamar

Sugiyono memaparkan dalam hal ini peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara berterus terang kepada sumber data, bahwa ia sedang melakukan penelitian sehingga para sumber data mengetahui sejak awal sampai akhir tentang aktivitas peneliti. Namun dalam situasi tertentu peneliti tidak terus terang dalam observasi hal ini untuk menghindari apabila suatu data yang dicari merupakan data rahasia.

c. Observasi Tidak Berstruktur

Observasi tak berstruktur merupakan observasi yang tidak dipersiapkan secara sistematis tentang apa yang akan diobservasi. Hal ini dilakukan peneliti karena tidak tahu secara pasti tentang apa yang akan diamati.

Dalam hal ini peneliti menggunakan observasi terstruktur atau terencana karena peneliti melakukan pengamatan langsung pada lokasi penelitian.

2. Wawancara

Esterberg dalam Sugiyono mendefinisikan wawancara sebagai pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Susan Stainback menjelaskan dengan melakukan wawancara maka peneliti akan mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang partisipan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi, dimana hal ini tidak bisa ditemukan melalui observasi.

Esterberg mengemukakan beberapa macam wawancara, sebagai berikut :

a. Wawancara Terstruktur

Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpul data bila peneliti telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh. Peneliti telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya pun telah disiapkan.

b. Wawancara Semi Terstruktur

Wawancara ini sudah termasuk dalam kategori *in-depth interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan

wawancara terstruktur. Wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya.

c. Wawancara Tak Berstruktur

Merupakan wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya. Pedoman wawancara hanya berupa garis-garis besar permasalahan yang akan ditanyakan.

Jenis wawancara yang digunakan peneliti adalah wawancara semi terstruktur, karena peneliti ingin memperoleh informasi secara lebih mendalam sesuai dengan fokus penelitian yang akan dilakukan.

3. Dokumentasi

Sugiyono menjelaskan dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu dan bentuknya berupa tulisan, gambar atau karya-karya monumental dari seseorang. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan, ceritera, biografi, peraturan dan kebijakan. Dokumen yang berbentuk gambar misalnya foto, gambar hidup, sketsa, dan lain-lain. Dokumen yang berbentuk karya misalnya patung, film, gambar, dan lain-lain. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif karena tidak semua dokumen memiliki kredibilitas yang tinggi.

4. Triangulasi

Teknik pengumpulan data triangulasi merupakan gabungan dari berbagai teknik dan sumberdata yang telah ada. Tidak hanya mengumpulkan data teknik ini juga digunakan dengan maksud menguji kredibilitas data yang didapat. Peneliti lebih mengarah pada penggunaan observasi partisipatif, wawancara mendalam dan dokumentasi secara bersamaan.

Peneliti dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi yang pengumpulan datanya dilakukan dengan cara berbeda-beda untuk sumber data yang sama. Peneliti memahami bahwa penelitian kualitatif bukan hanya bertujuan untuk mencari kebenaran semata melainkan mempertajam dan memperluas pemahaman terhadap fenomena yang diteliti melalui informan. Teknik pengumpulan data ini dinilai cocok untuk data yang tidak konsisten dan kotradiksi dengan keadaan yang ada di lapangan. Teknik pengumpulan data triangulasi dengan demikian dapat membantu meningkatkan kekuatan data, membuatnya lebih konsisten dan lebih pasti dibanding dengan hanya menggunakan satu pendekatan saja.

1.8.7 Teknik Analisis Data

Analisis data di lapangan menggunakan analisis data penelitian kualitatif model Miles and Huberman, dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung, dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Pada saat wawancara, peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban yang diwawancarai. Bila jawaban yang diwawancarai setelah dianalisis terasa belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi, sampai

tahap tertentu diperoleh data yang dianggap kredibel. Miles and Huberman mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus sampai tuntas. Aktivitas dalam analisis data yaitu *data reduction*, *data display*, dan *conclusion drawing/verification*. Langkah tersebut yaitu :

a. *Data reduction* (reduksi data)

Menurut Sugiyono mereduksi data memiliki arti merangkum, memilah, menarik fokus data, hingga mencari tema dan polanya. Semakin meluasnya data yang didapat di lapangan maka akan semakin kompleks data tersebut hingga diperlukan reduksi data yang dapat membantu peneliti memperjelas gambaran atas fenomena yang diteliti. Reduksi data dapat didiskusikan dengan teman atau orang yang dipandang lebih ahli dengan demikian wawasan peneliti akan berkembang hingga mampu mendapatkan nilai pada temuan dan teori yang signifikan.

b. *Data display* (penyajian data)

Aktivitas yang harus dilakukan setelah mereduksi data adalah menyajikan data tersebut. Penyajian data yang dilakukan dalam penelitian kualitatif dapat berupa tabel grafik, pie chart, pictogram, dan lain-lain. Tujuan penyajian data adalah untuk menyusun dan mengklasifikasikan data yang ada agar lebih mudah dipahami. Penyajian data nyatanya lebih rumit dibanding dengan ilustrasinya mengingat obyek penelitian yang kompleks

di lapangan maka data yang telah ditemukan perlu diuji terlebih dahulu apakah data tersebut dapat berkembang atau tidak. Bilamana data tersebut terus berkembang maka akan menjadi teori grounded yang merupakan data yang ditemukan secara induktif.

c. *Conclusion drawing/verivication* (Penarikan Kesimpulan/Verifikasi)

Peneliti pada tahap ketiga ini melakukan usaha untuk menarik kesimpulan dan melakukan verifikasi melalui pencarian makna dari tiap fenomena yang didapatkan di lapangan, mencatat keteraturan dan konfigurasi yang mungkin ada, alur kausalitas dari fenomena, dan proposisi. Kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah temuan yang baru dan belum pernah ada sebelumnya dapat berupa deskripsi atau gambaran atas fenomena yang diteliti. Kesimpulan bersifat kredibel didukung oleh bukti yang valid dan konsisten.

1.8.8 Kualitas Data

Dalam pengujian keabsahan data, metode penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* (validitas interbal), *transferability* (validitas eksternal), *dependability* (reliabilitas), dan *confirmability* (objektifitas)

1. Uji Kredibilitas

Uji kredibilitas data terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negative, dan membercheck.

2. Pengujian *Transferability*

Supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian kualitatif sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian tersebut, maka peneliti dalam membuat laporannya harus memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis, dan dapat dipercaya. Dengan demikian pembaca menjadi lebih jelas akan hasil penelitian tersebut sehingga dapat memutuskan dapat atau tidaknya untuk mengaplikasikan hasil penelitian tersebut di tempat lain.

3. Pengujian *Depenability*

Dalam penelitian kualitatif, uji dependability dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Caranya ditentukan oleh auditor independen, atau pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian. Bagaimana peneliti mulai menentukan masalah/fokus, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisis data, melakukan uji keabsahan data, sampai membuat kesimpulan harus dapat ditunjukkan oleh peneliti.

4. Pengujian *Konfirmability*

Uji konfirmability mirip dengan uji dependability, sehingga pegujiannya dapat dilakukan secara bersamaan. Menguji konfirmability berarti menguji hasil penelitian, dikaitkan dengan proses yang dilakukan, maka