

BAB I

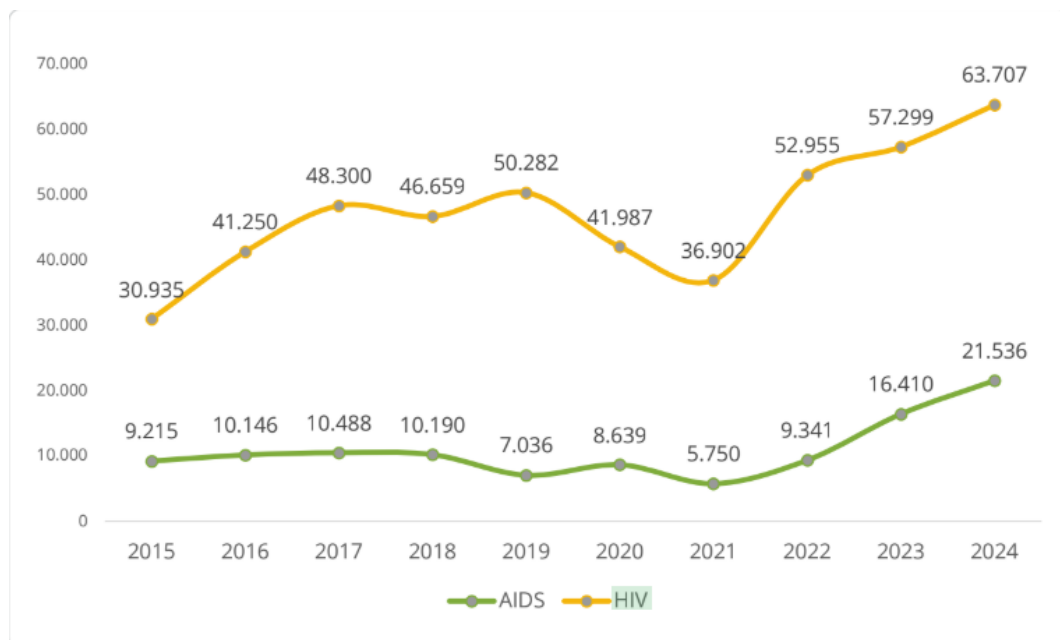
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Efektivitas penyelenggaraan pelayanan publik di bidang kesehatan sangat bergantung pada ketersediaan data yang valid dan akurat sebagai landasan pengambilan keputusan strategis (*evidence based policy*). Dalam konteks ini, transformasi tata kelola pemerintahan menuju *digital governance* dan *e-government* menjadi instrumen kunci dalam mewujudkan pelayanan publik berbasis data yang transparan, efisien, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Penanganan masalah kesehatan yang kompleks, seperti penyebaran *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), membutuhkan sistem pelaporan dan surveilans yang terintegrasi secara *real-time* melalui prinsip interoperabilitas sistem, yaitu kemampuan berbagai sistem informasi untuk saling terhubung dan bertukar data secara otomatis tanpa hambatan teknis maupun administratif. Seiring dengan tuntutan reformasi birokrasi digital tersebut, inovasi sistem informasi kesehatan menjadi elemen krusial untuk meminimalisir hambatan administratif pelaporan, mulai dari tingkat puskesmas hingga kementerian pusat.

HIV menjadi salah satu masalah kesehatan global yang menjadi perhatian dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) dengan target eliminasi pada tahun 2030. Secara nasional, tren penemuan kasus HIV menunjukkan fluktuasi yang signifikan dalam satu dekade terakhir, yakni dari 30.935 kasus pada tahun 2015 meningkat menjadi 63.707 kasus pada tahun 2024, diikuti lonjakan kasus AIDS yang mencapai 21.536 kasus pada tahun yang sama (Ditjen Penanggulangan

Penyakit, Kemenkes RI, 2025). Tren ini menunjukkan bahwa tantangan deteksi dan pelaporan kasus semakin kompleks setiap tahunnya, sehingga keberadaan sistem informasi yang andal menjadi krusial untuk mendukung pengambilan kebijakan berbasis data yang valid dari tingkat fasilitas kesehatan primer hingga nasional.

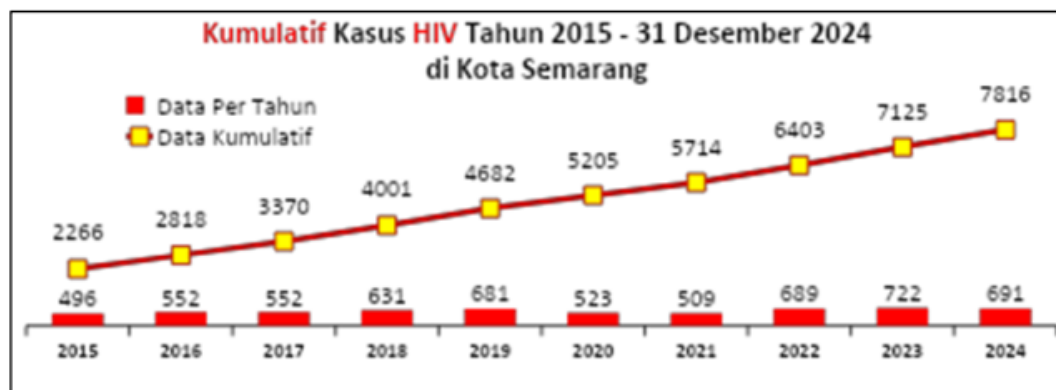


Gambar 1.1 Jumlah Kasus HIV dan AIDS di Indonesia Tahun 2015-2024.

Sumber : Ditjen Penanggulangan Penyakit, Kemenkes RI, 2025.

Pada tingkat regional, Provinsi Jawa Tengah secara konsisten menjadi salah satu wilayah dengan beban kasus HIV tertinggi di Indonesia, dengan jumlah kasus baru berfluktuasi dari 5.897 kasus pada tahun 2022 menjadi 6.191 kasus pada tahun 2024. Sebagai ibu kota provinsi sekaligus wilayah dengan kontribusi kasus tertinggi di Jawa Tengah pada tahun 2023, yakni sebanyak 331 kasus (Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2023), Kota Semarang memiliki peran krusial dalam menekan angka tersebut melalui sistem pelaporan yang akurat dan tepat waktu.

Berdasarkan data Kumulatif Kasus HIV Tahun 2015-2024 di Kota Semarang, terjadi tren kenaikan yang konsisten setiap tahunnya, dari 2.266 kasus pada tahun 2015 menjadi 7.816 kasus pada akhir tahun 2024, dengan penemuan kasus baru pada tahun 2024 tercatat sebanyak 691 kasus (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2024).



Gambar 1.2 Tren kumulatif kasus HIV di Kota Semarang Tahun 2015 -2024.

Sumber : Seksi P2ML Bidang P2P Dinkes Kota Semarang

Persebaran kasus telah merambah hampir ke seluruh 177 kelurahan di Kota Semarang, dengan konsentrasi tertinggi berada di wilayah dengan mobilitas penduduk tinggi, termasuk kawasan Semarang Utara dan pusat kota.

Puskesmas Bandarharjo merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berlokasi di Kecamatan Semarang Utara, sebuah wilayah pesisir yang berdekatan dengan kawasan Pelabuhan Tanjung Emas dan memiliki karakteristik mobilitas penduduk yang tinggi. Karakteristik wilayah dengan mobilitas tinggi semacam ini secara epidemiologis kerap dikaitkan dengan peningkatan risiko penularan HIV, sehingga menjadikan Puskesmas Bandarharjo sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang memiliki peran strategis dalam program penanggulangan HIV/AIDS di Kota Semarang. Sebagai salah satu puskesmas yang telah

mengimplementasikan SIHA 2.1 dalam pencatatan dan pelaporan data pasien ODHIV, Puskesmas Bandarharjo menjadi lokasi yang relevan untuk mengkaji secara mendalam bagaimana sistem informasi digital tersebut diimplementasikan pada tingkat pelayanan kesehatan primer.

Transformasi tata kelola data kesehatan di Indonesia didasarkan pada mandat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 yang mewajibkan pemerintah menyediakan akses informasi bagi masyarakat. Sebagai tindak lanjut, Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 menetapkan sistem informasi kesehatan sebagai bagian integral dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) untuk mendukung pengambilan keputusan di setiap jenjang manajemen, sebuah langkah nyata menuju *digital governance* di sektor kesehatan. Dalam kerangka operasionalnya, Kementerian Kesehatan mengembangkan Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA 2.1) sebagai bentuk *e-government* di bidang kesehatan untuk menggantikan sistem pelaporan manual yang dinilai tidak lagi efektif dalam menangani volume data yang masif dan tersebar.

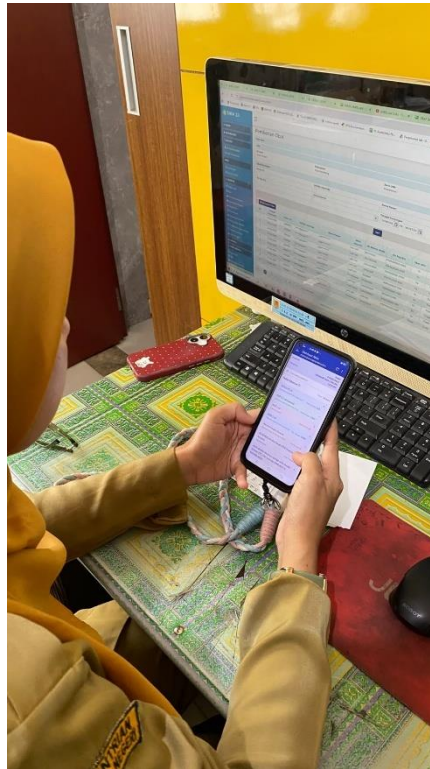
Implementasi SIHA 2.1 kini telah bertransformasi menjadi versi 2.1 yang mengedepankan prinsip interoperabilitas dan integrasi sistem sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022. Melalui sistem ini, pelaporan data dari tingkat Puskesmas diproyeksikan untuk berjalan secara digital dalam skala nasional dengan memanfaatkan integrasi Nomor Induk Kependudukan (NIK). Hal ini secara ideal akan menciptakan tata kelola kesehatan yang baik dan pelayanan publik berbasis data, di mana ketersediaan informasi yang akurat dan

terintegrasi memicu pengambilan keputusan yang lebih tepat demi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Meskipun SIHA 2.1 telah diamanatkan sebagai instrumen pelaporan nasional, realitas implementasinya di tingkat fasilitas kesehatan primer menunjukkan adanya kesenjangan operasional yang signifikan. Dalam penerapannya di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang, adopsi sistem digital ini justru berbenturan dengan masalah krusial terkait interoperabilitas. Hingga saat ini, belum tercipta integrasi otomatis antara aplikasi SIHA 2.1 sebagai platform nasional dengan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) yang digunakan untuk tata kelola administrasi lokal pasien. Ketiadaan jembatan sinkronisasi antar platform ini menciptakan kendala prosedural yang serius bagi penyelenggaraan layanan penanggulangan HIV/AIDS di lapangan.

Dampak langsung dari kegagalan integrasi tersebut adalah munculnya kewajiban bagi para petugas mulai dari staf pendaftaran (RR), tenaga medis, hingga apoteker untuk melakukan penginputan data rekam medis pasien secara manual dan berulang (*double input*) ke dalam dua sistem yang terpisah. Proses administratif repetitif ini secara langsung memicu inefisiensi waktu pelayanan dan melipatgandakan beban kerja tenaga kesehatan. Lebih jauh, aktivitas pencatatan ganda ini memperbesar margin kesalahan manusia (*human error*), yang berisiko merusak validitas dan sinkronisasi data pelaporan puskesmas dengan basis data nasional. Kompleksitas penatalaksanaan ini mencapai puncaknya ketika volume kunjungan pasien meningkat tajam (*crowded*). Dalam situasi tersebut, keterbatasan waktu dan tenaga kerap memaksa petugas untuk mencatat data di atas kertas

terlebih dahulu sebelum menyalinnya ke dalam sistem di akhir jam kerja, sebuah praktik yang sangat rentan menyebabkan keterlambatan pelaporan.



Gambar 1. 3 Aktivitas Penginputan Ganda (Double Input) oleh Petugas Farmasi Puskesmas Bandarharjo

Sumber : Dokumentasi Peneliti, 2026.

Penelitian mengenai implementasi program penanggulangan HIV/AIDS telah banyak dilakukan di berbagai daerah di Indonesia, baik dari perspektif kebijakan, pelayanan medis, maupun dukungan sosial bagi ODHA. Namun, kajian yang secara spesifik menganalisis implementasi SIHA 2.1 sebagai sistem informasi kesehatan digital di tingkat puskesmas khususnya dari sudut pandang interoperabilitas sistem dan beban kerja ganda (*double input*) masih sangat terbatas. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan empiris antara banyaknya kajian

implementasi kebijakan HIV/AIDS secara umum dengan minimnya kajian yang membedah variabel tata kelola digital di baliknya.

Dari sisi teoritis, model implementasi kebijakan George C. Edwards III dengan empat variabel komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi banyak digunakan untuk menganalisis kebijakan kesehatan secara umum. Namun, penerapan model ini pada konteks digitalisasi pelayanan kesehatan, di mana keempat variabel tersebut berinteraksi langsung dengan persoalan teknis seperti gangguan sistem, *bridging* data antar platform, dan fragmentasi tanggung jawab lintas sistem, belum banyak dieksplorasi. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan teoritis (*theoretical gap*) dalam penerapan teori implementasi kebijakan pada konteks transformasi digital sektor kesehatan.

Dari sisi kebijakan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 beserta kebijakan Satu Data Kesehatan Indonesia dan Transformasi Digital Kesehatan mengamanatkan integrasi sistem informasi kesehatan secara nasional sebagai bagian dari arah besar reformasi kesehatan digital. Namun, sejauh mana amanat kebijakan tersebut telah terimplementasi secara nyata di tingkat puskesmas, terutama terkait integrasi antara SIHA 2.1 dengan sistem internal seperti SIMPUS, masih belum banyak dievaluasi. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan kebijakan (*policy gap*) antara regulasi yang bersifat ideal dengan praktik implementasi di lapangan.

Berdasarkan ketiga kesenjangan tersebut baik dari sisi empiris, teoritis, maupun kebijakan serta berbagai dinamika hambatan operasional yang telah diuraikan, mulai dari persoalan interoperabilitas sistem, tingginya beban kerja

akibat penginputan ganda, hingga risiko ketidakakuratan data, penelitian ini dilakukan untuk membedah secara mendalam proses, tantangan administratif, serta faktor-faktor penentu keberhasilan adopsi teknologi di fasilitas layanan pertama melalui kajian berjudul **"Implementasi Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA 2.1) Dalam Mendukung Penanggulangan HIV/AIDS Di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang"**.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan uraian diatas identifikasi masalah dalam proposal ini adalah sebagai berikut :

1. Belum terintegrasinya SIHA 2.1 dengan sistem informasi internal puskesmas
2. Terjadinya *double input* data pelayanan HIV
3. Adanya kendala teknis sistem, jaringan, dan perangkat
4. Potensi keterlambatan dan ketidaksinkronan pelaporan data HIV

1.3 Perumusan Masalah

1. Bagaimana Implementasi Kebijakan Sistem Informasi HIV dan AIDS (SIHA 2.1) 2.1 pada Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang ditinjau dari aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi?
2. Apa faktor penghambat dan faktor pendorong Implementasi Kebijakan Sistem Informasi HIV AIDS (SIHA 2.1) 2.1 pada Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?

1.4 Tujuan Penelitian

1. Untuk menganalisis dan mendeskripsikan implementasi Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA 2.1) 2.1 di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang
2. Mengidentifikasi dan menjelaskan faktor-faktor yang menghambat dan mendorong implementasi Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA 2.1) 2.1 di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

1.5 Kegunaan Penelitian

A. Kegunaan Teoritis

1. Penelitian ini sebagai sebuah kajian untuk menambah pengetahuan dan wawasan peneliti terkait Implementasi Kebijakan SIHA 2.1 di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang
2. Penelitian ini sebagai upaya dalam memberikan sumbangsih dan kontribusi bagi civitas akademik yang hendak melakukan kajian dengan topik serupa serta turut menjadi penyempurna pada penelitian mendatang terkait Implementasi Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA 2.1) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

B. Kegunaan Praktis

1. Bagi peneliti

Penelitian ini mampu memberikan pengetahuan kepada peneliti terkait fenomena di instansi pemerintahan dan digunakan sebagai bentuk kajian pengembangan teoritis dari ilmu yang dipelajari peneliti selama berkuliah yang diaplikasikan berupa skripsi sebagai syarat untuk menuntaskan strata 1.

2. Bagi instansi

Penelitian ini diharapkan mampu digunakan menjadi bahan masukan dan bahan evaluasi objektif mengenai Implementasi SIHA 2.1 guna meningkatkan kualitas akurasi, kelengkapan, dan ketepatan waktu pelaporan data HIV/AIDS di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

3. Bagi pihak lain

Penelitian ini menjadi informasi, bahan bacaan, maupun rujukan bagi para pembaca, masyarakat, mahasiswa, guru, dosen, dan peneliti lainnya dengan topik serupa.

1.6 Kerangka Pemikiran Teoritis

1.6.1 Penelitian Terdahulu

Pengembangan ilmu pengetahuan melalui penelitian merupakan sebuah proses berkesinambungan yang tidak pernah terlepas dari fondasi literatur sebelumnya. Eksplorasi terhadap penelitian terdahulu memberikan landasan yang kokoh untuk memahami dinamika suatu fenomena secara lebih utuh. Dengan menelaah berbagai temuan sebelumnya, peneliti dapat mengevaluasi keunggulan, keterbatasan, dan kesenjangan dari kajian yang telah ada. Proses evaluasi ini sangat penting untuk memandu langkah penelitian baru agar mampu memberikan jawaban atas pertanyaan yang belum terselesaikan secara tajam dan terarah. Berpijak pada urgensi tersebut, berikut adalah rangkuman penelitian-penelitian terdahulu yang dijadikan referensi dan acuan komparasi dalam studi ini:

Tabel 1. 1 Penelitian Terdahulu

NO	PENULIS, TAHUN, JUDUL	TUJUAN PENELITIAN	METODE	HASIL
1.	Endang Susilawati (2020), Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS	Menganalisis proses pelaksanaan kebijakan penanggulangan	Metode kualitatif eksploratif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Melawi dalam

	pada Dinas Kesehatan Kabupaten Melawi.	HIV/AIDS dari Dinas Kesehatan di Kabupaten Melawi.		faktor komunikasi sudah berjalan dengan baik, dalam faktor sumber daya sudah cukup baik tetapi terdapat kekurangan dana dan motivasi kerja, dalam faktor disposisi sudah sangat baik, dan dalam faktor struktur birokrasi sudah berjalan dengan baik meskipun belum terdapat SOP khusus.
2.	Seruni Angreni Susila, Yanri Wijayanti Subronto, Tiara Marthias (2022), IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TATALAKSANA HIV DI	Mengukur kesesuaian implementasi tatalaksana HIV di Puskesmas berdasarkan regulasi serta untuk mengetahui faktor pendukung dan	<i>Mixed method</i> kualitatif dan kuantitatif	Terdapat kesenjangan kesesuaian tatalaksana di Puskesmas dengan standar tatalaksana sesuai regulasi serta rendahnya ODHIV yang terpantau supresi <i>viral load</i> . Faktor penghambat implementasi tatalaksana HIV di

	PUSKESMAS KABUPATEN SLEMAN	penghambat dalam implementasi penatalaksanaan HIV di Puskesmas		Puskesmas adalah sikap petugas kesehatan menunda tatalaksana berkaitan dengan persepsi kebijakan tatalaksana HIV belum tersosialisasi dengan baik. Belum semua petugas pemberi layanan terlatih, kurangnya sarana tes <i>viral load</i> di RS Daerah, sistem pencatatan tatalaksana HIV yang kurang efisien, serta adanya stigma juga menjadi penghambat implementasi tatalaksana HIV. Faktor pendukung implementasi PDP HIV adalah sikap kesediaan petugas kesehatan untuk memberikan tatalaksana terkait persepsi
--	---	---	--	---

				dukungan pendamping sebaya dan adanya petugas yang terlatih konseling serta dukungan logistik obat yang memadai
3.	Darmawansyah et al (2020), Desentralisasi Pelaksanaan Program Penanggulangan HIV/AIDS di Kota Makassar.	Menganalisis program pemberdayaan dalam pencegahan HIV/AIDS di Kota Makassar	Metode kualitatif deskriptif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa program pemberdayaan sebagai upaya pencegahan HIV/AIDS telah berjalan dengan baik dan efektif mengurangi kasus HIV/AIDS di Kota Makassar.
4.	Sylfia Rizzana (2017), Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS (Studi Implementasi Peraturan Daerah Nomor	Menganalisis kegiatan dalam implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Malang.	Metode deskriptif kualitatif	asil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS dapat dikategorikan dalam <i>good policy</i> karena dinilai cukup mampu untuk

	14 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Malang).			memberikan solusi dan menekan laju penularan HIV/AIDS serta menurunkan resiko tingkat kematian HIV/AIDS di Kabupaten Malang melalui penyediaan akses layanan kesehatan yang memadai bagi ODHA.
5.	Kusmayadi et al (2022), Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Madiun.	Menganalisis Peraturan Daerah Kabupaten Madiun Nomor 6 Tahun 2018 tentang Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Madiun.	Kualitatif.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi Peraturan Daerah Kabupaten Madiun Nomor 6 Tahun 2018 tentang penanggulangan HIV/AIDS dengan berbagai program seperti, promosi, pencegahan, dan mengacu pada RPJMN telah berjalan baik, hanya perlu

				ditekankan untuk kesadaran masyarakat tentang bahaya HIV/AIDS.
6.	Istiqomah (2020), Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen.	Menganalisis Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS.	Kualitatif Deskriptif.	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen belum optimal, hal ini disebabkan oleh berbagai faktor seperti, SDM yang kurang profesional, fasilitas yang kurang, sampai dengan dukungan masyarakat yang kurang.
7.	Rama Agung , Luh Virsa Paradissa (2024), Implementasi Kebijakan	Untuk mengetahui tantangan dan hambatan implementasi program	Kualitatif.	Penelitian ini mengidentifikasi tiga kendala utama dalam penanggulangan HIV/AIDS: pertama, hambatan promosi

	Penanggulangan HIV/AIDS: Tantangan dan Hambatan pada Transpuan di Yogyakarta	penanggulangan HIV/AIDS yang terdapat di dalam Perda 3/2023.		akibat stigmatisasi, penggunaan istilah teknis yang sulit, dan strategi pencegahan yang tidak inklusif; kedua, kendala diagnostik yang dipicu oleh minimnya perspektif SOGIESC pada tenaga kesehatan, masalah kerahasiaan (<i>confidentiality</i>), serta hambatan administratif KTP bagi kelompok transpuan; dan ketiga, tantangan pada aspek aksesibilitas pengobatan serta perawatan bagi kelompok rentan.
8.	Dzul Jalali Ikram, Intam Kurnia, Syarif Permana Salingkat (2025),	Untuk mengetahui bagaimana Implementasi Kebijakan Pencegahan dan	Kualitatif Deskriptif.	Penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan di Kelurahan Talise secara umum telah berjalan cukup

	IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN HIV/AIDS DI KELURAHAN TALISE KECAMATAN MANTIKULORE KOTA PALU	Penanggulangan HIV/AIDS di Kelurahan Talise Kecamatan Mantikulore Kota Palu.		baik melalui koordinasi antarinstansi yang efektif. Meskipun demikian, keberhasilan program masih terhambat oleh keterbatasan sumber daya, minimnya tenaga medis terspesialisasi, serta tingginya stigma masyarakat terhadap ODHA. Selain itu, meski komunikasi antarlembaga dinilai memadai, penyebaran informasi secara publik masih memerlukan penguatan guna meningkatkan pemahaman masyarakat dan meminimalisir diskriminasi sosial.
--	--	---	--	---

9.	Lusi Maulida¹, Arif Budiman, Siti Paulina (2024), IMPLEMENTASI PROGRAM PENCEGAHAN <i>HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS/AQCQUIRRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME</i> (HIV/AIDS) PADA PUSKESMAS PARINGIN SELATAN KABUPATEN BALANGAN	Untuk menganalisis dan mendeskripsikan proses implementasi program pencegahan serta penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Paringin Selatan, Kabupaten Balangan, serta mengidentifikasi faktor-faktor yang mendukung dan menghambat keberhasilan program tersebut.	Kualitatif Deskriptif	Penelitian ini menunjukkan bahwa program pencegahan HIV/AIDS di Puskesmas Paringin Selatan telah berjalan efektif berkat komitmen pemangku kebijakan serta kuatnya keterlibatan lintas sektor dan partisipasi masyarakat. Namun, implementasi masih menghadapi hambatan berupa keterbatasan sumber daya, komunikasi yang belum optimal, serta adanya stigma dan diskriminasi sosial. Guna meningkatkan efektivitas program, disarankan adanya penguatan penyebaran informasi, rutannya skrining
----	--	---	-----------------------	--

				bagi kelompok berisiko, serta pelibatan masyarakat secara aktif dalam tahap perencanaan hingga eksekusi kebijakan.
10.	WidyaWahyuni,Wilda Tri Yuliza, Alkafi (2025), Analisis Implementasi Program Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Seberang Padang	Untuk menganalisis implementasi program penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Seberang Padang	Kualitatif Deskriptif	Implementasi program di Puskesmas Seberang Padang telah selaras dengan Permenkes No. 23 Tahun 2022, mencakup layanan VCT, skrining, hingga distribusi ARV yang terdokumentasi dalam sistem SIHA 2.1. Meskipun kompetensi SDM dan ketersediaan logistik medis sudah terpenuhi, keberhasilan program masih terhambat oleh keterbatasan jumlah

				tenaga kesehatan serta ketiadaan ruang layanan khusus yang optimal.
--	--	--	--	---

Berdasarkan tinjauan terhadap sepuluh penelitian terdahulu yang telah dipaparkan dalam tabel di atas, peneliti melakukan analisis untuk menentukan kedudukan penelitian ini di tengah perkembangan studi Administrasi Publik mengenai kebijakan kesehatan. Secara umum, terdapat persamaan mendasar antara penelitian ini dengan studi-studi sebelumnya, yakni pada fokus objek material mengenai kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dengan penggunaan metode kualitatif deskriptif. Berbagai literatur tersebut secara konsisten menyoroti bahwa efektivitas penanggulangan epidemi sangat bergantung pada kualitas layanan medis, ketersediaan logistik, serta dukungan sumber daya manusia yang terlatih di tingkat puskesmas.

Namun, perbedaan signifikan ditemukan pada lokus dan fokus analisis utama yang diangkat. Mayoritas penelitian terdahulu lebih banyak mengevaluasi implementasi program penanggulangan secara makro melalui perspektif sosiologis dan klinis, seperti dampak stigmatisasi, kepatuhan pasien, maupun jangkauan layanan konseling (VCT) secara manual. Di sisi lain, terdapat celah penelitian (*research gap*) di mana kajian yang secara spesifik membedah variabel tata kelola digital kesehatan melalui platform SIHA 2.1 masih sangat terbatas. Studi sebelumnya cenderung memperlakukan sistem informasi hanya sebagai pendukung administratif sekunder, sehingga belum menyentuh persoalan mendalam mengenai interoperabilitas atau ketidaksinkronan sistem yang memicu beban kerja ganda (*double input*) bagi petugas di lapangan yang berdampak pada efektivitas penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

Guna menjawab keterbatasan pada studi-studi terdahulu, penelitian ini mengambil posisi untuk menyoroti operasionalisasi platform digital dalam tata kelola kesehatan di wilayah dengan mobilitas penduduk tinggi. Dengan mengaplikasikan kerangka Model Implementasi George C. Edward III, fokus analisis diarahkan pada interaksi empat variabel utama komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi untuk mengukur tingkat keberhasilan adopsi SIHA 2.1 di Puskesmas Bandarharjo. Pendekatan teoritis ini diharapkan mampu memberikan wawasan yang lebih utuh tidak sekadar mengidentifikasi kendala medis HIV secara makro, melainkan mengurai kompleksitas tantangan administratif di era transformasi sistem informasi.

1.6.2 Administrasi Publik

Menurut Gulick (dalam Franky Djafar, 2024) menjelaskan administrasi publik sebagai seni dan ilmu dalam melakukan bisnis pemerintahan. Administrasi publik digambarkan sebagai upaya menciptakan pelayanan publik yang efektif, efisien, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Sementara itu, Chandler dan Plano (dalam Keban, 2019) memandang administrasi publik sebagai proses pengorganisasian dan koordinasi sumber daya publik untuk merumuskan, melaksanakan, serta mengelola berbagai keputusan kebijakan publik, yang merupakan kombinasi antara seni dan ilmu dalam mengatur urusan publik serta melaksanakan tugas-tugas yang telah ditetapkan guna menyelesaikan masalah publik melalui perbaikan organisasi, pengelolaan sumber daya manusia, dan peningkatan aspek keuangan.

Berdasarkan pandangan para ahli tersebut, administrasi publik dapat dipahami sebagai perpaduan antara seni dan strategi manajerial yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, hingga pengendalian sumber daya publik untuk merumuskan dan melaksanakan kebijakan yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Dalam perkembangannya, paradigma administrasi publik terus bertransformasi mengikuti tuntutan zaman, baik dari sisi orientasi pelayanan kepada masyarakat maupun dari sisi pemanfaatan teknologi dalam tata kelola pemerintahan. Dua arah perkembangan tersebut tercermin dalam paradigma *New Public Service* (NPS) yang menekankan pelayanan kepada warga negara, serta paradigma digital *governance* dan *e-government* yang menekankan pemanfaatan teknologi digital dalam penyelenggaraan pelayanan publik, yang keduanya sangat relevan dengan konteks penelitian ini.

1.6.3 *New Public Service* (NPS)

New Public Service (NPS) merupakan paradigma administrasi publik yang dikembangkan oleh Denhardt dan Denhardt (2000) sebagai respons atas keterbatasan paradigma *New Public Management* yang memandang masyarakat sebagai pelanggan (*customer*). NPS menegaskan bahwa peran utama aparaturnya pemerintah adalah melayani (*serving*), bukan mengarahkan (*steering*) atau mengendalikan (*controlling*) masyarakat. Dalam paradigma ini, masyarakat diposisikan sebagai warga negara yang memiliki hak untuk dilayani secara setara, bukan sekadar pelanggan yang dilayani berdasarkan kepuasan transaksional. Prinsip utama NPS antara lain melayani warga negara bukan pelanggan, mengutamakan kepentingan publik sebagai tujuan utama, berpikir strategis dan

bertindak demokratis, serta menghargai manusia bukan hanya produktivitas. Paradigma NPS sangat relevan dalam konteks pelayanan kesehatan berbasis sistem informasi seperti SIHA 2.1, di mana petugas kesehatan di Puskesmas Bandarharjo tidak semata-mata dituntut untuk memenuhi target administratif penginputan data, tetapi lebih jauh berperan sebagai pelayan yang memastikan hak warga negara, khususnya Orang Dengan HIV (ODHIV), untuk memperoleh layanan kesehatan yang tercatat dan dilaporkan dengan baik demi kepentingan publik yang lebih luas dalam penanggulangan HIV/AIDS.

1.6.4 Digital Governance

Digital *governance* merupakan konsep tata kelola pemerintahan yang memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, transparansi, dan partisipasi dalam penyelenggaraan pemerintahan. Janowski (2015) mengemukakan bahwa digital *governance* mencakup tiga variabel utama, yaitu digitalisasi tata kelola internal pemerintahan, penyediaan layanan digital kepada masyarakat, dan keterlibatan masyarakat dalam proses pengambilan kebijakan melalui platform digital. Penerapan digital *governance* pada sektor kesehatan memungkinkan pemerintah untuk mengelola data kesehatan secara terintegrasi, akurat, dan dapat diakses secara *real-time* oleh seluruh pemangku kebijakan, mulai dari tingkat fasilitas kesehatan primer hingga kementerian. Dalam konteks penelitian ini, implementasi SIHA 2.1 merupakan salah satu bentuk operasionalisasi digital *governance* di sektor kesehatan, di mana keberhasilannya tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan teknologi, tetapi juga

oleh sejauh mana tata kelola di tingkat puskesmas mampu mengadopsi dan mengintegrasikan sistem tersebut ke dalam alur kerja pelayanan sehari-hari.

1.6.5 *E-government*

E-government merupakan penerapan teknologi informasi dan komunikasi oleh pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat, dunia usaha, dan antar lembaga pemerintah itu sendiri. Indrajit (2002) mengklasifikasikan tahapan *e-government* mulai dari penyediaan informasi melalui *website*, interaksi dua arah, transaksi elektronik, hingga integrasi penuh antar lembaga baik secara vertikal maupun horizontal. Dalam sektor kesehatan, penerapan *e-government* dikenal sebagai *e-health*, yaitu pemanfaatan TIK untuk mendukung praktik, manajemen, dan pelayanan kesehatan, termasuk pencatatan rekam medis elektronik, pelaporan surveilans penyakit, dan sistem informasi kesehatan yang terintegrasi. SIHA 2.1 merupakan salah satu bentuk implementasi *e-health* di Indonesia yang berada pada tahap integrasi, di mana sistem dituntut untuk dapat saling terhubung (*interoperable*) dengan sistem informasi kesehatan lain seperti SIMPUS dan SMILE di tingkat puskesmas. Namun, sebagaimana umum terjadi pada implementasi *e-government* di negara berkembang, tantangan utama tidak terletak pada aspek teknologi semata, melainkan pada kesiapan sumber daya manusia, infrastruktur, serta struktur birokrasi pelaksana di tingkat lokal, yang menjadi fokus analisis dalam penelitian ini melalui model implementasi kebijakan George C. Edwards III.

1.6.6 Kebijakan Publik

Secara etimologis, istilah “kebijakan” atau *policy* berasal dari kata Yunani polis yang berarti negara atau kota, kemudian diserap ke dalam bahasa Latin menjadi *politia* yang juga bermakna negara. Istilah ini kemudian berkembang dalam bahasa Inggris menjadi *policie*, yang mengacu pada upaya pengendalian atas persoalan-persoalan publik atau tata kelola pemerintahan. Kata “kebijakan” sering digunakan untuk menggambarkan tindakan dari seorang individu (seperti pejabat publik), kelompok, atau lembaga pemerintah dalam suatu bidang tertentu. Menurut Stephen R. Covey (2005:442), kebijaksanaan lahir dari integritas terhadap prinsip, serta dipengaruhi oleh kerendahan hati dan keberanian sebagai nilai dasar pembentuknya.

Kebijakan publik didefinisikan oleh Richard Rose (2014:7) sebagai kumpulan kegiatan yang saling berhubungan yang memiliki konsekuensi yang berbeda bagi pihak yang berkepentingan. Kebijakan publik adalah keputusan politik yang dibuat oleh badan dan pejabat pemerintah. Ciri khas kebijakan publik adalah bahwa keputusan tersebut dibuat sebagai otoritas oleh sistem politik, termasuk para senior, kepala tertinggi, eksekutif, legislatif, hakim, administrator, dan penasihat para raja. Kemudian menurut Goldfrey Edwards (dalam Hermanto Suaib dkk, 2022:13) kebijakan publik adalah panduan prinsip untuk tindakan yang diambil oleh cabang eksekutif administratif negara berkaitan dengan lingkup masalah, dengan cara yang konsisten dengan dan kebiasaan kelembagaan. Landasan kebijakan publik terdiri dari undang-undang dan peraturan konstitusional nasional.

Adapun menurut Michael E. Kraft dan Scott R. Furlong (dalam Hermanto Suaib dkk, 2022:13) menyampaikan bahwa kebijakan publik adalah apa yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pejabat publik dalam pemerintahan atas rakyat yang diwakili. Permasalahan publik merujuk pada setiap hal yang tidak dapat diatasi oleh masyarakat secara luas dan oleh karena itu memerlukan intervensi dari pemerintah.

Berdasarkan pandangan para ahli, kebijakan publik merupakan instrumen otoritas pemerintah yang lahir dari proses politik untuk menangani persoalan yang tidak dapat diselesaikan secara mandiri oleh masyarakat luas. Secara konseptual, kebijakan publik mencakup serangkaian tindakan terencana, baik apa yang diputuskan untuk dilakukan maupun yang tidak dilakukan oleh pejabat publik yang didasarkan pada prinsip konstitusi dan undang-undang sebagai landasan formalnya. Esensinya terletak pada upaya intervensi pemerintah melalui panduan strategis bagi cabang eksekutif untuk menciptakan tata kelola yang konsisten, di mana setiap keputusan yang diambil membawa konsekuensi nyata bagi publik. Dengan demikian, kebijakan publik bukan sekadar produk administratif, melainkan wujud tanggung jawab negara dalam memberikan solusi atas dinamika permasalahan bangsa demi kesejahteraan rakyat yang diwakilinya.

Dalam konteks penelitian ini, kebijakan publik yang menjadi objek kajian adalah kebijakan di bidang sistem informasi kesehatan, khususnya yang diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Sistem Informasi Kesehatan. Peraturan ini mengamanatkan integrasi seluruh sistem informasi kesehatan, termasuk SIHA 2.1, ke dalam satu kerangka tata kelola data

kesehatan nasional yang terstandardisasi. Permenkes tersebut merupakan turunan dari kebijakan Satu Data Kesehatan Indonesia, yang mewajibkan setiap instansi kesehatan untuk menghasilkan data yang memenuhi prinsip standar data, metadata baku, interoperabilitas data, serta menggunakan kode referensi dan data induk yang merujuk pada satu sumber data tunggal (*single source of truth*).

Kebijakan ini juga sejalan dengan arah besar Transformasi Digital Kesehatan yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan melalui pembentukan *Digital Transformation Office* (DTO), yang bertujuan mengintegrasikan pilar-pilar transformasi kesehatan, salah satunya transformasi teknologi kesehatan melalui pengembangan platform data kesehatan nasional (Satu Sehat). SIHA 2.1 sebagai sistem pencatatan dan pelaporan HIV/AIDS merupakan salah satu sistem yang didorong untuk terintegrasi ke dalam ekosistem Satu Sehat tersebut. Dengan demikian, implementasi SIHA 2.1 di tingkat puskesmas, termasuk di Puskesmas Bandarharjo, tidak dapat dilepaskan dari konteks kebijakan publik yang lebih luas, di mana keberhasilannya menjadi indikator sejauh mana amanat Permenkes Nomor 23 Tahun 2022, kebijakan Satu Data Kesehatan, dan Transformasi Digital Kesehatan telah terimplementasi secara nyata di lini terdepan pelayanan kesehatan.

1.6.7 Pelayanan Publik

Pelayanan publik merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan layanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk. Ini mencakup barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik. Menurut

Bharata (2004), terdapat empat unsur dalam pelayanan publik, yaitu: 1) Penyedia layanan, 2) Penerima layanan, 3) Jenis layanan, dan 4) Kepuasan pelanggan.

Menurut Franky Djafar (2024:24) administrasi publik memiliki fungsi utama dalam memberikan layanan kepada masyarakat. Pemerintah, bersama dengan aparatur sipil negara dan berbagai program kerja yang telah disusun, seharusnya difokuskan untuk memenuhi kepentingan dan kebutuhan publik. Hal ini mencakup pelayanan di bidang kesehatan, peningkatan kualitas pendidikan, jaminan keamanan, kesejahteraan sosial, serta pembangunan infrastruktur yang mendukung layanan publik.

Berdasarkan paragrah ahli, pelayanan publik dapat disimpulkan sebagai manifestasi utama dari fungsi administrasi publik yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara melalui penyediaan barang, jasa, dan layanan administratif. Keberhasilan pelayanan ini sangat bergantung pada keterpaduan empat unsur utama, yakni penyedia layanan, penerima layanan, jenis layanan yang diberikan, serta tingkat kepuasan masyarakat sebagai indikator kualitasnya. Oleh karena itu, seluruh aparatur sipil negara dan program kerja pemerintah terutama di sektor krusial seperti kesehatan, pendidikan, dan infrastruktur harus difokuskan sepenuhnya pada kepentingan publik guna menjamin tercapainya kesejahteraan sosial yang merata dan berkeadilan.

1.6.8 Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan dipandang sebagai jembatan krusial yang menghubungkan tahap perumusan kebijakan dengan dampak atau konsekuensi nyata yang dihasilkan. Tahapan ini merupakan wujud pelaksanaan berbagai

aktivitas strategis yang diarahkan untuk merealisasikan tujuan kebijakan secara efektif (Sujana, 2017). Sejalan dengan pandangan tersebut, implementasi juga dipahami sebagai sebuah proses pencapaian target yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan melalui mobilisasi beragam instrumen, mulai dari sumber daya manusia, dukungan finansial, hingga kapasitas operasional, baik yang dikelola oleh sektor publik maupun kerja sama dengan pihak swasta serta individu (Widodo dalam Sutojo, 2015). Lebih lanjut, esensi dari implementasi kebijakan terletak pada penetapan arah dan kendali agar setiap langkah eksekusi tetap selaras dengan perencanaan awal serta mampu menghasilkan luaran konkret dari seluruh rangkaian kegiatan pemerintah (Wibawa dalam Tahir, 2014).

Pemilihan model implementasi kebijakan yang dikembangkan oleh George C. Edwards III sebagai pisau analisis utama dalam penelitian ini didasarkan pada karakteristik kebijakan itu sendiri. Implementasi Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA 2.1) merupakan tipikal kebijakan yang bersifat instruksional dan *top-down*, yakni kebijakan yang dirumuskan oleh pemerintah pusat (Kementerian Kesehatan) untuk dieksekusi oleh unit pelaksana teknis di tingkat paling bawah (Puskesmas). Berbeda dengan model implementasi lainnya, Edwards III memberikan titik tekan yang sangat kuat pada dinamika operasional internal birokrasi dan hambatan teknis di lapangan. Pendekatan ini sangat relevan dan presisi untuk membedah permasalahan di Puskesmas Bandarharjo, di mana tantangan utama tidak terletak pada penolakan masyarakat, melainkan pada persoalan administratif seperti integrasi sistem, beban kerja akibat *double input*, serta kesiapan infrastruktur

digital. Melalui empat variabel dalam model ini, peneliti dapat secara sistematis mengurai kompleksitas tantangan yang dihadapi oleh para petugas kesehatan.

Edward III (dalam Daming dkk, 2021) menyebutkan bahwa dalam implementasi kebijakan ada empat faktor yang mempengaruhi, yaitu :

1. Komunikasi (*communication*)

Komunikasi dalam konteks kebijakan publik dipahami sebagai proses distribusi informasi yang dilakukan oleh pembuat kebijakan (*policy maker*) kepada para pelaksana atau penerima kebijakan guna memastikan tujuan program tersampaikan dengan baik. Kedudukan komunikasi menjadi sangat krusial dalam setiap tahapan implementasi karena memiliki keterkaitan erat dengan pengelolaan sumber daya serta dinamika hubungan antar-aktor yang terlibat. Sebuah kebijakan dapat dinilai berhasil diimplementasikan apabila proses komunikasi mampu membangun pemahaman yang komprehensif di tingkat pemangku kepentingan mengenai tata cara pelaksanaan di lapangan. Variabel komunikasi memengaruhi sejauh mana kejelasan instruksi, petunjuk teknis, dan standar operasional SIHA 2.1 dipahami oleh para pelaksana di puskesmas. Dalam konteks transisi digital, penyampaian informasi yang tidak konsisten dari Dinas Kesehatan ke puskesmas dapat memicu kebingungan (*ambiguitas*) prosedural, terutama terkait cara menyinkronkan data kependudukan (NIK) pasien HIV yang bersifat rahasia. Komunikasi yang efektif akan memastikan tidak adanya kesalahan tafsir atau tumpang tindih perintah antar-unit pelayanan.

2. Sumber daya (*resources*)

Dalam implementasi kebijakan digital, ketersediaan sumber daya menjadi prasyarat mutlak berjalannya sistem informasi secara optimal. Pengaruh variabel ini dapat ditinjau melalui tiga variabel utama. Pertama, dari segi sumber daya manusia, diperlukan kesiapan jumlah dan keterampilan adaptasi teknis petugas puskesmas untuk mengoperasikan SIHA 2.1 tanpa mengorbankan kualitas pelayanan pasien. Kedua, pada variabel fasilitas fisik, kecepatan integrasi data pelaporan sangat dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas komputer yang layak serta jaringan *server* yang stabil. Ketiga, terkait wewenang dan informasi, para implementor memerlukan kejelasan otorisasi legal untuk dapat menelusuri dan mensinkronkan data rekam jejak pasien HIV yang sifatnya sangat konfidensial (rahasia).

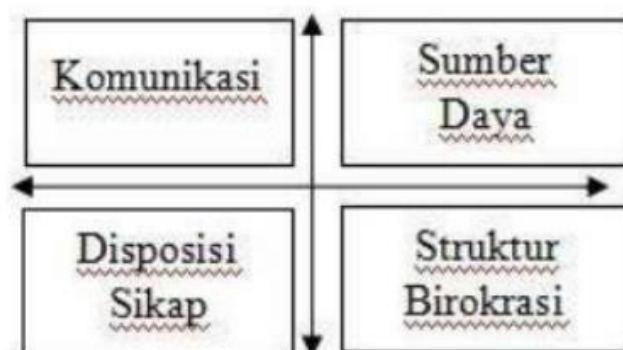
3. Disposisi atau sikap pelaksana (*disposition*)

Disposisi merupakan variabel yang merepresentasikan keinginan, kemauan, serta kecenderungan para pelaksana dalam mengeksekusi sebuah kebijakan (Widodo, 2018). Disposisi memengaruhi sikap, kemauan, dan komitmen para petugas kesehatan dalam menjalankan SIHA 2.1. Karena sistem ini belum terintegrasi otomatis dengan SIMPUS, petugas dituntut melakukan *double input* (pencatatan ganda). Jika petugas merasa beban kerja administratif ini terlalu memberatkan, disposisi atau motivasi mereka akan menurun. Penurunan komitmen ini berdampak langsung pada

penundaan penginputan data, pencatatan yang asal-asalan, atau keterlambatan pelaporan data HIV puskesmas ke basis data nasional.

4. Struktur Birokrasi (*bureaucratic structure*)

Struktur birokrasi dipahami sebagai sebuah sistem hierarkis dalam instansi pemerintah yang mengatur secara terperinci mengenai tugas pokok, fungsi, pola kerja, hingga tata nilai yang melekat pada suatu jabatan (Kusumawardani & Isbandono, t.t.). Struktur birokrasi memengaruhi pola koordinasi operasional melalui instrumen Standar Operasional Prosedur (SOP) dan pembagian tugas pokok. Pengaruh variabel ini sangat vital dalam mencegah *fragmentasi* atau ego sektoral antar-unit layanan di puskesmas (seperti bagian Pendaftaran/RR, Laboratorium, Konseling/VCT, dan Farmasi). Struktur birokrasi yang baik akan menghasilkan SOP yang jelas mengenai siapa yang bertanggung jawab melakukan *input* pertama kali, siapa yang memvalidasi hasil lab, dan siapa yang mencatat distribusi obat ARV ke dalam SIHA 2.1, sehingga alur pelaporan berjalan linier dan terintegrasi.



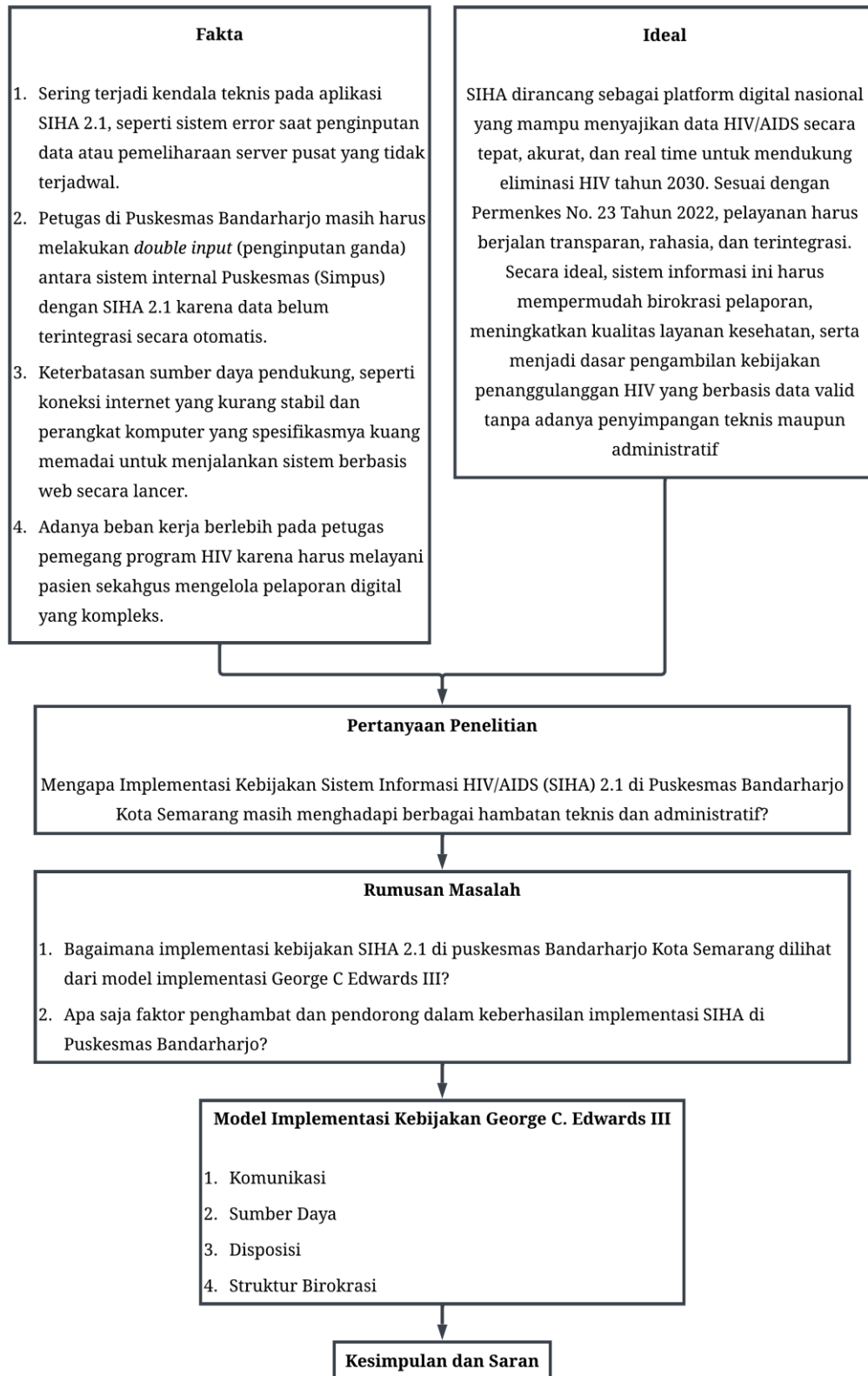
Gambar 1.4 Model implelementasi Edward III

Sumber : Daming, dkk (2021)

Implementasi kebijakan SIHA 2.1 harus dilaksanakan secara optimal guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, menciptakan standarisasi dalam pengelolaan data pasien HIV, serta mendukung terciptanya tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*). Model implementasi George C. Edwards III dipilih sebagai instrumen analisis karena kemampuannya dalam mengidentifikasi hambatan secara presisi, terutama pada kebijakan yang bersifat *top-down* seperti penerapan SIHA 2.1 di tingkat akar rumput. Penggunaan teori ini sangat relevan karena berfokus pada dinamika internal para pelaksana kebijakan, yang sejalan dengan posisi peneliti dalam mengamati kinerja staf medis dan administrator di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. Melalui pendekatan teori ini, diharapkan dapat terungkap bagaimana langkah-langkah penanganan terhadap kendala implementasi di lapangan, sehingga pada akhirnya penelitian ini mampu memberikan rekomendasi strategis guna meningkatkan efektivitas sistem penanggulangan HIV di wilayah tersebut.

Meskipun terdapat berbagai perspektif mengenai implementasi kebijakan, peneliti memilih model George C. Edwards III sebagai kerangka analisis utama. Hal ini didasarkan pada temuan awal di Puskesmas Bandarharjo yang menunjukkan bahwa hambatan utama dalam aplikasi SIHA 2.1 terletak pada variabel Sumber Daya (sarana prasarana internet/perangkat) dan Komunikasi (koordinasi pelaporan). Selain itu, model ini dipandang lebih aplikatif untuk membedah struktur birokrasi di tingkat puskesmas yang bersifat teknis operasional.

1.7 Kerangka Berpikir



1.8 Operasionalisasi Konsep

Tabel 1.2 Tabel Operasional Konsep

Fenomena	Sub Fenomena	Gejala
Model Implementasi Kebijakan Edward III	Komunikasi 1. Transmisi 2. Kejelasan 3. Konsistensi	1. Proses penyampaian informasi dan regulasi mengenai SIHA 2.1 dari Dinas Kesehatan Kota Semarang kepada pelaksana di Puskesmas Bandarharjo. 2. Tingkat pemahaman petugas terhadap petunjuk teknis agar tidak terjadi kesalahan dalam penginputan data. 3. Kesesuaian antara instruksi yang diterima dengan pelaksanaan teknis pelaporan di lapangan tanpa adanya tumpah tindih perintah.
	Sumber daya 1. Staf/Manusia 2. Informasi/Wewenang 3. Fasilitas	1. Kecukupan jumlah dan kompetensi tenaga kesehatan dalam mengoperasikan sistem informasi HIV/AIDS (SIHA 2.1). 2. Keakuratan data (seperti NIK) serta otoritas yang dimiliki petugas

Fenomena	Sub Fenomena	Gejala
		dalam mengelola kerahasiaan data pasien. 3. Ketersediaan infrastruktur pendukung seperti perangkat komputer yang memadai dan stabilitas jaringan/server.
	Disposisi 1. Sikap pelaksana 2. Komitmen 3. Motivasi	1. Respon dan kecenderungan petugas puskesmas dalam memahami tujuan SIHA 2.1 sebagai alat penanggulangan HIV/AIDS, bukan sekadar kewajiban administratif. 2. Besarnya kemauan petugas untuk tetap menjalankan penginputan data di tengah beban kerja pelayanan yang tinggi. 3. Adanya dorongan atau bentuk dukungan organisasi yang memotivasi petugas untuk melakukan pencatatan secara tepat waktu.

Fenomena	Sub Fenomena	Gejala
	Struktur Birokrasi 1. SOP 2. Fragmentasi	1. Adanya panduan operasional baku (SOP) yang jelas mengenai tata cara penginputan, verifikasi, hingga sinkronisasi data SIHA 2.1. 2. Sejauh mana penyebaran tanggung jawab pengelolaan SIHA 2.1 di antara beberapa unit (Rekam medis, Laboratorium, Farmasi, Dokter, dan Admin/Koordinator SIHA 2.1) berpotensi menimbulkan tumpang tindih peran, tanggung jawab, atau hambatan koordinasi dalam proses pelaporan data HIV/AIDS.

1.9 Argumentasi Penelitian

Penelitian mengenai “Implementasi Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA 2.1) Dalam Mendukung Penanggulangan HIV/AIDS Di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang” memiliki urgensi yang tinggi dalam konteks digitalisasi birokrasi kesehatan dan upaya akselerasi penanggulangan penyakit menular. Dalam kaitan ini, pemerintah Indonesia melalui Permenkes No. 23 Tahun 2022 mengimplementasikan SIHA 2.1 sebagai instrumen utama untuk mengintegrasikan

data penanggulangan HIV/AIDS secara nasional. Implementasi sistem ini tidak hanya bertujuan untuk menyederhanakan proses pelaporan administratif, tetapi juga untuk memastikan keakuratan data berbasis NIK guna mendukung strategi eliminasi HIV tahun 2030. Meskipun demikian, dalam praktiknya, penggunaan SIHA 2.1 masih dihadapkan pada berbagai persoalan teknis dan operasional, terutama terkait kendala infrastruktur, beban kerja ganda bagi petugas, serta masalah kerahasiaan data pasien di tingkat Puskesmas.

Penelitian ini menawarkan kontribusi teoritis dan praktis dengan mengkaji pelaksanaan SIHA 2.1 melalui perspektif Administrasi Publik menggunakan Model Implementasi Kebijakan yang dikembangkan oleh George C. Edwards III. Dari sudut pandang teori implementasi, keberhasilan sistem informasi seperti SIHA 2.1 dapat dianalisis melalui empat variabel utama: komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Dalam konteks ini, pendekatan analitis terhadap SIHA 2.1 sangat penting untuk membedah bagaimana informasi regulasi ditransmisikan, kecukupan fasilitas pendukung, komitmen para pelaksana di lapangan, hingga kesesuaian SOP yang dijalankan oleh Puskesmas Bandarharjo dalam menghadapi dinamika pelayanan HIV/AIDS di wilayah Semarang Utara. Meskipun sudah terdapat beberapa penelitian sebelumnya terkait kebijakan penanggulangan HIV/AIDS, penelitian ini menghadirkan kebaruan dengan fokus pada studi analitis mendalam terhadap operasionalisasi platform digital spesifik SIHA 2.1 pada lokus pelayanan kesehatan primer, yaitu Puskesmas Bandarharjo. Hal ini menjadi sangat relevan mengingat Puskesmas tersebut merupakan garda terdepan di wilayah padat penduduk yang menjadi tolok ukur efektivitas digitalisasi data kesehatan di Kota

Semarang. Dengan demikian, penelitian ini memberikan sumbangsih pada pengembangan literatur kebijakan publik dan tata kelola digital (*digital governance*), serta menghasilkan rekomendasi praktis bagi pengelola program kesehatan dalam memperbaiki kualitas manajemen data berbasis sistem SIHA 2.1 agar lebih responsif, akurat, dan berkelanjutan.

1.10 Metode Penelitian

1.10.1 Tipe Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Menurut Sugiyono (2008:15) penelitian kualitatif deskriptif merupakan metode yang digunakan untuk mengkaji kondisi objek secara alamiah, dengan peneliti berperan sebagai instrumen utama dalam proses pengumpulan dan analisis data. Sementara itu, Nawawi dan Martini (1994:73) menjelaskan bahwa metode deskriptif dalam penelitian kualitatif bertujuan untuk menggambarkan secara sistematis situasi atau peristiwa yang terjadi berdasarkan fakta yang ada, kemudian menarik kesimpulan umum dari realitas tersebut.

Berdasarkan pendapat tersebut, penelitian ini termasuk dalam kategori penelitian kualitatif deskriptif yang bertujuan untuk menguraikan dan memahami fenomena secara objektif serta mendalam melalui pengolahan data yang diperoleh di lapangan.

1.10.2 Situs Penelitian

Menurut Moleong (2018), lokasi penelitian merupakan tempat peneliti melaksanakan kegiatan penelitian, khususnya dalam mengamati dan memahami fenomena yang terjadi pada objek yang dikaji guna memperoleh data yang akurat.

Dengan kata lain, lokasi penelitian adalah tempat berlangsungnya proses penelitian, Penentuan lokasi menjadi tahapan yang penting, terutama dalam penelitian kualitatif, karena berkaitan dengan kesesuaian antara lokasi, objek, dan tujuan penelitian yang telah ditetapkan, sehingga memudahkan peneliti dalam proses pengumpulan data. Oleh karena itu, Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Bandarhajo yang terletak di Kecamatan Semarang Utara, Kota Semarang, Jawa Tengah.

1.10.3 Subjek Penelitian

Subjek penelitian menurut Amirin dalam (Idrus, 2009) adalah individu atau pihak yang darinya diperoleh informasi mengenai situasi dan kondisi dalam suatu latar penelitian. Dengan kata lain, subjek penelitian merujuk pada informan yang dijadikan sumber data untuk memperoleh keterangan yang relevan dengan fokus penelitian di lokasi yang telah ditentukan. Teknik pemilihan informan dilakukan melalui metode sampling, yaitu cara yang digunakan untuk menentukan sampel dalam penelitian. Dalam penelitian empiris, sampling dipahami sebagai proses pemilihan atau penentuan sebagian anggota populasi yang akan dijadikan sumber data. Penelitian ini menggunakan dua teknik sampling, yaitu *purposive sampling* dan *snowball sampling*. Teknik *purposive sampling* merupakan teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai dengan tujuan penelitian (Sugiyono, 2011). Dalam penelitian ini, teknik *purposive sampling* digunakan untuk menentukan informan kunci yang dipilih berdasarkan jabatan dan perannya dalam pengelolaan SIHA 2.1 di Puskesmas Bandarharjo, yaitu petugas pendaftaran/rekam medis, petugas laboratorium, petugas farmasi/apoteker, dokter penanggung jawab

program HIV/AIDS, koordinator SIHA 2.1 /programmer serta perwakilan Dinas Kesehatan Kota Semarang bidang P2P. Pemilihan informan dengan kriteria tersebut dilakukan agar data yang diperoleh benar-benar relevan dan representatif terhadap fokus penelitian implementasi kebijakan. Selain itu, penelitian ini juga menggunakan *snowball sampling*, yaitu teknik penentuan sampel yang pada awalnya berjumlah kecil, kemudian berkembang menjadi semakin banyak melalui rekomendasi dari informan sebelumnya (Sugiyono, 2011). Dalam penelitian ini, *snowball sampling* diterapkan dengan menjadikan Koordinator SIHA 2.1 sebagai informan kunci awal, yang kemudian memberikan rekomendasi mengenai petugas-petugas lain yang terlibat langsung dalam pengoperasian SIHA 2.1 sehari-hari, sehingga data yang diperoleh dapat menggambarkan dinamika implementasi secara lebih utuh dan saling melengkapi antar unit kerja.

1.10.4 Jenis Data

Jenis data dalam penelitian secara umum dibedakan menjadi dua, yaitu data kualitatif dan kuantitatif (Sugiyono, 2015). Dalam penelitian ini, peneliti memilih menggunakan data kualitatif. Menurut Creswell (dalam Fitria Widiyani dkk, 2021) penelitian kualitatif merupakan bentuk metode dalam penelitian saat akan memahami permasalahan pada manusia ataupun dalam lingkungan sosial agar tercipta sebuah gambaran secara menyeluruh lalu dipaparkan dalam rangkaian kata, memberikan data yang rinci dari sumber informasi terpercaya.

Adapun menurut Nasution (2023:3), data kualitatif merupakan data yang disajikan dalam bentuk kata, kalimat, atau paragraf yang memiliki makna serta relevansi terhadap fenomena yang diteliti. Sementara itu, Sugiyono (2019:34)

menjelaskan bahwa data kualitatif mencakup kata-kata, kalimat, narasi, gerak tubuh, ekspresi wajah, diagram, gambar, dan foto. Data jenis ini umumnya diperoleh melalui metode wawancara maupun observasi. Ungkapan dan perilaku subjek yang diwawancarai atau diamati menjadi sumber utama data dalam pendekatan kualitatif. Selain itu, peneliti juga dapat memperkaya data kualitatif dengan menyertakan dokumentasi visual seperti gambar atau foto.

1.10.5 Sumber Data

Sumber data merupakan komponen penting dalam penelitian karena memengaruhi pemilihan metode pengumpulan data yang digunakan. Informasi yang dikumpulkan berasal dari berbagai pihak, baik individu maupun dokumen, yang dapat memberikan gambaran menyeluruh terhadap permasalahan yang diteliti. Dalam penelitian ini, sumber data diklasifikasikan menjadi dua jenis berdasarkan cara perolehannya yaitu data primer dan data sekunder.

1.10.6 Teknik Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2020), teknik pengumpulan data merupakan langkah-langkah operasional yang dilakukan oleh peneliti untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam menjawab fokus penelitian. Dalam pendekatan kualitatif. Adapun peneliti menggunakan teknik pengumpulan data meliputi :

1. Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengamati secara langsung aktivitas, perilaku, dan kondisi di lokasi penelitian guna memperoleh data yang tidak selalu dapat terungkap melalui wawancara. Dalam penelitian ini, observasi dilakukan melalui dua fokus

utama. Pertama, observasi aktivitas penggunaan SIHA 2.1, yaitu mengamati secara langsung proses penginputan data oleh petugas di masing-masing unit, termasuk kendala teknis riil yang muncul pada saat sistem mengalami gangguan, kondisi perangkat komputer, serta stabilitas jaringan yang digunakan. Kedua, observasi alur pelayanan HIV/AIDS, yaitu mengamati secara langsung perjalanan pasien mulai dari pendaftaran, pemeriksaan laboratorium, diagnosis dokter, hingga pengambilan obat di farmasi, guna memverifikasi keterangan informan terkait pola koordinasi antar unit kerja. Hasil observasi ini digunakan sebagai data pendukung yang memperkuat triangulasi teknik dalam penelitian.

2. Wawancara

Wawancara merupakan metode untuk menggali informasi secara mendalam dari informan yang memiliki pengetahuan atau pengalaman langsung terhadap isu yang dikaji berupa tanya jawab dan dilakukan secara tatap muka. Pertanyaan yang diajukan kepada informan erat kaitannya dengan penelitian yang sedang dilakukan. Wawancara ini menggunakan teknik mendalam dan berdasar pada pedoman wawancara yang terkait dengan fokus penelitian.

3. Studi Pustaka

Studi pustaka merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan menghimpun informasi melalui berbagai dokumen tertulis, seperti laporan resmi, berita, literatur ilmiah, transkrip, maupun dokumen relevan lainnya. Teknik ini berfungsi sebagai instrumen pendukung yang krusial untuk

melengkapi serta memperkuat data yang diperoleh melalui observasi dan wawancara. Selain itu, penggunaan studi pustaka menjadi solusi metodologis untuk mengatasi keterbatasan dalam menjangkau seluruh data secara langsung di lapangan, sehingga peneliti tetap dapat menyajikan analisis yang komprehensif dan kredibel berdasarkan referensi-referensi yang valid.

1.10.7 Analisis dan Interpretasi Data

Peneliti menggunakan teknik pengumpulan data meliputi :

1. Pengumpulan Data

Peneliti melakukan proses pengumpulan seluruh data primer dan sekunder yang diperlukan untuk menjawab permasalahan penelitian. Data tersebut diperoleh melalui serangkaian teknik observasi lapangan, wawancara mendalam dengan para informan, serta studi kepustakaan dan dokumentasi yang relevan dengan implementasi SIHA 2.1 di Puskesmas Bandarharjo

2. Reduksi Data

Peneliti melakukan proses pemilihan, pemusatan perhatian, dan penyederhanaan data mentah. Data yang diperoleh dari hasil turun lapangan dalam jumlah besar ditransformasikan ke dalam bentuk abstraksi dan catatan tertulis yang lebih ringkas. Reduksi data bertujuan untuk menajamkan, menggolongkan, dan mengorganisasikan data agar peneliti dapat menarik kesimpulan yang bermakna sesuai dengan fokus penelitian.

3. Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dengan menyusun sekumpulan informasi secara sistematis dan terorganisir agar mudah dipahami. Peneliti menyajikan data dalam bentuk narasi logis, bagan, tabel, atau matriks guna mempermudah penarikan benang merah antara temuan lapangan dengan teori implementasi yang digunakan. Tahapan ini mendorong peneliti untuk melihat pola hubungan antar variabel secara lebih jelas

4. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Tahap akhir adalah merumuskan jawaban atas pertanyaan yang terdapat dalam rumusan masalah. Penarikan kesimpulan ini tidak hanya untuk memvalidasi temuan awal, tetapi juga membuka peluang bagi munculnya temuan-temuan baru yang belum terpetakan sebelumnya. Penarikan kesimpulan ini diharapkan mampu menghasilkan deskripsi yang mendalam, gambaran utuh, maupun proposisi baru terkait dinamika implementasi di lapangan yang sebelumnya masih bersifat abstrak atau belum teridentifikasi secara jelas.

1.10.8 Kualitas Data

Untuk menjamin kredibilitas dan keabsahan temuan penelitian, peneliti menggunakan teknik Triangulasi. Teknik ini dilakukan dengan membandingkan serta melakukan verifikasi data dari berbagai sudut pandang metode, sumber, maupun kerangka teori. Secara teoretis, proses triangulasi mencakup tiga pendekatan utama:

1. Triangulasi Sumber, merupakan proses pengujian validitas data yang dilakukan dengan melakukan pengecekan silang terhadap data yang diperoleh dari berbagai narasumber atau informan yang berbeda.
2. Triangulasi Teknik, merupakan pengujian kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data dari sumber yang sama namun menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda. Sebagai contoh, peneliti membandingkan hasil yang didapat dari wawancara mendalam dengan temuan yang diperoleh melalui studi dokumentasi atau observasi.
3. Triangulasi Waktu, merupakan pengujian keabsahan data dengan cara melakukan pengecekan terhadap sumber yang sama dalam waktu atau situasi yang berbeda guna memastikan konsistensi informasi.

Dalam penelitian ini, peneliti secara spesifik menerapkan triangulasi sumber dan triangulasi teknik. Pemilihan kedua jenis triangulasi ini didasari oleh realitas bahwa data mengenai implementasi SIHA 2.1 di Puskesmas Bandarharjo tidak hanya bersumber dari satu pihak, melainkan melibatkan berbagai informan dengan latar belakang peran yang berbeda. Hal ini bertujuan agar informasi yang dihasilkan benar-benar valid, objektif, dan sesuai dengan fakta serta dinamika permasalahan yang terjadi di lapangan. Guna memastikan keabsahan dan kedalaman data, penelitian ini menggunakan teknik triangulasi sumber yang melibatkan 6 (enam) orang informan yang dibagi ke dalam dua kategori utama :

1. Informan Internal (Pelaksana Teknis): Terdiri dari 5 staf pelaksana teknis medis di Puskesmas Bandarharjo untuk menggali dinamika operasional harian dan hambatan teknis di lapangan.

2. Informan Eksternal (Regulator Daerah): Terdiri dari 1 (satu) informan perwakilan Dinas Kesehatan Kota Semarang (Seksi P2ML Bidang P2P). Kehadiran informan dari pihak regulator makro ini sangat krusial guna mengonfirmasi akar permasalahan dari sudut pandang kebijakan daerah, khususnya terkait alasan sering terputusnya *bridging* data ke server Dukcapil serta belum terealisasinya integrasi platform nasional dengan SIMPUS lokal.