



Model Tata Kelola Kolaboratif dalam Kebijakan Logistik Kesehatan Responsif Gender di Wilayah Tertinggal Terdepan dan Terluar Indonesia

Luluk Fauziah¹, Nurul Imani Kurniawati², Destria Anggun Elisawati³

^{1,2,3} Prodi Manajemen dan Administrasi Logistik,

Universitas Diponegoro Semarang

lulukfauziah@lecturer.undip.ac.id

Abstract

The implementation of health logistics policies in Indonesia's disadvantaged, frontier, and outermost (3T) regions faces challenges related to limited infrastructure, geographical accessibility, logistics distribution, and the inadequate integration of gender-specific needs. This study aims to analyze health logistics policy implementation, examine the role of collaborative governance, and develop a collaborative governance model to strengthen gender-responsive health logistics policies in Indonesia's 3T regions. The study employs a qualitative approach with a case study design. Data are collected through remote in-depth interviews with purposively selected informants, including local government officials, health department representatives, healthcare facility personnel, health workers, community organizations, and women's representatives, supported by document analysis. Thematic analysis focuses on planning, procurement, inventory management, distribution, coordination, participation, and monitoring and evaluation. The study highlights the interconnected influences of logistics availability, geographical conditions, institutional capacity, and community access to healthcare services on policy implementation. Collaborative governance plays a role in strengthening cross-sectoral coordination, role allocation, information exchange, and joint decision-making. This study proposes a model integrating gender-responsive needs-based planning, multi-stakeholder collaboration, adaptive distribution, and participatory monitoring and evaluation. The proposed model is intended to provide a conceptual framework for improving the inclusiveness, adaptability, and sustainability of health logistics systems in Indonesia's 3T regions. Its practical application requires further empirical validation to ensure alignment with local conditions and community needs.

Keywords: *collaborative governance, health logistics, gender responsiveness, policy implementation, 3T regions.*

Riwayat Artikel: Masuk: 20 Maret 2026 | Revisi: 25 Mei 2026 | Diterima: 7 Juni 2026 | Diterbitkan: 30 Juni 2026



Pendahuluan

Pembangunan nasional di Indonesia masih menghadapi persoalan ketimpangan wilayah, terutama pada kawasan Tertinggal, Terdepan, dan Terluar (3T). Wilayah 3T umumnya memiliki keterbatasan infrastruktur, akses transportasi, distribusi logistik, serta pelayanan publik yang belum optimal dibandingkan wilayah perkotaan. Kondisi geografis yang sulit dijangkau menyebabkan distribusi kebutuhan pokok, layanan kesehatan, pendidikan, dan bantuan sosial sering mengalami keterlambatan dan ketidakefisienan. Ketimpangan tersebut tidak hanya berdampak pada rendahnya kualitas pembangunan daerah, tetapi juga memperkuat kerentanan sosial masyarakat, khususnya perempuan yang berada pada kelompok rentan di wilayah terpencil. Penelitian mengenai pembangunan wilayah menunjukkan bahwa rendahnya konektivitas logistik dan pelayanan publik menjadi salah satu faktor utama yang memperlebar kesenjangan pembangunan antarwilayah di Indonesia (Firdaus, 2012; Ghuzini, 2021).

Dalam konteks pembangunan wilayah 3T, perempuan sering menghadapi beban sosial dan ekonomi yang lebih besar dibandingkan laki-laki. Perempuan di daerah terpencil tidak hanya berperan dalam aktivitas domestik, tetapi juga menjadi bagian penting dalam menjaga ketahanan ekonomi keluarga melalui sektor informal dan usaha mikro. Akan tetapi, keterbatasan akses terhadap pendidikan, pelayanan kesehatan, teknologi, transportasi, dan peluang ekonomi menyebabkan perempuan di wilayah 3T masih mengalami marginalisasi pembangunan. Kondisi tersebut diperparah oleh budaya patriarki dan rendahnya keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan publik di tingkat lokal. Kajian gender menjelaskan bahwa ketimpangan akses pembangunan menyebabkan perempuan lebih rentan terhadap kemiskinan, ketidakadilan sosial, dan keterbatasan partisipasi dalam pembangunan daerah (Nurhaeni & Putri, 2025; Manik & Ekayanta, 2024).



Di sisi lain, logistik publik memiliki peran strategis dalam mendukung pemerataan pelayanan publik dan pembangunan sosial masyarakat. Logistik publik tidak hanya berkaitan dengan distribusi barang dan jasa, tetapi juga mencakup pengelolaan pelayanan publik, bantuan sosial, transportasi, dan akses kebutuhan dasar masyarakat secara efektif dan berkelanjutan. Dalam perspektif administrasi publik, logistik publik menjadi instrumen penting dalam menjamin distribusi sumber daya negara agar dapat menjangkau masyarakat hingga wilayah terpencil. Namun demikian, implementasi logistik publik di Indonesia masih menghadapi berbagai persoalan, seperti lemahnya koordinasi antar lembaga, keterbatasan infrastruktur, rendahnya kapasitas kelembagaan, dan belum optimalnya integrasi kebutuhan kelompok rentan dalam kebijakan distribusi layanan publik (Kovács & Spens, 2007; Sukoco et al., 2022).

Permasalahan tersebut menunjukkan bahwa kebijakan logistik publik di Indonesia masih cenderung bersifat netral gender dan belum sepenuhnya mempertimbangkan kebutuhan spesifik perempuan, terutama di wilayah 3T. Padahal, perempuan memiliki kebutuhan yang berbeda dalam akses transportasi, pelayanan kesehatan ibu dan anak, distribusi bantuan sosial, hingga dukungan terhadap aktivitas ekonomi produktif. Penelitian mengenai pengarusutamaan gender dalam kebijakan publik menunjukkan bahwa banyak pemerintah daerah masih memandang isu gender sebagai program sektoral, sehingga belum terintegrasi secara menyeluruh dalam proses perencanaan dan implementasi kebijakan pembangunan. Akibatnya, distribusi layanan publik sering kali belum mampu menjawab kebutuhan riil perempuan di daerah terpencil (Dahlia, 2024; Yuti & Suriani, 2024).

Selain itu, efektivitas implementasi kebijakan logistik publik berbasis gender juga dipengaruhi oleh kualitas tata kelola pemerintahan. Pendekatan *good governance* dan *collaborative governance* menekankan pentingnya kolaborasi antara pemerintah,



masyarakat, organisasi perempuan, akademisi, dan sektor swasta dalam menyelesaikan persoalan pelayanan publik. Dalam konteks wilayah 3T, lemahnya koordinasi lintas sektor, keterbatasan sumber daya manusia, minimnya anggaran, serta rendahnya partisipasi masyarakat menjadi hambatan utama dalam implementasi kebijakan yang inklusif. Oleh sebab itu, pembangunan sistem logistik publik berbasis gender membutuhkan tata kelola pemerintahan yang lebih partisipatif, transparan, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat lokal, khususnya perempuan (Ansell & Gash, 2008; Dwiyanto, 2007).

Perkembangan teknologi digital sebenarnya membuka peluang bagi pemerintah untuk meningkatkan efektivitas pelayanan publik di wilayah 3T. Digitalisasi sistem distribusi layanan publik, pengembangan e-government, dan pemanfaatan teknologi informasi dapat mempercepat akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, pendidikan, bantuan sosial, dan informasi ekonomi. Namun demikian, kesenjangan infrastruktur digital dan rendahnya kapasitas teknologi di wilayah terpencil masih menjadi tantangan dalam implementasi pelayanan publik berbasis teknologi. Dalam perspektif gender, kesenjangan digital juga menyebabkan perempuan memiliki keterbatasan akses terhadap informasi dan peluang ekonomi digital dibandingkan kelompok masyarakat lainnya (Pal & De, 2021; Malkab & Syurkati, 2025).

Salah satu persoalan penting dalam penyelenggaraan logistik publik di wilayah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar (3T) adalah keterbatasan akses perempuan terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkaitan dengan distribusi logistik kesehatan. Kondisi geografis yang sulit dijangkau, keterbatasan infrastruktur transportasi, serta tantangan koordinasi antarlembaga dapat menjadi hambatan dalam menjamin ketersediaan obat-obatan, alat kesehatan, dan kebutuhan medis bagi perempuan. Permasalahan tersebut tidak hanya berkaitan dengan kapasitas distribusi



logistik, tetapi juga dengan sejauh mana kebijakan pemerintah telah mempertimbangkan kebutuhan spesifik perempuan dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan. Dalam konteks ini, tata kelola kolaboratif menjadi aspek penting untuk dikaji, khususnya dalam membangun koordinasi antara pemerintah daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi perempuan, dan masyarakat lokal. Meskipun kebijakan logistik dan pengarusutamaan gender telah memiliki landasan regulasi, efektivitas integrasi kedua pendekatan tersebut dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu di wilayah 3T masih perlu ditelaah secara empiris. Oleh karena itu, penelitian ini berfokus pada pengembangan model tata kelola kolaboratif dalam implementasi kebijakan logistik kesehatan responsif gender guna meningkatkan akses perempuan terhadap pelayanan kesehatan ibu di wilayah 3T Indonesia.

Berdasarkan uraian tersebut, persoalan utama dalam penelitian ini terletak pada belum optimalnya implementasi kebijakan logistik kesehatan yang responsif gender di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) Indonesia. Kebijakan logistik kesehatan tidak hanya berkaitan dengan ketersediaan dan distribusi obat, alat kesehatan, serta sarana pelayanan, tetapi juga perlu mempertimbangkan perbedaan kebutuhan, akses, dan keterlibatan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam praktiknya, keterbatasan infrastruktur, kondisi geografis, koordinasi antarpemangku kepentingan, dan belum terintegrasinya perspektif gender dalam perencanaan maupun distribusi logistik dapat menjadi kendala dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan perempuan. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan tata kelola kolaboratif yang mampu memperkuat koordinasi, partisipasi, dan sinergi antarpemangku kepentingan dalam implementasi kebijakan logistik kesehatan responsif gender di wilayah 3T. Maka tujuan penelitian ini 1) menganalisis implementasi kebijakan logistik kesehatan, 2) menganalisis tata kelola kolaboratif



memengaruhi implementasi kebijakan logistik kesehatan, dan menganalisis model tata kelola kolaboratif dapat dikembangkan untuk memperkuat implementasi kebijakan logistik kesehatan responsif gender di wilayah 3T Indonesia,.

Kebijakan Logistik Kesehatan Publik dan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu

Kebijakan logistik kesehatan publik merupakan bagian penting dari tata kelola sistem kesehatan karena berkaitan dengan kemampuan pemerintah dalam memastikan ketersediaan, pengelolaan, dan distribusi sumber daya kesehatan hingga menjangkau masyarakat yang membutuhkan. Logistik kesehatan tidak terbatas pada pengadaan obat dan alat medis, tetapi juga mencakup perencanaan kebutuhan, pengendalian persediaan, pengelolaan informasi, serta mekanisme penyaluran yang mendukung kesinambungan pelayanan. World Health Organization (WHO) (2019) menegaskan bahwa ketersediaan komoditas kesehatan di titik pelayanan berperan dalam menjaga mutu layanan dan memperluas cakupan kesehatan semesta, sementara kelemahan infrastruktur dan hambatan geografis dapat mengakibatkan kekosongan persediaan, terutama di wilayah terpencil.

Dalam konteks Indonesia, Wenang et al. (2021) menemukan adanya ketimpangan ketersediaan tenaga kesehatan dan akses layanan primer antara wilayah terpencil dan wilayah lainnya, sehingga penguatan sistem pelayanan perlu mempertimbangkan kondisi geografis dan karakteristik penduduk. Pengelolaan logistik yang didukung sistem informasi juga dapat membantu fasilitas kesehatan memantau persediaan, memperkirakan kebutuhan, dan memperbaiki proses distribusi, meskipun teknologi tetap harus disertai kapasitas kelembagaan dan sistem kesehatan yang memadai (WHO, 2019). Dengan demikian, efektivitas kebijakan logistik kesehatan publik perlu dilihat dari sejauh mana sumber daya kesehatan dapat



tersedia secara tepat, berkelanjutan, dan merata di lokasi pelayanan (Wenang et al., 2021).

Akses pelayanan kesehatan ibu merupakan hasil interaksi antara ketersediaan fasilitas, keterjangkauan geografis, kemampuan ekonomi, mutu pelayanan, dan penerimaan sosial terhadap layanan kesehatan. Rahmawati dan Hsieh (2024), melalui analisis data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 dan 2017, mengidentifikasi perubahan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dalam konteks penerapan Jaminan Kesehatan Nasional, sekaligus menunjukkan bahwa karakteristik sosial ekonomi dan tempat tinggal berkaitan dengan penggunaan layanan antenatal, persalinan oleh tenaga kesehatan terampil, serta persalinan di fasilitas kesehatan. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa kebijakan pembiayaan kesehatan merupakan salah satu unsur yang dapat mendukung pemanfaatan layanan, tetapi tidak dengan sendirinya menghilangkan hambatan akses yang dialami perempuan.

Pada wilayah timur Indonesia, Ngana dan Karyawati (2021) menunjukkan bahwa waktu tempuh menuju pelayanan obstetri emergensi dipengaruhi oleh kondisi jalan, bentang geografis, ketersediaan transportasi, serta perubahan cuaca. Hambatan semacam ini dapat menunda perempuan memperoleh pertolongan, khususnya ketika menghadapi kondisi kehamilan dan persalinan yang membutuhkan penanganan segera. Sejalan dengan itu, tinjauan sistematis Alemayehu et al. (2024) menemukan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan ibu di berbagai negara berkembang masih dipengaruhi oleh ketimpangan wilayah tempat tinggal, pendidikan, dan tingkat kesejahteraan. Oleh karena itu, akses pelayanan kesehatan ibu perlu dipahami secara menyeluruh, bukan hanya berdasarkan keberadaan fasilitas, tetapi juga pada kemampuan perempuan untuk mencapai, menggunakan, dan memperoleh



pelayanan yang sesuai dengan kebutuhannya (Alemayehu et al., 2024; Ngana & Karyawati, 2021; Rahmawati & Hsieh, 2024).

Dalam implementasinya, kebijakan logistik kesehatan publik perlu menghubungkan pengelolaan sumber daya dengan kebutuhan spesifik perempuan agar distribusi layanan tidak hanya berorientasi pada pemerataan administratif, tetapi juga pada kesetaraan akses yang substantif. WHO (2019) menguraikan bahwa sistem informasi dan pemantauan komoditas dapat mendukung pengendalian persediaan serta membantu tenaga kesehatan mengenali kebutuhan pasokan di tingkat pelayanan. Namun, dukungan logistik tidak akan sepenuhnya efektif apabila tidak diiringi dengan ketersediaan tenaga kesehatan, infrastruktur, sistem rujukan, dan koordinasi lintas tingkat pemerintahan. Studi Wenang et al. (2021) menggarisbawahi pentingnya penguatan fasilitas pelayanan primer dan sumber daya manusia kesehatan untuk menjawab kesenjangan layanan di kawasan terpencil. Sementara itu, penelitian Ngana dan Karyawati (2021) memperlihatkan bahwa pemodelan akses berbasis kondisi geografis dapat dimanfaatkan sebagai bahan perencanaan pemerintah daerah dalam menentukan kebutuhan infrastruktur dan meningkatkan keterjangkauan pelayanan obstetri emergensi. Bukti dari Rahmawati dan Hsieh (2024) juga mengindikasikan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu berkaitan dengan sejumlah faktor pendukung, sehingga kebijakan perlu dirancang dengan memperhatikan keterkaitan antara pembiayaan, ketersediaan layanan, dan kondisi sosial perempuan. Sintesis berbagai temuan tersebut menegaskan perlunya kebijakan logistik kesehatan publik yang responsif gender, terintegrasi dengan perencanaan pelayanan kesehatan ibu, dan didukung koordinasi antarpemangku kepentingan. Pendekatan ini relevan sebagai landasan untuk mengkaji bagaimana tata kelola kolaboratif dapat memperkuat implementasi kebijakan logistik kesehatan di wilayah



3T (Ngana & Karyawati, 2021; Rahmawati & Hsieh, 2024; Wenang et al., 2021; WHO, 2019).

Kebijakan Logistik Kesehatan Responsif Gender

Kebijakan logistik kesehatan responsif gender merupakan pendekatan dalam penyelenggaraan sistem kesehatan yang mengintegrasikan perspektif kesetaraan gender ke dalam proses perencanaan, penganggaran, pengadaan, penyimpanan, distribusi, hingga evaluasi sumber daya kesehatan. Pendekatan ini didasarkan pada pemahaman bahwa perempuan dan laki-laki dapat memiliki kebutuhan, pengalaman, peran sosial, serta hambatan yang berbeda dalam memperoleh pelayanan kesehatan. WHO (2011) menjelaskan bahwa analisis gender perlu menjadi bagian dari perencanaan program kesehatan agar kebijakan dan intervensi mampu mengidentifikasi ketimpangan serta mengakomodasi kebutuhan kelompok sasaran secara lebih tepat. Perspektif tersebut sejalan dengan pandangan WHO, bahwa sistem kesehatan yang berorientasi pada pemerataan belum tentu secara otomatis responsif gender apabila proses dan struktur di dalamnya masih mereproduksi diskriminasi atau ketidaksetaraan.

Pengarusutamaan Gender (PUG) menjadi strategi untuk mengintegrasikan perspektif gender ke dalam seluruh tahapan pembangunan, termasuk perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi kebijakan (Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2000). Oleh karena itu, responsivitas gender dalam kebijakan logistik kesehatan perlu dipahami bukan sebagai penyediaan layanan yang hanya ditujukan bagi perempuan, melainkan sebagai upaya memastikan bahwa distribusi sumber daya dan manfaat pelayanan kesehatan dapat menjawab kebutuhan kelompok masyarakat secara adil (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 2026).



Dalam pelaksanaannya, kebijakan logistik kesehatan responsif gender membutuhkan sistem rantai pasok yang mampu menghubungkan perencanaan kebutuhan dengan kondisi nyata penerima manfaat, khususnya perempuan dan kelompok yang menghadapi hambatan geografis maupun sosial ekonomi. Pengelolaan logistik kesehatan tidak hanya berkaitan dengan perpindahan barang, tetapi juga melibatkan koordinasi informasi, pembiayaan, pengadaan, pengendalian persediaan, dan penyaluran komoditas hingga mencapai pengguna akhir (United Nations Population Fund [UNFPA], 2014). Strategi Unit Manajemen Rantai Pasok UNFPA periode 2024–2029 menekankan pentingnya membangun rantai pasok yang responsif, tangguh, dan adaptif agar komoditas kesehatan seksual dan reproduksi dapat tersedia sesuai kebutuhan serta menjangkau populasi yang beragam (UNFPA, 2025).

Hasil evaluasi program UNFPA di sejumlah negara juga memperlihatkan bahwa penguatan keamanan pasokan komoditas kesehatan reproduksi memerlukan strategi nasional, mekanisme koordinasi, sistem informasi manajemen logistik, serta integrasi dengan kebijakan kesehatan dan pengarusutamaan gender (Chattoe-Brown et al., 2012). Dengan demikian, kebijakan logistik yang responsif gender perlu didukung oleh data kebutuhan yang terpilah, mekanisme distribusi yang mempertimbangkan konteks lokal, serta sistem pemantauan yang dapat mengidentifikasi kesenjangan ketersediaan komoditas. Integrasi aspek-aspek tersebut memungkinkan pengelolaan logistik bergerak dari pendekatan yang semata-mata berorientasi pada efisiensi operasional menuju pelayanan yang mempertimbangkan pemerataan dan kebutuhan kesehatan masyarakat secara lebih inklusif (UNFPA, 2025).

Relevansi kebijakan logistik kesehatan responsif gender semakin terlihat pada wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T), ketika keterbatasan infrastruktur, jarak



geografis, dan ketidakmerataan fasilitas dapat memengaruhi kemampuan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang berkesinambungan. Pedoman dukungan logistik untuk Paket Pelayanan Awal Minimum kesehatan reproduksi di Indonesia menekankan pentingnya perencanaan kebutuhan, koordinasi antarpihak, pengelolaan penyimpanan, distribusi, dan pemantauan komoditas untuk memenuhi kebutuhan perempuan dan remaja, terutama dalam situasi krisis kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia & UNFPA, 2017). UNFPA juga menempatkan penguatan rantai pasok komoditas kesehatan reproduksi sebagai salah satu upaya untuk memperluas akses terhadap produk dan pelayanan yang berkualitas, termasuk bagi masyarakat terpencil dan kurang terlayani.

Sementara itu, WHO, UNICEF, dan Gavi (2021) menunjukkan bahwa hambatan berbasis gender dapat memengaruhi kinerja program kesehatan, sehingga analisis gender perlu diintegrasikan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan intervensi. Hal ini mengindikasikan bahwa pemerataan distribusi logistik tidak cukup dinilai dari jumlah barang yang disalurkan, tetapi juga perlu memperhatikan ketepatan sasaran, aksesibilitas, keberlanjutan pasokan, serta keterlibatan kelompok penerima manfaat dalam proses pengambilan keputusan. Berdasarkan sintesis tersebut, kebijakan logistik kesehatan responsif gender di wilayah 3T memerlukan tata kelola yang menghubungkan pemerintah, fasilitas kesehatan, organisasi perempuan, dan masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan serta mengatasi hambatan distribusi. Perspektif ini menjadi landasan untuk menganalisis peran tata kelola kolaboratif dalam memperkuat implementasi kebijakan logistik kesehatan yang lebih inklusif dan berkeadilan.

Tata Kelola Kolaboratif dalam Implementasi Kebijakan Logistik Kesehatan



Tata kelola kolaboratif merupakan pendekatan penyelenggaraan kebijakan publik yang menempatkan pemerintah dan pemangku kepentingan nonpemerintah dalam suatu proses pengambilan keputusan serta pelaksanaan program secara bersama. Pendekatan ini berkembang sebagai respons terhadap persoalan publik yang kompleks dan tidak dapat ditangani secara efektif oleh satu institusi saja. Ansell dan Gash (2008), berdasarkan telaah terhadap 137 kasus kolaborasi, mengidentifikasi sejumlah unsur yang memengaruhi dinamika kerja sama, antara lain kondisi awal hubungan antaraktor, keseimbangan sumber daya, desain kelembagaan, kepemimpinan fasilitatif, dan proses kolaborasi. Kerangka tersebut kemudian diperluas oleh Emerson et al. (2012) dengan menekankan keterkaitan antara keterlibatan bersama, motivasi kolektif, dan kapasitas untuk melakukan tindakan secara terkoordinasi. Dalam konteks kesehatan masyarakat, Emerson (2018) menjelaskan bahwa kolaborasi lintas sektor dan lintas tingkat pemerintahan dapat mendukung penanganan persoalan kesehatan yang melibatkan berbagai kepentingan, meskipun pelaksanaannya dipengaruhi oleh kapasitas institusi, hubungan kekuasaan, serta kondisi sosial dan politik. Selaras dengan pandangan tersebut,

Belrhiti et al. (2024) mengidentifikasi bahwa kepercayaan, keselarasan tujuan, interaksi antarorganisasi, dan kemampuan mengambil keputusan bersama merupakan aspek penting dalam membangun kolaborasi di dalam jaringan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, tata kelola kolaboratif dapat dipahami sebagai proses kelembagaan dan relasional yang mengintegrasikan sumber daya, pengetahuan, serta tanggung jawab para aktor untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan bersama.

Dalam implementasi kebijakan logistik kesehatan, tata kelola kolaboratif berperan menghubungkan berbagai fungsi yang tersebar pada lembaga pemerintah,



fasilitas pelayanan kesehatan, penyedia barang dan jasa, serta unsur masyarakat. Pengelolaan logistik kesehatan memerlukan sinkronisasi antara perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, distribusi, pengelolaan informasi, dan pemantauan agar sumber daya dapat tersedia sesuai kebutuhan pelayanan. Sienkiewicz-Małyjurek dan Szymczak (2024) menjelaskan bahwa rantai pasok pelayanan publik merupakan jaringan yang mengandalkan koordinasi dan pengelolaan hubungan antaraktor untuk menciptakan nilai publik, sehingga keberhasilan penyediaan layanan tidak hanya ditentukan oleh kinerja organisasi secara individual.

Perspektif tersebut sejalan dengan Emerson et al. (2012), yang menempatkan kapasitas tindakan bersama sebagai salah satu unsur utama dalam tata kelola kolaboratif, termasuk kemampuan untuk menyatukan prosedur, sumber daya, dan mekanisme koordinasi. Dalam sistem kesehatan, Belrhiti et al. (2024) menunjukkan bahwa kolaborasi antarorganisasi dapat menghadapi kendala berupa fragmentasi layanan, lemahnya keselarasan strategis, keterlambatan pengambilan keputusan, dan rendahnya kepercayaan di antara anggota jaringan. Sementara itu, Emerson (2018) menekankan pentingnya memperhatikan konteks kelembagaan, distribusi kewenangan, serta hubungan antaraktor ketika menerapkan tata kelola kolaboratif dalam sistem kesehatan masyarakat. Berdasarkan pandangan tersebut, implementasi kebijakan logistik kesehatan membutuhkan mekanisme kerja sama yang jelas, pembagian peran yang disepakati, pertukaran informasi yang berkesinambungan, dan akuntabilitas bersama agar koordinasi rantai pasok dapat mendukung keberlangsungan pelayanan.

Pada wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T), penerapan tata kelola kolaboratif menjadi relevan karena penyelenggaraan logistik kesehatan dihadapkan pada tantangan geografis, keterbatasan infrastruktur, ketidakmerataan sumber daya,



serta kebutuhan masyarakat yang beragam. Kondisi tersebut menuntut adanya keterhubungan antara pemerintah pusat dan daerah, dinas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi masyarakat, serta kelompok penerima manfaat dalam menentukan prioritas dan mengatasi hambatan distribusi. Emerson (2018) menjelaskan bahwa efektivitas kolaborasi dalam sektor kesehatan sangat dipengaruhi oleh konteks sistem, kapasitas kelembagaan, kepemimpinan, dan kemampuan para aktor untuk membangun tindakan bersama.

Ansell dan Gash (2008) juga menegaskan bahwa ketimpangan kekuasaan maupun sumber daya dapat memengaruhi kesempatan aktor untuk berpartisipasi secara bermakna dalam proses kolaboratif. Dalam kajian jaringan pelayanan kesehatan, Belrhiti et al. (2024) menguraikan bahwa dinamika kolaborasi yang kurang efektif dapat menghambat koordinasi, menyulitkan penyelarasan tujuan, dan mengurangi kepercayaan antarpihak. Di sisi lain, Sienkiewicz-Małyjurek dan Szymczak (2024) menunjukkan bahwa pendekatan rantai pasok pelayanan publik perlu memperhatikan hubungan antarorganisasi dan penciptaan nilai bagi masyarakat sebagai pengguna layanan. Sintesis literatur tersebut menunjukkan bahwa penguatan implementasi kebijakan logistik kesehatan di wilayah 3T tidak hanya membutuhkan perbaikan proses teknis distribusi, tetapi juga tata kelola yang memungkinkan partisipasi, pertukaran informasi, penyelarasan kepentingan, dan tanggung jawab bersama. Dalam penelitian ini, prinsip-prinsip tersebut dapat digunakan untuk menganalisis bagaimana tata kelola kolaboratif mendukung implementasi kebijakan logistik kesehatan responsif gender, khususnya dalam mengakomodasi kebutuhan dan memperluas akses pelayanan kesehatan bagi perempuan.

Akses Pelayanan Kesehatan Ibu di Wilayah 3T



Akses pelayanan kesehatan ibu merupakan dimensi penting dalam penyelenggaraan sistem kesehatan karena berkaitan dengan kemampuan perempuan memperoleh layanan yang dibutuhkan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas secara tepat waktu dan berkesinambungan. Akses tersebut tidak hanya ditentukan oleh keberadaan fasilitas kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh keterjangkauan geografis, kemampuan ekonomi, ketersediaan tenaga kesehatan, penerimaan sosial budaya, serta mutu pelayanan yang diberikan.

Kerangka Three Delays yang dikembangkan oleh Thaddeus dan Maine (1994) menjelaskan bahwa keterlambatan dalam penanganan kesehatan ibu dapat terjadi pada tahap pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan, perjalanan menuju fasilitas kesehatan, maupun penerimaan tindakan medis setelah tiba di fasilitas. Dalam konteks Indonesia bagian timur, Belton et al. (2014) menemukan bahwa hambatan akses kesehatan ibu berkaitan dengan kondisi geografis dan sosial budaya, termasuk keterlambatan pengambilan keputusan, keterbatasan sarana komunikasi, serta ketidaktersediaan tenaga kesehatan dan ambulans ketika dibutuhkan.

Analisis Nababan et al. (2018) terhadap data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia periode 1986–2012 juga mengidentifikasi ketimpangan pemanfaatan pelayanan antenatal dan persalinan berdasarkan tingkat kesejahteraan, pendidikan, tempat tinggal, dan wilayah geografis. Temuan tersebut menunjukkan bahwa peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu secara umum belum tentu menghilangkan kesenjangan pemanfaatan layanan antarkelompok masyarakat. Oleh sebab itu, akses kesehatan ibu perlu dipahami sebagai hasil interaksi berbagai faktor struktural, sosial, dan pelayanan yang menentukan kemampuan perempuan untuk memperoleh perawatan sesuai kebutuhan.

Hambatan geografis menjadi salah satu tantangan yang menonjol dalam penyediaan pelayanan kesehatan ibu di wilayah 3T Indonesia, terutama pada daerah



kepulauan, pegunungan, dan perdesaan dengan infrastruktur transportasi yang terbatas. Jarak antara tempat tinggal dan fasilitas kesehatan tidak selalu mencerminkan tingkat keterjangkauan yang sebenarnya karena waktu tempuh dapat dipengaruhi oleh kondisi jalan, ketersediaan moda transportasi, cuaca, serta karakteristik wilayah. Ngana dan Karyawati (2021), melalui pemodelan akses pelayanan obstetri emergensi di Kabupaten Kupang, menunjukkan bahwa kondisi geografis dan infrastruktur memengaruhi waktu perjalanan menuju fasilitas pelayanan, bahkan sebagian besar penduduk dalam wilayah kajian memerlukan waktu lebih dari satu jam untuk mencapai pelayanan obstetri emergensi. Studi tersebut juga memperlihatkan bahwa pemodelan spasial dapat membantu pemerintah daerah mengevaluasi skenario pembangunan infrastruktur dan menentukan prioritas peningkatan akses.

Temuan Belton et al. (2014) memperkuat pemahaman bahwa kendala geografis dapat berinteraksi dengan persoalan sosial, seperti keterlambatan keluarga dalam mengambil keputusan dan kesulitan menghubungi tenaga kesehatan ketika terjadi keadaan darurat. Pada skala nasional, Tjokroprawiro et al. (2024) menemukan adanya kesenjangan akses geografis terhadap layanan bedah obstetri emergensi di sejumlah provinsi Indonesia. Meskipun analisis mereka memperkirakan sebagian besar perempuan usia reproduktif tinggal dalam jangkauan perjalanan dua jam dari fasilitas yang menyediakan layanan tersebut, beberapa wilayah, khususnya Papua dan Kepulauan Maluku, masih menghadapi keterbatasan jangkauan. Hasil-hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa upaya memperluas akses kesehatan ibu di wilayah 3T memerlukan perencanaan berbasis kondisi geografis yang disertai dukungan transportasi, infrastruktur, dan kesiapan fasilitas pelayanan.

Selain kondisi geografis, akses pelayanan kesehatan ibu di wilayah 3T juga berkaitan dengan ketimpangan sosial ekonomi, distribusi sumber daya kesehatan,



dan kesinambungan pelayanan. Aryastami dan Mubasyiroh (2023), berdasarkan analisis data Riskesdas 2018 yang mencakup berbagai provinsi di Indonesia, menemukan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu belum sepenuhnya optimal dan menunjukkan perbedaan berdasarkan karakteristik wilayah serta kondisi sosial ekonomi.

Sementara itu, Nababan et al. (2018) mengidentifikasi bahwa perempuan dari rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan lebih tinggi dan mereka yang tinggal di kawasan perkotaan memiliki peluang lebih besar untuk memanfaatkan sejumlah layanan kesehatan ibu dibandingkan kelompok yang kurang beruntung. Kondisi ini menunjukkan bahwa keberadaan jaminan pembiayaan kesehatan saja belum tentu mampu mengatasi seluruh hambatan yang memengaruhi penggunaan pelayanan, khususnya ketika persoalan transportasi, ketersediaan tenaga kesehatan, dan distribusi fasilitas masih belum tertangani.

Tjokroprawiro et al. (2024) juga menekankan pentingnya pemetaan geospasial untuk mengidentifikasi kelompok masyarakat yang belum memperoleh akses tepat waktu terhadap pelayanan obstetri emergensi, sehingga dapat menjadi dasar bagi perencanaan tenaga kesehatan dan pengembangan infrastruktur. Selaras dengan temuan tersebut, Ngana dan Karyawati (2021) memperlihatkan potensi pemodelan skenario sebagai instrumen pendukung perencanaan daerah untuk membandingkan alternatif pengembangan akses berdasarkan kebutuhan dan keterbatasan anggaran. Berdasarkan sintesis literatur tersebut, peningkatan akses pelayanan kesehatan ibu di wilayah 3T perlu dilakukan melalui pendekatan yang terintegrasi, mencakup pemerataan fasilitas dan tenaga kesehatan, dukungan transportasi rujukan, ketersediaan logistik medis, serta perencanaan yang memperhatikan kondisi sosial dan kebutuhan perempuan. Hal ini menjadi dasar penting bagi penelitian mengenai



tata kelola kolaboratif dalam memperkuat implementasi kebijakan logistik kesehatan responsif gender di wilayah 3T.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif-eksploratif untuk menganalisis model kebijakan logistik publik berbasis gender dalam pemberdayaan perempuan di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) Indonesia. Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian berupaya memahami fenomena sosial, implementasi kebijakan, serta pengalaman aktor yang terlibat secara mendalam dan kontekstual. Menurut John W. Creswell, metode kualitatif efektif digunakan untuk memahami makna, persepsi, dan dinamika sosial dalam suatu kebijakan publik. Data penelitian terdiri atas data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan pemerintah daerah, pengelola logistik publik, pelaku pemberdayaan masyarakat, dan perempuan pelaku usaha di wilayah 3T. Sementara itu, data sekunder diperoleh dari dokumen kebijakan, laporan pemerintah, jurnal ilmiah, dan regulasi terkait gender serta pembangunan wilayah 3T. Pemilihan informan dilakukan secara purposive berdasarkan relevansi terhadap fokus penelitian.

Proses pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, dokumentasi, dan observasi terbatas. Namun, karena keterbatasan akses geografis dan efisiensi penelitian di wilayah 3T, sebagian wawancara dilakukan secara daring menggunakan media digital seperti Zoom Meeting, Google Meet, dan WhatsApp Call. Pendekatan ini dinilai tetap mampu menghasilkan data yang mendalam dan relevan selama proses komunikasi dan klarifikasi data dilakukan secara sistematis. Untuk menjaga validitas data, penelitian menerapkan triangulasi sumber, dokumentasi, dan member checking. Selanjutnya, analisis data dilakukan



menggunakan model interaktif Matthew B. Miles dan A. Michael Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan secara bertahap sehingga menghasilkan interpretasi yang sistematis dan mendalam

Hasil dan Pembahasan

Implementasi Kebijakan Logistik Kesehatan di Wilayah 3T Indonesia

Implementasi kebijakan logistik kesehatan di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) merupakan proses yang melibatkan berbagai aspek, mulai dari perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, hingga pendistribusian obat-obatan, vaksin, alat kesehatan, dan perlengkapan medis ke fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, kebijakan logistik kesehatan tidak hanya berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan barang medis, tetapi juga dengan kemampuan pemerintah daerah dan fasilitas kesehatan dalam menjamin ketersediaan logistik secara tepat jenis, jumlah, waktu, tempat, dan kondisi. Berdasarkan kerangka analisis penelitian, implementasi kebijakan logistik kesehatan di wilayah 3T dapat dikaji melalui keterkaitan antara kebijakan pemerintah, kapasitas kelembagaan, kondisi geografis, serta koordinasi antaraktor yang terlibat. Pernyataan tersebut dapat digunakan untuk menggambarkan sejauh mana kebijakan yang telah ditetapkan diterjemahkan menjadi kegiatan operasional di tingkat daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Dari aspek perencanaan dan ketersediaan logistik kesehatan, implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh ketepatan data kebutuhan, kemampuan pengelolaan persediaan, serta kesesuaian antara alokasi anggaran dan kebutuhan pelayanan di lapangan. Fasilitas kesehatan di wilayah 3T berpotensi menghadapi kesulitan dalam memperkirakan kebutuhan secara akurat apabila pencatatan persediaan, pelaporan pemakaian, dan pemantauan stok belum berjalan secara



terintegrasi. Kondisi geografis yang tersebar juga dapat menyebabkan perbedaan kebutuhan antara satu fasilitas kesehatan dengan fasilitas lainnya. Adanya ketidaksesuaian antara kebutuhan dan persediaan, hal tersebut dapat dianalisis sebagai indikasi adanya kesenjangan antara perencanaan administratif dan kebutuhan operasional. Sebaliknya, jika informan menyampaikan bahwa perencanaan telah dilakukan secara rutin, analisis dapat diarahkan pada faktor yang mendukung ketepatan perencanaan, seperti pembaruan data, komunikasi antarfasilitas, dan pemanfaatan sistem informasi logistik.

Aspek distribusi menjadi salah satu dimensi penting dalam implementasi kebijakan logistik kesehatan di wilayah 3T. Tantangan distribusi dapat muncul akibat jarak antarfasilitas kesehatan, keterbatasan sarana transportasi, kondisi jalan, cuaca, serta ketergantungan pada moda transportasi tertentu. Hambatan tersebut berpotensi memengaruhi ketepatan waktu pengiriman dan kontinuitas ketersediaan barang medis, terutama bagi fasilitas kesehatan yang berada jauh dari pusat pemerintahan atau pusat penyimpanan logistik. Apakah kendala distribusi bersifat geografis, teknis, administratif, atau merupakan kombinasi dari beberapa faktor. Jika informan menjelaskan adanya penyesuaian jadwal pengiriman atau penggunaan moda transportasi alternatif, hal tersebut dapat dibahas sebagai bentuk adaptasi pelaksana kebijakan terhadap kondisi wilayah. Namun, strategi adaptasi tersebut perlu ditelaah lebih lanjut untuk melihat apakah telah didukung oleh perencanaan, pembiayaan, dan koordinasi yang memadai.

Selanjutnya, implementasi kebijakan logistik kesehatan juga ditentukan oleh koordinasi dan kolaborasi antara pemerintah daerah, dinas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, pengelola gudang farmasi, tenaga kesehatan, serta aktor masyarakat yang relevan. Koordinasi dibutuhkan agar informasi mengenai kebutuhan, ketersediaan, distribusi, dan penggunaan logistik dapat disampaikan



secara tepat dan ditindaklanjuti oleh pihak yang memiliki kewenangan. Dalam konteks wilayah 3T, kolaborasi menjadi penting karena keterbatasan sumber daya pada satu institusi dapat memengaruhi kelancaran keseluruhan rantai pasok kesehatan.

Berdasarkan keterangan informan, pembahasan dapat diarahkan pada kejelasan peran, intensitas komunikasi, mekanisme penyelesaian masalah, dan keberlanjutan kerja sama antarinstansi. Koordinasi yang hanya berlangsung ketika terjadi masalah, misalnya, dapat menunjukkan perlunya mekanisme kolaborasi yang lebih terencana dan rutin. Sementara itu, adanya forum koordinasi berkala, pertukaran data, dan tindak lanjut bersama dapat menjadi bukti adanya praktik kolaboratif dalam pelaksanaan kebijakan.

Dimensi lain yang perlu diperhatikan adalah aksesibilitas dan kesesuaian layanan logistik kesehatan dengan kebutuhan masyarakat, termasuk perempuan, ibu hamil, ibu bersalin, bayi, dan kelompok rentan lainnya. Ketersediaan logistik di tingkat kabupaten atau gudang farmasi belum tentu secara langsung mencerminkan kemudahan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, karena akses juga dipengaruhi oleh jarak ke fasilitas kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, biaya transportasi, informasi pelayanan, dan kondisi sosial masyarakat. Oleh karena itu, implementasi kebijakan perlu dilihat tidak hanya dari jumlah barang yang tersedia, tetapi juga dari kemampuan sistem dalam mendukung pelayanan yang berkesinambungan dan responsif terhadap kebutuhan kelompok yang berbeda. Adanya kesulitan memperoleh layanan akibat jarak, transportasi, atau keterbatasan perlengkapan, temuan tersebut dapat menunjukkan bahwa tantangan logistik beririsan dengan persoalan akses pelayanan. Analisis responsivitas gender dapat diperkuat dengan menelaah apakah kebutuhan spesifik perempuan dan kelompok rentan telah dipertimbangkan dalam perencanaan, distribusi, dan penyediaan logistik



kesehatan. Secara keseluruhan, implementasi kebijakan logistik kesehatan di wilayah 3T perlu dipahami sebagai proses yang saling berkaitan antara perencanaan kebutuhan, ketersediaan persediaan, distribusi, koordinasi kelembagaan, dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Dengan demikian, temuan penelitian dapat digunakan untuk mengidentifikasi aspek implementasi yang telah berjalan, kendala yang masih dihadapi, dan peluang perbaikan melalui penguatan tata kelola kolaboratif. Hasil analisis ini selanjutnya dapat menjadi dasar dalam merumuskan model implementasi kebijakan logistik kesehatan yang lebih adaptif, inklusif, dan sesuai dengan karakteristik geografis serta kebutuhan masyarakat di wilayah 3T Indonesia.

Tata Kelola Kolaboratif dalam Implementasi Kebijakan Logistik Kesehatan

Tata kelola kolaboratif memiliki peran penting dalam mendukung implementasi kebijakan logistik kesehatan di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T), terutama karena keterbatasan infrastruktur, sumber daya, dan aksesibilitas geografis. Pelaksanaan kebijakan ini melibatkan berbagai aktor, seperti pemerintah daerah, dinas kesehatan, pengelola gudang farmasi, puskesmas, tenaga kesehatan, serta unsur masyarakat. Kolaborasi antaraktor diperlukan untuk menyelaraskan perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, dan distribusi logistik kesehatan agar sesuai dengan kebutuhan fasilitas pelayanan. Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan tidak hanya bergantung pada kapasitas masing-masing lembaga, tetapi juga pada kemampuan membangun kerja sama yang terarah dan berkelanjutan.

Pengaruh tata kelola kolaboratif juga terlihat melalui koordinasi dan komunikasi antarinstansi dalam mengatasi berbagai hambatan logistik kesehatan. Pertukaran informasi mengenai kebutuhan obat, ketersediaan stok, jadwal



pengiriman, dan kendala transportasi dapat membantu para pelaksana mengambil tindakan secara lebih cepat dan tepat. Di wilayah 3T, koordinasi menjadi semakin penting ketika kondisi geografis dan keterbatasan sarana transportasi menghambat distribusi logistik ke fasilitas kesehatan terpencil. Apabila komunikasi dan koordinasi berjalan secara efektif, potensi keterlambatan distribusi dan ketidaksesuaian kebutuhan dapat diminimalkan. Sebaliknya, kurangnya pertukaran informasi dan ketidakjelasan mekanisme koordinasi dapat menghambat pelaksanaan kebijakan.

Selain koordinasi, pembagian peran, kepercayaan, dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan bersama merupakan unsur penting dalam tata kelola kolaboratif. Kejelasan tanggung jawab antara pemerintah daerah, dinas kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan dapat mencegah tumpang tindih tugas serta memperkuat akuntabilitas pengelolaan logistik. Pelibatan tenaga kesehatan dan masyarakat juga dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan nyata di lapangan, termasuk kebutuhan perempuan, ibu hamil, dan kelompok rentan lainnya. Keterlibatan para pemangku kepentingan dalam proses tersebut memungkinkan kebijakan lebih responsif terhadap kondisi lokal, sehingga keputusan terkait perencanaan dan distribusi logistik tidak hanya berorientasi pada ketentuan administratif, tetapi juga mempertimbangkan kebutuhan penerima layanan.

Dengan demikian, tata kelola kolaboratif memengaruhi implementasi kebijakan logistik kesehatan melalui penguatan koordinasi, komunikasi, pembagian peran, dan penyelesaian masalah secara bersama. Kolaborasi yang berjalan secara konsisten berpotensi meningkatkan ketepatan perencanaan, kelancaran distribusi, dan pemerataan akses terhadap logistik kesehatan. Namun, efektivitasnya tetap dipengaruhi oleh komitmen para aktor, ketersediaan sumber daya, kejelasan kewenangan, serta mekanisme monitoring dan evaluasi. Oleh karena itu, penguatan tata kelola kolaboratif perlu diarahkan pada pembentukan mekanisme kerja sama



yang terstruktur, pertukaran informasi yang berkelanjutan, serta evaluasi bersama agar implementasi kebijakan logistik kesehatan dapat lebih adaptif terhadap karakteristik wilayah 3T Indonesia.

Model Tata Kelola Kolaboratif untuk Memperkuat Implementasi Kebijakan Logistik Kesehatan Responsif Gender di Wilayah 3T Indonesia

Model tata kelola kolaboratif dalam kebijakan logistik kesehatan responsif gender di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) perlu didasarkan pada integrasi peran pemerintah daerah, dinas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, organisasi masyarakat, dan kelompok perempuan. Model ini menempatkan kolaborasi sebagai mekanisme untuk menyelaraskan perencanaan, pengadaan, penyimpanan, dan distribusi logistik kesehatan dengan kebutuhan masyarakat yang beragam. Responsivitas gender perlu diintegrasikan sejak tahap identifikasi kebutuhan dengan mempertimbangkan kebutuhan khusus perempuan, ibu hamil, ibu bersalin, bayi, dan kelompok rentan lainnya. Dengan demikian, model yang dikembangkan tidak hanya berorientasi pada ketersediaan logistik, tetapi juga memastikan bahwa proses pengambilan keputusan mempertimbangkan pengalaman, kebutuhan, dan hambatan yang dihadapi kelompok masyarakat yang berbeda.

Model tata kelola kolaboratif selanjutnya perlu memperkuat koordinasi dan pembagian tanggung jawab antaraktor melalui mekanisme komunikasi, pertukaran data, dan pengambilan keputusan bersama. Dinas kesehatan dapat berperan sebagai koordinator dalam menyelaraskan perencanaan dan pengawasan, sementara puskesmas serta tenaga kesehatan bertanggung jawab menyampaikan informasi kebutuhan aktual dan kondisi pelayanan di lapangan. Organisasi masyarakat dan perwakilan perempuan dapat dilibatkan untuk menyampaikan perspektif penerima



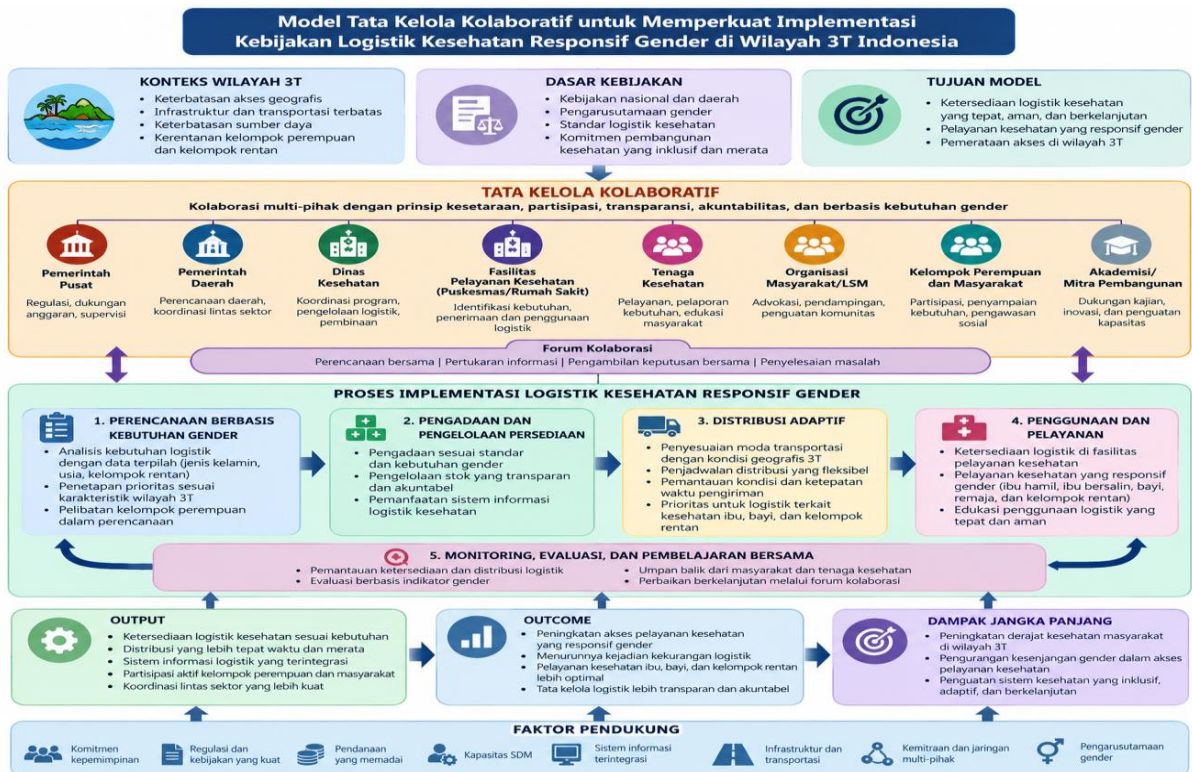
layanan, termasuk hambatan geografis, sosial, dan ekonomi dalam mengakses pelayanan kesehatan. Mekanisme tersebut dapat diperkuat melalui forum koordinasi berkala, sistem pelaporan kebutuhan dan persediaan, serta prosedur penanganan bersama ketika terjadi kekurangan atau keterlambatan distribusi. Pendekatan ini memungkinkan keputusan logistik disesuaikan dengan kondisi wilayah, sekaligus meningkatkan transparansi, akuntabilitas, dan kepercayaan antaraktor.

Aspek penting lainnya adalah pengembangan sistem distribusi yang adaptif terhadap karakteristik geografis wilayah 3T dan kebutuhan kesehatan yang responsif gender. Perencanaan distribusi perlu mempertimbangkan jarak fasilitas kesehatan, ketersediaan transportasi, kondisi cuaca, serta kontinuitas pasokan barang medis dan perlengkapan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat. Model kolaboratif juga perlu didukung oleh sistem monitoring dan evaluasi yang menggunakan indikator ketersediaan logistik, ketepatan waktu distribusi, pemenuhan kebutuhan kelompok rentan, partisipasi perempuan, dan tindak lanjut atas keluhan penerima layanan. Melalui evaluasi bersama, para pemangku kepentingan dapat mengidentifikasi kesenjangan implementasi dan menyusun langkah perbaikan secara berkelanjutan. Dengan demikian, model tata kelola kolaboratif yang dikembangkan diharapkan mampu menghubungkan perencanaan berbasis kebutuhan gender, koordinasi lintas aktor, distribusi adaptif, dan pengawasan partisipatif sebagai satu kesatuan proses kebijakan.

Berdasarkan uraian tersebut, model tata kelola kolaboratif yang diusulkan menempatkan kolaborasi multipihak sebagai penggerak utama, dengan perencanaan responsif gender, koordinasi dan pembagian peran, distribusi logistik yang adaptif, serta monitoring dan evaluasi partisipatif sebagai komponen yang saling terhubung. Seluruh komponen tersebut didukung oleh komitmen kelembagaan, ketersediaan sumber daya, kepemimpinan kolaboratif, dan sistem informasi yang memadai. Hasil



yang diharapkan adalah meningkatnya ketepatan perencanaan, kelancaran distribusi, pemerataan akses, dan kesesuaian logistik kesehatan dengan kebutuhan perempuan serta kelompok rentan di wilayah 3T Indonesia. Model ini selanjutnya perlu divalidasi melalui triangulasi data, diskusi dengan pemangku kepentingan, atau penilaian ahli agar komponen dan mekanisme pelaksanaannya benar-benar sesuai dengan kondisi empiris lokasi penelitian. Adapun model tata kelola kolaboratif untuk memperkuat implementasi kebijakan logistik kesehatan responsif gender di wilayah 3T Indonesia sebagai berikut :



Sumber : data lapangan diolah, 2026

Gambar 1. Model Tata Kelola Kolaboratif Untuk Memperkuat Implementasi Kebijakan Logistik Kesehatan Responsif Gender Di Wilayah 3T Indonesia

Desain model tata kelola kolaboratif ini menggambarkan keterkaitan antara konteks wilayah 3T, dasar kebijakan, dan tujuan penguatan implementasi kebijakan



logistik kesehatan responsif gender. Model menempatkan kolaborasi multipihak sebagai inti tata kelola yang melibatkan pemerintah pusat dan daerah, dinas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, organisasi masyarakat, kelompok perempuan, serta akademisi dan mitra pembangunan. Kolaborasi diwujudkan melalui perencanaan bersama, pertukaran informasi, pengambilan keputusan, dan penyelesaian masalah secara terpadu.

Implementasi model dilakukan melalui lima tahapan utama, yaitu perencanaan berbasis kebutuhan gender, pengadaan dan pengelolaan persediaan, distribusi adaptif sesuai kondisi geografis, penggunaan logistik dalam pelayanan kesehatan, serta monitoring dan evaluasi bersama. Seluruh tahapan didukung oleh komitmen kepemimpinan, regulasi, pendanaan, kapasitas sumber daya manusia, sistem informasi, infrastruktur transportasi, dan pengarusutamaan gender. Model ini diharapkan menghasilkan ketersediaan dan distribusi logistik kesehatan yang lebih merata, meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang responsif gender, serta memperkuat tata kelola logistik kesehatan yang inklusif, adaptif, dan berkelanjutan di wilayah 3T Indonesia.

Kebaruan Penelitian

Kebaruan (*novelty*) penelitian ini terletak pada pengembangan model tata kelola kolaboratif yang mengintegrasikan prinsip responsivitas gender ke dalam implementasi kebijakan logistik kesehatan di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) Indonesia. Berbeda dari kajian logistik kesehatan yang umumnya berfokus pada ketersediaan, pengadaan, pengelolaan persediaan, dan distribusi, penelitian ini menempatkan kebutuhan spesifik perempuan dan kelompok rentan sebagai bagian penting dalam keseluruhan proses pengambilan keputusan logistik. Model yang dikembangkan menghubungkan pemerintah pusat dan daerah, dinas kesehatan,



fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, organisasi masyarakat, serta kelompok perempuan melalui perencanaan berbasis kebutuhan gender, koordinasi lintas sektor, distribusi adaptif, dan monitoring partisipatif. Integrasi tersebut diarahkan untuk membangun tata kelola logistik kesehatan yang tidak hanya berorientasi pada efisiensi operasional, tetapi juga mempertimbangkan kesetaraan akses, partisipasi, dan kesesuaian pelayanan dengan karakteristik sosial serta geografis wilayah 3T.

Kebaruan berikutnya terletak pada perumusan kerangka tata kelola kolaboratif yang menghubungkan partisipasi multipihak, pengambilan keputusan bersama, dan mekanisme evaluasi responsif gender sebagai satu kesatuan dalam memperkuat implementasi kebijakan logistik kesehatan. Model ini menekankan bahwa keberhasilan logistik kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kapasitas kelembagaan dan ketersediaan sumber daya, tetapi juga oleh kemampuan para pemangku kepentingan untuk membangun komunikasi, berbagi informasi, menyelaraskan tanggung jawab, serta merespons kebutuhan masyarakat secara berkelanjutan. Dalam konteks wilayah 3T, pendekatan tersebut memungkinkan pengembangan mekanisme distribusi yang lebih adaptif terhadap keterbatasan infrastruktur dan akses geografis, sekaligus membuka ruang partisipasi perempuan dalam mengidentifikasi kebutuhan dan mengevaluasi pelayanan. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan menghasilkan model konseptual yang dapat menjadi landasan penguatan implementasi kebijakan logistik kesehatan yang inklusif, adaptif, dan berkelanjutan, dengan komponen model yang selanjutnya perlu divalidasi berdasarkan temuan empiris penelitian.



Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Model Tata Kelola Kolaboratif untuk Memperkuat Implementasi Kebijakan Logistik Kesehatan Responsif Gender di Wilayah 3T Indonesia, sebagai berikut.

1. Implementasi kebijakan logistik kesehatan di wilayah 3T Indonesia mencakup perencanaan kebutuhan, pengadaan, pengelolaan persediaan, distribusi, serta monitoring dan evaluasi. Pelaksanaannya masih menghadapi tantangan berupa keterbatasan infrastruktur, kondisi geografis, akses transportasi, dan kapasitas sumber daya manusia. Oleh karena itu, diperlukan penguatan sistem pengelolaan logistik agar ketersediaan dan distribusi dapat disesuaikan dengan kebutuhan fasilitas kesehatan dan masyarakat, khususnya perempuan serta kelompok rentan.
2. Tata kelola kolaboratif memengaruhi implementasi kebijakan logistik kesehatan melalui koordinasi, komunikasi, pembagian peran, pertukaran informasi, dan pengambilan keputusan bersama antarpemangku kepentingan. Keterlibatan pemerintah daerah, dinas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, organisasi masyarakat, dan kelompok perempuan berperan dalam mengidentifikasi kebutuhan serta mengatasi hambatan distribusi. Efektivitas kolaborasi tersebut dipengaruhi oleh komitmen kelembagaan, kejelasan tanggung jawab, ketersediaan sumber daya, dan keberlanjutan kerja sama.
3. Model tata kelola kolaboratif untuk memperkuat implementasi kebijakan logistik kesehatan responsif gender dikembangkan melalui integrasi kolaborasi multipihak, perencanaan berbasis kebutuhan gender, koordinasi lintas sektor, distribusi logistik adaptif, serta monitoring dan evaluasi partisipatif. Model ini didukung oleh kepemimpinan kolaboratif, regulasi, pendanaan, kapasitas sumber daya manusia, sistem informasi, dan infrastruktur transportasi.



Penerapan model diharapkan dapat meningkatkan ketepatan perencanaan, pemerataan distribusi, partisipasi perempuan, dan akses pelayanan kesehatan yang responsif gender di wilayah 3T Indonesia.

Daftar Pustaka

- Alemayehu, A. A. G., Murányi, E., Vitrai, J., & Lohner, S. (2024). Inequity in uptake of maternal health care services in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 12, 1415092. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1415092>
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Aryastami, N. K., & Mubasyiroh, R. (2023). Optimal utilization of maternal health service in Indonesia: A cross-sectional study of Riskesdas 2018. *BMJ Open*, 13(9), e067959. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067959>
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. (2026). *Gender dan penyakit tidak menular dalam perspektif pembangunan kesehatan: Membangun kebijakan kesehatan yang inklusif, responsif, dan berkeadilan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/12511-2/>
- Belrhiti, Z., Bigdeli, M., Lakhal, A., Kaoutar, D., Zbiri, S., & Belabbes, S. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 39(4), 412–428. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae005>
- Belton, S., Myers, B., & Ngana, F. R. (2014). Maternal deaths in eastern Indonesia: 20 years and still walking: An ethnographic study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, Article 39. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-39>
- Chattoe-Brown, A., Weil, O., & Braddock, M. (2012). *Synthesis report: UNFPA global programme to enhance reproductive health commodity security—Mid-term review*. United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/publications/synthesis-report-unfpa-global-programme-enhance-rhcs>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sage Publications.



- Dahlia, N. (2024). Implementasi Kebijakan Pengarusutamaan Gender. *Politique: Jurnal Ilmu Politik dan Pemerintahan*, 6(1), 45–57.
- Dwiyanto, A. (2007). *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Gadjah Mada University Press.
- Emerson, K. (2018). Collaborative governance of public health in low- and middle-income countries: Lessons from research in public administration. *BMJ Global Health*, 3(Suppl. 4), e000381. <https://doi.org/10.1136/bmigh-2017-000381>
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1–29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Firdaus, M. (2012). *Ketimpangan Pembangunan Antar Wilayah di Indonesia: Fakta dan Strategi Inisiatif*. IPB Press.
- Ghuzini, D. (2021). Ketimpangan Pendidikan dan Pendapatan serta Pengaruhnya terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Daerah 3T. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 16(2), 115–128.
- Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional. (2000).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, & United Nations Population Fund. (2017). *Pedoman dukungan logistik Paket Pelayanan Awal Minimum kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan*. UNFPA Indonesia. <https://indonesia.unfpa.org/en/publications/pedoman-dukungan-logistik-paket-pelayanan-awal-minimum-kesehatan-reproduksi-pada>
- Kovács, G., & Spens, K. M. (2007). Humanitarian Logistics in Disaster Relief Operations. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 37(2), 99–114.
- Malkab, H., & Syurkati, K. K. (2025). Implementasi Tata Kelola Pemerintahan yang Baik Melalui Transformasi Digital dan Kerja Sama Antar Lembaga. *Jurnal Hukum, Administrasi Publik dan Negara*, 2(4).
- Manik, E. N. G., & Ekayanta, F. B. (2024). Women's Representation in Political Development in Indonesia: Examining Gender Discrimination and Patriarchal Culture. *ESIC Conference Proceedings*, 3(1), 22–34.
- Nababan, H. Y., Hasan, M., Marthias, T., Dhital, R., Rahman, A., & Anwar, I. (2018). Trends and inequities in use of maternal health care services in Indonesia,



<https://ejournal.uki.ac.id/index.php/inada/> email: jurnal.inada@uki.ac.id

- 1986–2012. *International Journal of Women's Health*, 10, 11–24. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S144828>
- Ngana, F. R., & Karyawati, A. A. I. N. E. (2021). Scenario modelling as planning evidence to improve access to emergency obstetric care in eastern Indonesia. *PLOS ONE*, 16(6), e0251869. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251869>
- Nurhaeni, I. D. A., & Putri, I. S. (2025). *Gender Mainstreaming in Indonesia: The Strategies and Challenges in Realizing Gender Equity and Equality*. Universitas Sebelas Maret.
- Pal, A., & De, R. (2021). For Better or for Worse? A Framework for Critical Analysis of ICT4D for Women (arXiv Preprint).
- Rahmawati, T., & Hsieh, H.-M. (2024). Appraisal of universal health insurance and maternal health services utilization: Pre- and post-context of the Jaminan Kesehatan Nasional implementation in Indonesia. *Frontiers in Public Health*, 12, 1301421. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1301421>
- Sienkiewicz-Małyjurek, K., & Szymczak, M. (2024). Understanding public service supply chain management: A systematic literature review. *Management Review Quarterly*, 74, 1879–1943. <https://doi.org/10.1007/s11301-023-00350-8>
- Sukoco, B. M., Haryanto, T., & Wijayanti, R. (2022). Collaborative Governance dalam Pengelolaan Logistik Publik di Indonesia. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Publik*, 8(2), 145–159.
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091–1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)
- Tjokroprawiro, B. A., Sulistya, H. A., Muharram, F. R., Ulhaq, R. A., Izza, A., Prasetyo, B., Novitasari, K., Wiweko, B., Habibie, P. H., Lukmana, A. A. I., & Asari, M. M. H. (2024). Geospatial access to emergency obstetric surgery in Indonesia: Is travel time for access too long? *Annals of Global Health*, 90(1), Article 82. <https://doi.org/10.5334/aogh.4598>
- United Nations Population Fund. (n.d.). *The UNFPA Supplies Partnership*. <https://www.unfpa.org/unfpa-supplies-partnership>
- United Nations Population Fund. (2014, November 10). *Supply chain*. <https://www.unfpa.org/resources/supply-chain>
- United Nations Population Fund. (2025). *UNFPA Supply Chain Management Unit Strategy 2024–2029: Responsive, resilient, ready*.



<https://ejournal.uki.ac.id/index.php/inada/> email: jurnal.inada@uki.ac.id

<https://www.unfpa.org/resources/unfpa-supply-chain-management-unit-strategy-2024-2029>

- Wenang, S. W., Schaefers, J., Afdal, A., Gufron, A., Geyer, S., Dewanto, I., & Haier, J. H. (2021). Availability and accessibility of primary care for the remote, rural, and poor population of Indonesia. *Frontiers in Public Health*, 9, 721886. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.721886>
- World Health Organization. (n.d.). *Ensuring gender-responsive health systems*. <https://www.who.int/activities/ensuring-gender-responsive-health-systems>
- World Health Organization. (2011). *Gender mainstreaming for health managers: A practical approach*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501057>
- World Health Organization. (2019). *WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund, & Gavi, the Vaccine Alliance. (2021). *Why gender matters: Immunization Agenda 2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033948>
- Yuti, W. O., & Suriani, L. (2024). Pelaksanaan Program Pengarusutamaan Gender di Kota Pekanbaru. *Journal of Public Administration Review*, 5(2), 78–91.