

MENURUNKAN PREVALENSI KURANG AKTIVITAS FISIK MELALUI INTEGRASI KEBIJAKAN KESEHATAN DAN TATA RUANG



Ilustrasi gambar pexels.com

Hifzi Nurfahma
 Analis Kebijakan Ahli Muda, Lembaga Administrasi Negara RI

Ditujukan Kepada

- Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Pekerjaan Umum
- Kementerian Agraria dan Tata Ruang/BPN
- Pemerintah Daerah Provinsi, Kabupaten/Kota
- Dinas Kesehatan Daerah
- Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN)

Pendahuluan

Germas telah berjalan sejak 2017 sebagai instrumen utama pemerintah mendorong perilaku hidup sehat. Delapan tahun berjalan, Survei Kesehatan Indonesia 2023 masih mencatat 37,3% penduduk usia 10 tahun ke atas kurang aktif secara fisik, dengan prevalensi tertinggi justru di provinsi paling urban. Pola ini menunjukkan titik lemah desain kebijakan, bukan kegagalan masyarakat.

Instrumen yang tersedia saat ini hampir seluruhnya menyasar sisi individu berupa edukasi, kampanye, dan penyediaan fasilitas berbayar oleh pasar. Yang membatasi orang bergerak justru berada di luar kendali individu, yaitu waktu tempuh komuter, kondisi trotoar, ketersediaan ruang terbuka, dan jam kerja.

Tinjauan lintas negara menempatkan lingkungan binaan dan akses fasilitas sebagai prediktor aktivitas fisik yang konsisten, setara atau melampaui faktor motivasional (Bauman et al., 2012).

Ringkasan Eksekutif

SKI 2023 mencatat 37,3% penduduk usia 10 tahun ke atas kurang aktif secara fisik, dengan angka terburuk justru di wilayah paling urban yaitu DKI Jakarta 47,5%. Akar masalahnya bukan kesadaran, melainkan struktur kesempatan: keanggotaan pusat kebugaran selama 12 bulan tidak meningkatkan aktivitas fisik harian (Gjestvang et al., 2019), jarak ke fasilitas tetap menentukan frekuensi berolahraga (Raza et al., 2022), dan kualitas fisik jalan menentukan perilaku berjalan kaki (Ernawati et al., 2025). Selama kota tidak dirancang untuk mobilitas aktif, pertumbuhan fasilitas kebugaran tidak akan menggerakkan angka nasional.

Tiga alternatif dipertimbangkan untuk menjawab masalah tersebut. Alternatif pertama adalah perluasan infrastruktur publik aktif berupa taman kota, jalur sepeda, dan trotoar inklusif yang terbuka dan gratis bagi seluruh warga. Alternatif kedua adalah penetapan standar *walkability* minimum dan ruang terbuka hijau dalam regulasi tata ruang yang wajib dipenuhi pada setiap perizinan kawasan baru. Alternatif ketiga adalah subsidi akses fasilitas kebugaran bagi kelompok rentan yang dikombinasikan dengan insentif fiskal bagi perusahaan. Berdasarkan analisis matriks perbandingan alternatif, nilai tertinggi diperoleh alternatif kedua, sehingga alternatif inilah yang dapat dipertimbangkan untuk diprioritaskan karena bekerja melalui instrumen perizinan yang kewenangannya sudah tersedia dan hampir tidak membebani anggaran negara.

Kementerian Kesehatan perlu mendorong pertimbangan kesehatan masuk ke dalam kebijakan tata ruang, sekaligus menetapkan capaian aktivitas fisik penduduk sebagai indikator kinerja urusan kesehatan daerah dan menyediakan data prevalensi sebagai dasar penentuan wilayah prioritas. Kementerian PU bersama Kementerian ATR/BPN perlu menetapkan standar minimum jalur pejalan kaki dan ruang terbuka hijau yang mengikat perizinan kawasan baru sekaligus pemeliharaan jalan eksisting. Pemerintah daerah menerapkannya melalui RDTR dan program pemeliharaan jalan di wilayahnya.

Ongkos dari pembiaran ini tidak berhenti pada angka prevalensi. Kurang aktivitas fisik merupakan faktor risiko kematian global keempat (WHO, 2020) dan salah satu pendorong utama penyakit tidak menular yang menyumbang 74% kematian global (WHO, 2023). Karena penyakit tidak menular berkembang perlahan dan menetap seumur hidup, beban pembiayaan dan kehilangan produktivitas yang ditimbulkannya baru terasa satu hingga dua dasawarsa setelah perilaku terbentuk. Kebijakan yang tertunda hari ini akan ditagih pada periode pemerintahan yang jauh berikutnya, dan itulah yang membuat isu ini kronis kalah prioritas dibanding persoalan kesehatan yang akut.

Policy brief ini memetakan hambatan aktivitas fisik pada tiga lapis titik ungkit kebijakan, yaitu lapis individu melalui edukasi dan skrining di Puskesmas, lapis institusi dan komunitas melalui fasilitas publik dan kebijakan tempat kerja, serta lapis struktur melalui tata ruang, standar pedestrian, ruang terbuka hijau, dan alokasi anggaran daerah. Ketiga lapis itu kemudian dipakai untuk menilai tiga alternatif intervensi dan menentukan mana yang paling layak diprioritaskan.

Deskripsi Masalah

Angka 37,3% menyimpan tiga masalah struktural yang saling mengunci. Ketiganya tidak dapat diselesaikan oleh kampanye kesadaran, karena akarnya ada pada cara kota dirancang, waktu kerja diorganisasi, dan fasilitas didistribusikan.

Penting ditegaskan bahwa ketiganya bukan tiga versi dari satu masalah yang sama. Masalah pertama berada pada pilihan instrumen kebijakan, masalah kedua pada kualitas lingkungan binaan, dan masalah ketiga pada distribusi fasilitas. Intervensi yang hanya menyentuh salah satunya akan tertahan oleh dua yang lain.

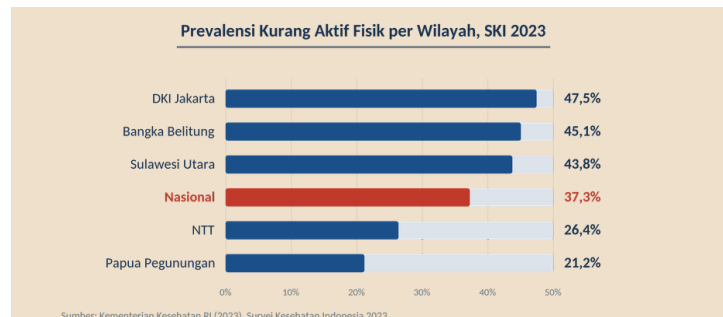
Instrumen kebijakan berhenti pada kesadaran, sementara perilaku ditentukan kesempatan

Paparan konten kebugaran meningkat, tetapi aktivitas fisik populasi tidak. Studi longitudinal 12 bulan di Norwegia yang mengukur anggota baru pusat kebugaran menggunakan akselerometer menemukan keanggotaan tidak meningkatkan total aktivitas fisik harian secara signifikan (Gjestvang et al., 2019). Studi kualitatif terhadap anggota jangka panjang menunjukkan bertahannya keanggotaan lebih ditentukan rutinitas dan dukungan sosial ketimbang niat awal (Riseth et al., 2019). Kelompok usia produktif 20 sampai 49 tahun paling banyak melaporkan kendala waktu, yang menunjukkan hambatan berada pada organisasi kerja, bukan pada niat.

Lingkungan binaan tidak memungkinkan mobilitas aktif sehari-hari

Kota besar Indonesia ditandai waktu komuter panjang, ruang terbuka hijau per kapita yang rendah, dan trotoar yang tidak layak. Studi di Kota Malang menunjukkan atribut fisik jalan berupa lebar trotoar, vegetasi, pencahayaan, dan keteraturan lalu lintas memengaruhi perilaku berjalan kaki secara tidak langsung melalui persepsi aman, nyaman, dan menarik (Ernawati et al., 2025).

Keberadaan infrastruktur saja tidak cukup, kualitas desainnya yang menentukan apakah orang mau memakainya. Konsekuensinya terlihat dalam data: wilayah dengan kepadatan fasilitas kebugaran tertinggi justru mencatat prevalensi kurang aktif tertinggi.



DKI Jakarta berada sepuluh poin di atas rata-rata nasional. Sebaliknya provinsi dengan karakter semi-rural mencatat prevalensi terendah, yang mengindikasikan aktivitas fisik masih melekat pada rutinitas harian dan tidak bergantung pada fasilitas berbayar. Pola ini masih perlu diuji lebih lanjut, namun konsisten dengan temuan bahwa ketersediaan fasilitas komersial bukan penentu utama.

Temuan ini mengubah cara mengukur keberhasilan program. Selama ini capaian infrastruktur pedestrian dilaporkan dalam satuan panjang trotoar yang terbangun, padahal panjang tidak memberi tahu apakah jalur itu terhubung, cukup lebar untuk berpapasan, bebas dari hambatan, dan aman dilalui pada malam hari. Trotoar yang terputus setiap seratus meter secara administratif tetap dihitung sebagai capaian, tetapi secara perilaku tidak menghasilkan perjalanan berjalan kaki apa pun.

Akses fasilitas timpang secara spasial dan ekonomi

Fasilitas kebugaran komersial terkonsentrasi di kawasan perkotaan berpendapatan menengah atas, mengikuti logika pasar yang memperlakukan kebugaran sebagai produk konsumsi (Schrang, 2015). Studi terhadap lebih dari 7.000 responden di Swedia menemukan jarak yang lebih jauh ke fasilitas olahraga berasosiasi signifikan dengan frekuensi berolahraga yang lebih rendah, bahkan setelah faktor sosial ekonomi dikendalikan (Raza et al., 2022). Hambatan tidak berhenti pada jarak. Scoping review terhadap lebih dari 100 studi mengidentifikasi biaya, aksesibilitas fisik, kualitas instruktur, dan atmosfer institusional sebagai penghalang utama partisipasi, terutama bagi penyandang disabilitas (Nikolajsen et al., 2021). Kelompok yang paling membutuhkan intervensi justru kelompok yang paling jauh dari fasilitas.

Bukti dari Norwegia dan Swedia berasal dari konteks kota dengan infrastruktur pedestrian yang jauh lebih baik. Jika di sana jarak dan kualitas lingkungan masih menjadi penentu, di Indonesia hambataannya diperkirakan lebih besar, bukan lebih kecil. Ketimpangan ini juga menjelaskan mengapa prevalensi tertinggi justru muncul di wilayah dengan pendapatan per kapita tertinggi. Pasar menyediakan fasilitas kebugaran di tempat daya belinya ada, tetapi lingkungan binaan di tempat yang sama menghapus hampir seluruh aktivitas fisik yang sebelumnya melekat pada perjalanan harian. Yang tersisa adalah aktivitas fisik yang harus dibeli, dijadwalkan, dan ditempuh dengan berkendara. Pola inilah yang tidak bisa dijawab dengan menambah jumlah fasilitas.

Alternatif Kebijakan

Menghadapi masalah struktural, solusinya juga harus struktural. Tiga pendekatan berikut memiliki kelebihan dan konsekuensi yang berbeda.

Alternatif 1: Perluasan Infrastruktur Publik Aktif

Investasi pada taman kota, jalur sepeda, trotoar inklusif, dan area olahraga komunitas yang terbuka dan gratis. Kelebihannya, jangkauan populasinya paling luas karena tidak menyaring pengguna berdasarkan kemampuan bayar, dan menjangkau kawasan yang sudah terbangun. Kelemahannya, alternatif ini menuntut belanja modal besar serta koordinasi lintas kementerian dan tingkat pemerintahan.

Alternatif 2: Standar Kesehatan dalam Regulasi Tata Ruang

Mewajibkan standar *walkability minimum*, ruang terbuka hijau, dan zona campuran penggunaan lahan dalam setiap perizinan kawasan baru. Kelebihannya, alternatif ini hampir tidak membebani anggaran pemerintah karena bekerja melalui instrumen perizinan, dan kewenangannya sudah dimiliki. Kelemahannya, kewajiban tersebut hanya mengikat kawasan baru sehingga dampaknya berjalan lambat.

Alternatif 3: Kemitraan Publik dan Swasta yang Inklusif

Subsidi akses fasilitas kebugaran bagi kelompok berpenghasilan rendah, lansia, dan penyandang disabilitas, dikombinasikan dengan insentif fiskal bagi perusahaan. Kelebihannya, alternatif ini memanfaatkan kapasitas swasta yang sudah ada dan dapat berjalan lebih cepat. Kelemahannya, alternatif ini bertumpu pada fasilitas komersial dan tidak menutup ketimpangan akses secara spasial.

Rekomendasi

Ketiga alternatif dinilai menggunakan tiga kriteria evaluasi kebijakan dari Dunn (2018), yaitu efektivitas, perataan, dan efisiensi, ditambah kelayakan implementasi yang diadopsi dari Bardach dan Patashnik (2020) karena ketiganya melibatkan lebih dari satu kementerian dan tingkat pemerintahan. Skala penilaian 1 sampai 5, dengan 5 sebagai kinerja terbaik. Efektivitas dan perataan diberi bobot lebih tinggi karena masalah ini bersifat struktural dan terdistribusi timpang antarwilayah serta antarkelompok pendapatan.

Kriteria	Bobot	Alternatif 1	Alternatif 2	Alternatif 3
Efektivitas	30	4	3	2
Perataan manfaat	30	5	3	3
Efisiensi	20	2	5	3
Kelayakan implementasi	20	2	4	4
Skor terbobot	100	3.5	3.6	2.9

Alternatif terpilih: standar kesehatan dalam regulasi tata ruang

Alternatif 2 memperoleh nilai tertinggi dan ditetapkan sebagai rekomendasi utama. Keunggulannya terletak pada efisiensi dan kelayakan implementasi, karena bekerja melalui instrumen perizinan yang kewenangannya sudah dimiliki Kementerian PU dan Kementerian ATR/BPN tanpa menuntut belanja modal pemerintah. Alternatif 1 memperoleh nilai hampir setara dan unggul pada perataan manfaat, namun tidak dipilih karena pelaksanaannya bergantung pada ruang fiskal daerah yang sangat bervariasi, sehingga sulit dijalankan serentak dan justru berisiko memperlebar kesenjangan antarwilayah. Alternatif 3 menempati posisi terendah karena bertumpu pada fasilitas komersial yang justru terbukti tidak meningkatkan aktivitas fisik harian.

Kelemahan alternatif terpilih, yaitu jangkauannya yang terbatas pada kawasan baru, ditangani di dalam rancangan kebijakannya sendiri melalui kewajiban perbaikan jalur pejalan kaki pada ruas jalan eksisting saat pemeliharaan berkala.

1. Jadikan aktivitas fisik penduduk sebagai indikator kinerja kesehatan daerah

Kementerian Kesehatan menetapkan proporsi penduduk yang memenuhi rekomendasi aktivitas fisik mingguan sebagai indikator kinerja urusan kesehatan daerah, menyediakan data prevalensi sebagai dasar penentuan wilayah prioritas, dan mengarahkan Dana Bantuan Operasional Kesehatan untuk program olahraga komunitas berbasis Puskesmas di wilayah dengan prevalensi tertinggi.

Target: prevalensi nasional turun dari 37,3% menjadi 32% pada 2030.

Kementerian Kesehatan RI · Dinas Kesehatan Daerah

2. Tetapkan standar minimum walkability dan RTH dalam perizinan kawasan

Kementerian PU bersama Kementerian ATR/BPN menerbitkan peraturan menteri yang mewajibkan lebar trotoar efektif minimal 1,5 meter, penerangan jalan, vegetasi peneduh, dan fasilitas penyeberangan yang aman pada setiap izin pengembangan kawasan baru. Pemenuhan RTH mengacu pada UU No. 26/2007, yaitu 30% dari luas wilayah kota yang terdiri atas 20% publik dan 10% privat.

Target: peraturan terbit dalam 12 bulan dan berlaku bagi seluruh izin kawasan baru sejak tahun berikutnya.

Kementerian PU · Kementerian ATR/BPN

3. Wajibkan perbaikan jalur pejalan kaki pada pemeliharaan jalan eksisting

Standar yang sama diberlakukan sebagai syarat teknis dalam program pemeliharaan berkala jalan nasional, provinsi, dan kabupaten atau kota. Dengan menumpang pada anggaran pemeliharaan yang sudah ada, kawasan terbangun ikut terjangkau tanpa membuka pos belanja modal baru.

Target: seluruh ruas jalan perkotaan yang memasuki siklus pemeliharaan memenuhi standar pedestrian minimum mulai tahun anggaran berikutnya.

Kementerian PU · Pemerintah Daerah

4. Integrasikan standar walkability ke dalam RTRW dan RDTR daerah

Pemerintah daerah memasukkan standar tersebut ke dalam peninjauan kembali RTRW dan penyusunan RDTR, sehingga kewajibannya mengikat pada tingkat rencana rinci dan menjadi dasar penerbitan Kesesuaian Kegiatan Pemanfaatan Ruang.

Target: seluruh RDTR yang disusun atau ditinjau setelah peraturan terbit memuat standar pedestrian dan RTH.

Pemerintah Daerah · Kementerian ATR/BPN

5. Bangun pemantauan yang menautkan data kesehatan dan infrastruktur kota

Kementerian Kesehatan bersama BRIN dan pemerintah daerah menautkan data prevalensi aktivitas fisik dengan data kondisi jalur pejalan kaki dan ruang terbuka hijau, sehingga efektivitas standar yang diberlakukan dapat diukur dan dikoreksi.

Target: laporan pemantauan pertama terbit dua tahun setelah peraturan berlaku.

Kementerian Kesehatan · BRIN · Pemerintah Daerah

Urutan kelima rekomendasi di atas bukan urutan kepentingan, melainkan urutan kesiapan. Rekomendasi kedua dan ketiga dapat berjalan paling cepat karena hanya menuntut penerbitan norma teknis atas kewenangan yang sudah dimiliki, tanpa membuka pos belanja modal baru. Rekomendasi keempat mengikuti siklus peninjauan rencana tata ruang daerah sehingga berjalan lebih lambat, sedangkan rekomendasi pertama dan kelima memerlukan kesepakatan indikator lintas kementerian sebelum dapat diberlakukan. Menempatkan indikator kinerja di urutan pertama tetap penting, karena tanpa itu tidak ada pihak yang berkepentingan menagih pelaksanaan empat rekomendasi lainnya.

Dua risiko perlu diantisipasi sejak awal. Pertama, standar teknis yang terlalu rinci berpotensi tidak terpenuhi di daerah dengan kapasitas perencanaan terbatas dan berakhir sebagai norma yang diabaikan. Risiko ini ditekankan dengan menetapkan sejumlah kecil parameter wajib yang mudah diperiksa, lalu menyerahkan sisanya sebagai anjuran. Kedua, kewajiban pada perizinan kawasan baru dapat dibaca pengembang sebagai tambahan biaya yang digeser ke harga jual. Karena parameter yang diwajibkan sebagian besar berupa penyesuaian desain, bukan penambahan luas lahan, biaya tambahannya relatif kecil apabila ditetapkan sejak tahap perencanaan dan bukan setelah rancangan kawasan selesai disusun.

Keberhasilan seluruh rangkaian ini pada akhirnya bertumpu pada satu perubahan cara pandang: aktivitas fisik diperlakukan sebagai keluaran dari cara kota dirancang, bukan sebagai pilihan pribadi warga. Selama pengukuran keberhasilan masih berhenti pada jumlah kegiatan kampanye dan panjang trotoar terbangun, angka 37,3% akan bertahan sekalipun jumlah pusat kebugaran terus bertambah.

Daftar Pustaka

- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 380(9838), 258–271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
- Ernawati, J., Lu, D., & Esperanza, D. (2025). Making a walkable city: Street physical attributes, pedestrian perceptions, and walking behaviour in Malang, Indonesia. *Cities & Health*. <https://doi.org/10.1080/23748834.2025.2535241>
- Gjestvang, C., Stensrud, T., Hansen, B. H., Kolle, E., & Haakstad, L. A. H. (2019). Are fitness club members likely to meet the current physical activity recommendations? *Translational Sports Medicine*, 3(1), 75–83. <https://doi.org/10.1002/tsm2.120>
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Nikolajsen, H., Sandal, L. F., Juhl, C. B., Troelsen, J., & Juul-Kristensen, B. (2021). Barriers to, and facilitators of, exercising in fitness centres among adults with and without physical disabilities: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7341. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147341>
- Raza, A., Pulakka, A., Magnusson Hanson, L. L., Westerlund, H., & Halonen, J. I. (2022). Distance to sports facilities and low frequency of exercise and obesity: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 22, 2036. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14444-7>
- Riseth, L., Nøst, T. H., Nilsen, T. I. L., & Steinsbekk, A. (2019). Long-term members' use of fitness centers: A qualitative study. *BMC Public Health*, 19, 114. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-0114-9>
- Schrank, S. (2015). American body: Fitness and the commodification of exercise. *American Studies*, 54(2), 23–30.
- World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>