

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Universal Health Coverage (UHC) menjadi prioritas kesehatan negara- negara di dunia dan merupakan salah satu tujuan dari inti ketiga di dalam *Sustainable Development Goals* yang diadopsi oleh PBB pada September 2015 (WHO, 2016), yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan kesejahteraan untuk semua orang. WHO dan Majelis Umum PBB telah menyerukan gerakan UHC kepada negara-negara anggota untuk "*secara mendesak dan secara signifikan meningkatkan upaya untuk mempercepat transisi menuju akses universal ke layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas*" (World Bank, 2018).

Penelitian *World Health Organization (WHO)* tahun 2017 menunjukkan bahwa setengah dari populasi dunia tidak dapat mengakses layanan kesehatan yang diperlukan, sementara 100 juta orang terpaksa masuk ke pusaran kemiskinan ekstrem setiap tahun karena terkendala biaya kesehatan. Selain itu, 800 juta orang menghabiskan setidaknya 10% atau lebih dari pengeluaran rumah tangga mereka untuk biaya perawatan kesehatan (World Bank, 2018).

Penguatan sistem kesehatan di semua negara dibutuhkan untuk mewujudkan UHC. Sementara itu, kualitas layanan kesehatan tergantung pada ketersediaan, aksesibilitas, dan kapasitas petugas kesehatan untuk memberikan layanan terpadu yang berorientasi pada masyarakat (WHO, 2019). Investasi dalam perawatan

kesehatan primer yang berkualitas menjadi landasan terwujudnya UHC di seluruh dunia. Investasi pada tenaga kerja perawatan kesehatan primer adalah cara yang paling efektif dari segi biaya untuk memastikan peningkatan akses ke perawatan kesehatan esensial. Sistem pengadaan dan penyediaan obat-obatan dan teknologi kesehatan yang baik dan sistem informasi kesehatan yang berfungsi dengan baik - serta tata kelola pemerintahan yang baik adalah elemen penting lainnya untuk terwujudnya UHC.

Tata kelola pemerintahan yang baik dalam hal ini menekankan pada bagaimana layanan tersebut didanai, dikelola, dan diberikan. Selain itu, diperlukan perubahan mendasar dalam pemberian layanan sehingga layanan terintegrasi dan difokuskan pada kebutuhan masyarakat. Setiap negara itu unik, dan setiap negara dapat fokus pada bidang yang berbeda, atau mengembangkan cara mereka sendiri untuk mengukur kemajuan menuju *Universal Health Coverage*.

Negara Meksiko misalnya, memberikan asuransi kesehatan populer bernama ‘*Seguro Popular*’ yang menyediakan perlindungan kesehatan bagi masyarakatnya tanpa akses ke asuransi sosial lainnya, namun menyediakan layanan dan dana untuk perawatan biaya tinggi (Knaul, et al., 2012). Hasilnya menunjukkan bahwa Seguro Popular telah menyediakan perbaikan dalam cakupan kesehatan, kondisi kesehatan, dan kemiskinan dari sisi keuangan terutama bagi masyarakat miskin.

Tidak hanya Meksiko, Indonesia juga memiliki strategi dalam mencapai *universal health coverage*, yang telah dilakukan sejak tahun 1949. Saat itu, pemerintah Indonesia membuat jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat,

terkhusus bagi Pegawai Negeri Sipil serta keluarganya melalui sistem Askes (Asuransi Kesehatan). Seiring berjalannya waktu, pada tahun 1992 jaminan kesehatan yang dikelola oleh PT Askes (Persero) ini mulai mencakup karyawan BUMN melalui program Askes Komersial. Tak hanya itu, pada tahun 2005 pemerintah mempercayakan PT Askes untuk membuat Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) serta melaksanakan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) yang dikenal dengan nama program Askeskin (BPJS, 2020).

Pemerintah resmi mengeluarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Regulasi tersebut menyatakan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Aksi pemerintah Indonesia untuk mencapai cakupan kesehatan masyarakat secara menyeluruh resmi dinyatakan dengan penetapan Undang – Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Hal ini menjadikan PT Askes sebagai BPJS Kesehatan. Pada Tahun 2014, Jaminan kesehatan yang dikembangkan di Indonesia mulai dikenal dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan program dari SJSN. SJSN ini diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) diikuti oleh semua orang. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak dalam hal kesehatan (Christasani & Satibi, 2016).

BPJS Kesehatan membagi jenis kepesertaan JKN sebagai berikut:

- a. Pekerja Penerima Upah (PPU), terdiri dari Aparatur Sipil Negara (ASN) beserta keluarganya; Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN) terdiri dari pegawai honorer dan pegawai tidak tetap beserta keluarganya; dan PPU Badan Usaha beserta keluarganya.
- b. PD Pemda, terdiri dari penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan yang didaftarkan melalui pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten/ kota.
- c. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja beserta keluarganya.
- d. Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan.

Beragam jenis kepesertaan ini menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia apapun profesinya diharuskan untuk terdaftar sebagai peserta JKN. Perbedaan jenis kepesertaan juga menentukan iuran yang harus ditanggung. Iuran jaminan kesehatan peserta PBI dibayar oleh pemerintah, sedangkan bagi peserta lainnya dipotong melalui gaji atau upah yang diperoleh dengan persentase dan ketentuan yang berlaku. Adapun bagi peserta mandiri atau PBPU membayar iuran setiap bulan secara berkala sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Kepesertaan JKN di Indonesia menunjukkan angka fluktuatif dari tahun 2018-2020 sebagaimana terlihat pada Tabel 1.1.

Tabel 1.1.

Jumlah Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia Tahun 2018 –
2020

Tahun	PBI	PPU	PBPU	BP	Jumlah	%
2018	122,5 juta jiwa	49,54 juta jiwa	30,66 juta jiwa	5,14 juta jiwa	207,84 juta jiwa	78%
2019	135,3 juta jiwa	19,33 juta jiwa	64,3 juta jiwa	5,01 juta jiwa	224,1 juta jiwa	83%
2020	132,8 juta jiwa	55,1 juta jiwa	30,4 juta jiwa	4,1 juta jiwa	222,5 juta jiwa	81,3%

Sumber: *BPJS Kesehatan*, 2021

Jumlah kepesertaan JKN di Indonesia pada tahun 2020 sebanyak 222,5 juta jiwa, dibandingkan dengan jumlah kepesertaan pada tahun 2019 yang sebanyak 224,1 juta jiwa. Hal ini menunjukkan adanya penurunan jumlah kepesertaan di Indonesia. Apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk Indonesia terhadap jumlah kepesertaan JKN, pada tahun 2020 adalah 81,3 %. Menurunnya jumlah peserta ini terjadi karena beberapa faktor. Salah satu faktor tersebut yaitu adanya anggapan masyarakat yang tidak merasakan manfaat dari program JKN (Sutanta, 2016).

Adapun manfaat yang sebenarnya dapat dirasakan oleh peserta JKN meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP), rawat jalan tingkat pertama (RJTP), rawat inap tingkat pertama (RITP), layanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) dan rawat inap tingkat lanjutan (RITL).

Pemberian jaminan kesehatan ini seharusnya mempermudah dan membantu masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan di Indonesia. Namun nyatanya, JKN yang sudah berjalan lebih dari 6 tahun masih mengalami permasalahan dalam pelaksanaannya.

Hal ini dapat dilihat pada hasil penelitian Wulansari, Suwanto, & Rina, (2015) yang melakukan studi mengenai pelaksanaan program JKN di Kabupaten Temanggung menunjukkan terdapat banyak keluhan masyarakat terkait dengan pelaksanaan JKN. Masih terdapat masyarakat yang tidak mengetahui tempat fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang terdaftar, masyarakat yang menjadi peserta merasa tidak mendapat pelayanan maksimal akibat jumlah pasien yang banyak, obat yang diberikan standar, dan adanya pemulangan dini karena klaim yang telah habis. Selain itu, masih terdapat masyarakat miskin yang belum dicover oleh JKN dan kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya jaminan kesehatan.

Utami & Mutiarin (2016) melakukan studi evaluasi program JKN pada FKTP Kabupaten Sleman dan menemukan permasalahan dalam prosedur pelayanan yaitu masyarakat masih belum mengerti layanan yang diberikan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan kurang pemahaman terhadap alur pengobatan bagi peserta program JKN. Selain itu, masyarakat juga belum memahami standar fasilitas kesehatan di tingkat I sehingga terdapat keluhan dari peserta JKN. Adanya keluhan masyarakat terkait penentuan tempat pengobatan untuk FKTP yaitu peserta non PBI diperbolehkan bebas memilih FKTP sedangkan peserta PBI hanya

mendapat FKTP milik pemerintah yaitu puskesmas. Hal ini terjadi akibat kurangnya sosialisasi terkait program JKN ke masyarakat.

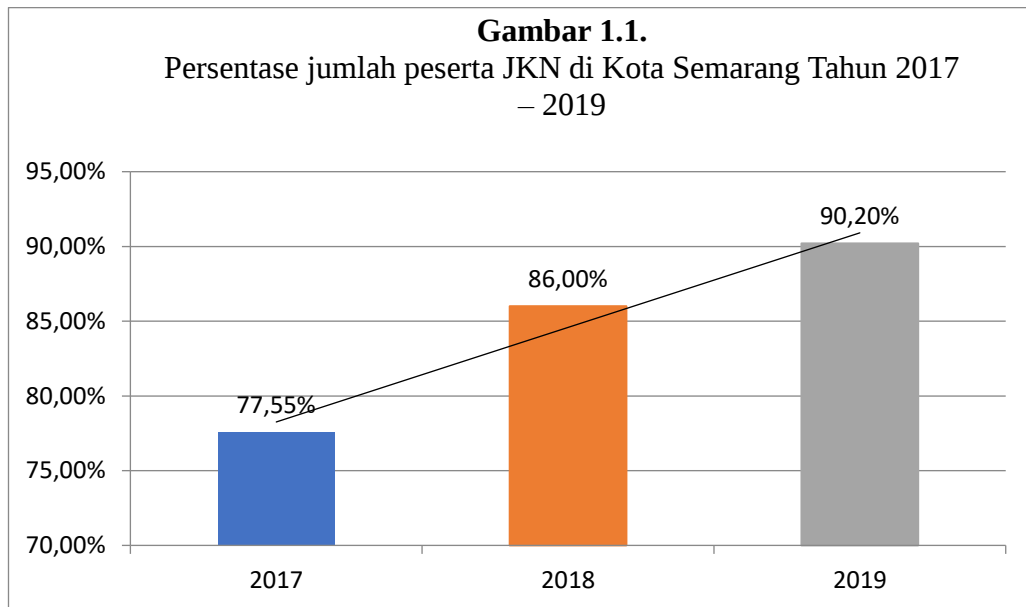
Penelitian yang dilakukan oleh Lamadang, Amran dan Syamsiar (2018) yang melakukan studi mengenai implementasi program JKN di Kabupaten Buol menemukan kasus yang sama yaitu pelaksanaan program JKN yang belum maksimal. Hal ini ditinjau dari sisi pelaksana, kekurangan tenaga kesehatan dan dokter spesialis di puskesmas (FKTP). Sisi pembiayaan, terdapat kekurangan biaya untuk menyediakan sarana penunjang pelayanan kesehatan di puskesmas (FKTP) dikarenakan adanya peningkatan peserta PBI melalui pemerintah daerah sehingga alokasi dana difokuskan untuk membayar iuran peserta PBI. Peningkatan kepesertaan ini terjadi karena adanya pasien yang memiliki 2 kartu jaminan kesehatan dan adanya pemberian kartu JKN-KIS kepada pasien yang melahirkan tanpa melihat kondisi ekonomi keluarga tersebut. Sosialisasi yang dilakukan pun belum efektif sehingga masih terdapat masyarakat yang belum memahami program JKN. Selain itu, belum terdapat akses bagi masyarakat dalam melaporkan masalah atau keluhan – keluhan masyarakat terkait program JKN.

Program JKN dilaksanakan juga di Kota Semarang dengan prinsip yang mengacu pada misi Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013 – 2018, yaitu:

- a. Menyediakan pelayanan kesehatan bermutu dan berkeadilan,
- b. Menciptakan SDM kesehatan yang berdaya saing,

- c. Meningkatkan peran serta masyarakat dan pemangku kepentingan dalam pembangunan kesehatan, dan
- d. Melaksanakan pelayanan publik bermutu.

Pelaksanaan program pun menunjukkan peningkatan dari sisi kepesertaan yaitu persentase peserta JKN di Kota Semarang semakin tinggi. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 1.1.



Sumber: BPS, 2019

Persentase kepesertaan JKN di Kota Semarang tiap tahun mengalami kenaikan. Bahkan pada tahun 2019 telah mencapai 90,20% dari jumlah penduduk Kota Semarang. Namun, jumlah ini **belum** mencapai target yang ditulis dalam rencana strategis Dinas Kesehatan Kota Semarang 2016 – 2021 yaitu sebesar 100% penduduk Kota Semarang yang menjadi peserta program JKN. Hal ini terjadi karena masih terdapat permasalahan dalam pelaksanaan program tersebut.

Persoalan program JKN yang terdapat dalam Perubahan II Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2016 - 2021 antara lain:

- a. Masih rendahnya tingkat kepatuhan terhadap standar pelayanan kesehatan,
- b. Sistem registrasi SDM kesehatan yang belum optimal, dan
- c. Belum membudayanya pola hidup bersih dan sehat di masyarakat.

Berdasarkan penelitian – penelitian tersebut, diketahui bahwa terdapat permasalahan – permasalahan yang terjadi dalam pelaksanaan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan yang tercover program JKN, sehingga penting untuk melihat bagaimana respon masyarakat dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN). Mengetahui respon masyarakat perlu dilakukan agar menjadi masukan kepada pemberi layanan kesehatan. Berdasarkan permasalahan yang telah dibahas, menarik untuk meneliti terkait respon masyarakat terhadap pelaksanaan program JKN di Kota Semarang dan mengetahui strategi Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan program JKN di Kota Semarang, sehingga penelitian ini mengambil judul:

“Respon Masyarakat dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Semarang”.

1.2. Identifikasi Masalah

1. Masih terdapat masyarakat yang tidak mengetahui alur pelayanan kesehatan menggunakan program JKN di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

2. Masih terdapat keluhan dari pengguna JKN terhadap fasilitas kesehatan yang belum memadai dan pelayanan yang belum maksimal dilihat dari antrian pasien yang panjang.
3. Masih terdapat masyarakat yang masih tak acuh terhadap jaminan kesehatan dan belum memiliki JKN.

1.3.Perumusan Masalah

1. Bagaimana respon masyarakat terhadap pelaksanaan program JKN di Kota Semarang?
2. Bagaimana strategi Dinas Kesehatan dalam peningkatan layanan kesehatan pada program JKN di Kota Semarang?

1.4.Tujuan Penelitian

1. Mendeskripsikan dan menganalisis respon masyarakat terhadap pelaksanaan program JKN di Kota Semarang.
2. Menganalisis strategi Dinas Kesehatan dalam peningkatan pelaksanaan layanan kesehatan pada masyarakat dalam program JKN di Kota Semarang.

1.5.Kegunaan Penelitian

1. Secara Akademis
 - a. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada para pengembangan Ilmu Kebijakan Publik khususnya tentang Respon Masyarakat dalam pengembangan Ilmu Administrasi Publik pada umumnya.
 - b. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan tentang respon masyarakat terhadap pelaksanaan program JKN di Kota Semarang.
2. Secara Praktis

- a. Penelitian tentang respon masyarakat terhadap pelaksanaan program JKN di Kota Semarang ini perlu dilakukan dalam rangka penguatan desentralisasi dan otonomi daerah di Kota Semarang.
- b. Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat sebagai masukan bagi pemerintah Kota Semarang khususnya Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam kebijakan pelayanan kesehatan khususnya program JKN.
- c. Bagi peneliti bermanfaat dalam rangka lebih memahami dan mendalami tentang respon masyarakat terhadap pelaksanaan program JKN di Kota Semarang.

1.6.Kerangka Pemikiran Teoritis

1.6.1. Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu yang dimunculkan pada bagian ini bertujuan untuk membandingkan penelitian yang akan di lakukan dengan sejumlah penelitian yang telah dilakukan oleh pihak lain. Beberapa hal yang ditekankan dalam penelitian terdahulu adalah konsep yang diaplikasikan, pendekatan dan metode penelitian, hasil dan relevansinya dengan penelitian yang akan dilakukan.

Tabel 1.2.**Penelitian Terdahulu**

No	Penulis, Tahun, Judul	Tujuan	Hasil Penelitian
1	Budiono, Agus. Sutopo Patria Jati. Chriswardani Suryawati. (2016). 'Evaluasi Implementasi Pelayanan Kesehatan Nasional pada Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang Terikat Kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan'	Mengevaluasi implementasi JKN di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Kota Semarang.	Implementasi pelayanan JKN sudah sesuai dengan perjanjian kerjasama namun belum optimal. Mayoritas pasien adalah Penerima Bantuan Iuran (PBI) pemerintah dan masih terdapat ketidaksesuaian tarif pelayanan BPJS dengan biaya riil yang dikeluarkan oleh BKPM dalam melakukan pelayanan kesehatan. Koordinasi antar manajemen dengan pelaksana di BKPM Wil. Semarang dalam implementasi JKN di awal tahun 2014 belum maksimal.
2	Wulansari, R. I., S. A., & R. M. (2015). Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Temanggung	Mendeskripsikan pelaksanaan JKN di Kabupaten Temanggung beserta hambatan dan keluhan dalam pelaksanaannya.	Pelaksanaan JKN di Kabupaten Temanggung mendapat beragam keluhan dari masyarakat yang menggunakan JKN dan pemberi layanan. Keluhan masyarakat berupa tidak mengetahui letak FKTP yang sesuai dengan peserta yang terdaftar, tidak menerima pelayanan secara maksimal karena pasien yang banyak, pemberian obat standar dan adanya pemulangan dini. Keluhan pemberi layanan berupa regulasi yang berubah terus – menerus membuat bingung dan kurang koordinasi antar BPJS dan FKTP.

3	Utami, Andi Nur Fiqhi & Dyah Mutiarin. (2016). Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat 1 Kabupaten Sleman Tahun 2016	Mengevaluasi kinerja BPJS Kesehatan	Prosedur pelayanan BPJS Kesehatan di Kabupaten Sleman kurang dipahami oleh peserta BPJS karena kurangnya sosialisasi program. Dari sisi kualitas pelayanan BPJS cukup baik, sarana dan prasarana baik namun masyarakat belum memahami standar FKTP, serta terdapat perbedaan status peserta non PBI dapat menentukan tempat pengobatan FKTP sedangkan peserta PBI hanya mendapat FKTP milik pemerintah yaitu Puskesmas.
4	Lamadang, Saharudin Is., Amran Razak., & Syamsiar Russeng. (2018). Implementasi Jaminan Kesehatan (JKN) di Kabupaten Buol	Mengkaji implementasi JKN di Kabupaten Boul	Pelaksanaan program JKN belum maksimal ditinjau dari sisi sumber daya adanya kekurangan biaya dalam menyediakan sarana penunjang pelayanan kesehatan dan kurangnya tenaga kesehatan. Sisi kepesertaan, terdapat pasien yang memiliki dua jenis kepesertaan JKN dan adanya pemberian kartu JKN-KIS kepada pasien yang melahirkan tanpa melihat kondisi ekonomi keluarga tersebut. Sisi komunikasi, sosialisasi yang dilakukan belum efektif sehingga masyarakat belum memahami program JKN. Sisi kondisi sosial ekonomi dan politik mendapat respon positif yaitu manfaat program JKN dirasakan oleh masyarakat kurang mampu. Namun, belum terdapat akses bagi masyarakat dalam melaporkan masalah atau keluhan –

			keluhan masyarakat terkait program JKN.
5	Dahlan, Muhammad. Ismail Setyopranoto. & Laksono Trisnantoro. (2017). Evaluasi Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Pasien Stroke di RSUP Dr. Sardjito	Mengukur kinerja pelayanan dan kinerja keuangan serta menganalisis penerimaan dan ketaatan pemberi layanan terhadap aturan	Peraturan belum dipraktekkan secara penuh oleh pemberi layanan kesehatan. Tarif pelayanan yang dibayar melalui program JKN belum mencukupi untuk mengganti biaya pelayanan. Sehingga pelengkapan fasilitas kesehatan masih tertunda.
6	Witcahyo, Eri. (2016). Kesiapan dan Persepsi Masyarakat Kabupaten Bondowoso terhadap Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional	Menganalisis kesiapan dan persepsi masyarakat Bondowo terhadap program JKN	Persepsi masyarakat terkait JKN yaitu masyarakat menilai prosedur kepesertaan JKN sulit dan kurangnya informasi membuat masyarakat tidak yakin untuk menjadi peserta JKN.
7	Sutanta. (2016). Persepsi Masyarakat yang Tidak Menjadi Anggota JKN terhadap Program JKN	Mendesripsikan persepsi masyarakat yang tidak menjadi anggota JKN terhadap program JKN	persepsi masyarakat yang tidak menjadi anggota JKN dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik yaitu dari dalam diri masyarakat memiliki keinginan untuk hidup sehat tanpa beban ketika sakit. Faktor ekstrinsik yaitu dari luar seperti lingkungan luar, pengalaman yang kurang memuaskan bagi anggota keluarga yang menggunakan JKN nyata mempengaruhi masyarakat untuk tidak menjadi anggota JKN dan memilih untuk membayar biaya kesehatan secara mandiri.

Berdasarkan penelitian – penelitian terdahulu menunjukkan penelitian yang dilakukan terbatas pada aspek kerjasama dalam pelaksanaan JKN, respon masyarakat dalam kepesertaan JKN, respon masyarakat terkait kurangnya pemahaman tentang kebijakan JKN, dan respon terhadap tarif layanan. Oleh sebab itu, penelitian ini mengkonsentrasikan pada respon masyarakat terhadap pelayanan kesehatan program JKN.

1.6.2. Tinjauan Teori

1.6.2.1.Administrasi Publik

1.6.2.1.1. Definisi Administrasi Publik

Siagian (Siagian, 1994 dalam Anggara, 2016: 135) memberikan pengertian bahwa administrasi adalah keseluruhan proses pelaksanaan kegiatan yang dilakukan dua orang atau lebih, yang terlibat dalam bentuk usaha kerja sama demi tercapainya tujuan yang ditentukan sebelumnya. Sejalan dengan pendapat diatas Dwight Waldo (Waldo, 1996 dalam Anggara, 2016: 134) mendefinisikan administrasi negara/ administrasi publik sebagai organisasi dan manajemen manusia dalam pemerintahan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Nicholas Henry (Henry, 1995 dalam Keban, 2014:6) mendefinisikan administrasi publik sebagai suatu kombinasi yang kompleks antara teori dan praktek dengan tujuan mempromosikan pemahaman tentang peran pemerintah dalam hubungannya dengan masyarakat yang diperintah, dan juga mendorong kebijakan publik agar lebih responsif terhadap kebutuhan sosial.

Felix A. Nigro dan Lloyd G. Nigro memberikan batasan administrasi publik sebagai berikut (Nigro & Nigro, 1970 dalam Syafiie, 2010:24):

- a. Administrasi publik suatu kerja sama kelompok dalam lingkungan pemerintahan.
- b. Administrasi publik meliputi ketiga cabang pemerintahan: eksekutif, legislatif, dan yudikatif serta hubungan di antara mereka.
- c. Administrasi publik mempunyai peranan penting dalam perumusan kebijakan pemerintah, dan karenanya merupakan sebagian dari proses politik.
- d. Administrasi publik sangat erat berkaitan dengan berbagai macam kelompok dan perseorangan dalam menyajikan pelayanan kepada masyarakat.
- e. Administrasi publik dalam beberapa hal berbeda pada penempatan pengertian dengan administrasi perseorangan.

Berdasarkan definisi dari berbagai ahli diatas, dapat disimpulkan bahwa administrasi publik adalah suatu teori dan praktek dimana peran pemerintah dan kebijakan – kebijakan untuk menjawab kebutuhan sosial.

1.6.2.1.2. Paradigma Administrasi Publik

Paradigma adalah corak berpikir seseorang atau sekelompok orang. Thomas S. Kuhn mengatakan bahwa paradigma merupakan suatu cara pandang, nilai – nilai, metode – metode, prinsip – prinsip dasar atau cara memecahkan suatu masalah. Administrasi publik pun memiliki paradigmanya menurut Nicholas Henry (Henry, 2004 dalam Ikeanyibe, 2017:3-7) terdapat enam paradigma administrasi publik, yaitu:

a. Dikotomi politik – administrasi (1900 – 1926)

Asumsi utama dari paradigma administrasi dikotomi politik adalah gagasan pemisahan politik dan fungsi administrasi pemerintahan. Fungsi politik memusatkan perhatiannya pada pembuat kebijakan atau ekspresi dari kehendak rakyat, sedangkan fungsi administrasi memberi perhatian pada pelaksana atau implementasi dari kebijakan dari kebijakan tersebut.

Implikasi dari paradigma ini adalah bahwa administrasi harus dilihat sebagai suatu yang bebas nilai dan diarahkan untuk mencapai nilai efisiensi dan ekonomi dari birokrasi pemerintah.

b. Prinsip – prinsip administrasi (1927 – 1937)

Prinsip – prinsip administrasi mengikuti kemajuan orientasi manajemen. Prinsip – prinsip administrasi ini disebut POSDCORB yaitu, Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting, dan Budgeting yang dapat diterapkan dimana saja.

c. Administrasi Publik sebagai Ilmu Politik (1950 – 1970)

Pemahaman dikotomi politik – administrasi tidak berlaku lagi, dalam paradigma ini terjadi pertentangan antara anggapan mengenai value-free administration di satu pihak dengan anggapan value-laden politics di lain pihak. Dalam praktek, anggapan kedua yang berlaku. Oleh karena itu, John Gaus secara tegas mengatakan bahwa teori administrasi publik sebenarnya juga merupakan teori politik, sehingga muncul paradigma baru yang menganggap administrasi publik sebagai ilmu politik dimana lokusnya adalah birokrasi pemerintahan, sedangkan fokusnya kabur atau abstrak karena prinsip-prinsip administrasi

publik mengandung banyak kelemahan. Prinsip-prinsip administrasi publik mengalami krisis identitas karena ilmu politik dianggap disiplin yang sangat dominan dalam dunia administrasi publik. Paradigma ke-3 melihat bahwa administrasi publik dan politik merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan.

d. Administrasi Publik sebagai Manajemen (1956 – 1970)

Paradigma ini prinsip-prinsip manajemen yang pernah populer sebelumnya, dikembangkan secara ilmiah dan mendalam. Perilaku organisasi, analisis manajemen, penerapan teknologi modern seperti metode kuantitatif, analisis sistem, riset operasi merupakan fokus dari paradigma ini. Dua arah perkembangan terjadi dalam paradigma ini, yaitu yang berorientasi kepada perkembangan ilmu administrasi murni yang didukung oleh disiplin psikologi sosial, dan yang berorientasi pada kebijakan publik. Semua fokus yang dikembangkan disini diasumsikan dapat diterapkan tidak hanya dalam dunia bisnis tetapi juga dalam dunia administrasi publik.

Namun seperti yang ditunjukkan oleh Henry, disiplinnya adalah untuk bertahan dari serangan paradigma berikutnya yang digambarkan administrasi publik sebagai administrasi publik sebagai manajemen publik.

e. Administrasi Publik sebagai Administrasi Publik (1970 – sekarang)

Pada tahap ini, ada upaya untuk membangun kembali disiplin ilmu administrasi publik sebagai bidang studi mandiri. Namun melakukan hal ini, fokus yang diidentifikasi berada pada hierarki, birokrasi dialihkan ke pasar dan organisasi sektor swasta. Dengan kata lain, ada perpindahan dari model administrasi publik tradisional ke model *New Public Management* (NPM).

NPM memiliki fokus dan lokus yang jelas. Fokus administrasi publik dalam paradigma ini adalah teori organisasi, teori manajemen, dan kebijakan publik sedangkan lokusnya adalah masalah-masalah dan kepentingan-kepentingan publik.

f. Governance (1990 – sekarang)

Paradigma governance memiliki asal yang sama dan hubungan konseptual dengan NPM yang diyakini berhasil. Governance lebih mengarah pentingnya kolaborasi pemerintah dan sektor lain termasuk swasta dan masyarakat sipil atau sektor ketiga dalam penyediaan layanan. Perbedaan yang jelas antara NPM dan Governance yaitu NPM menggunakan aktor non pemerintah untuk mengurangi biaya, meningkatkan efisiensi, dan membatasi kekuasaan negara sedangkan governance lebih mengatur urusan publik, seperti keadilan, perwakilan dan partisipasi atas nama peningkatan efisiensi.

Oleh karena itu, orientasi pemerintahan menyediakan yang baru dimensi partisipasi dan bekerja dengan berbagai jaringan. Governance memerlukan mode devolusi (desentralisasi/ pembagian kekuasaan dan fungsi) pemberian layanan, unit analisis yang merupakan jaringan organisasi nirlaba, perusahaan swasta dan unit atau tingkat pemerintahan lainnya. Pada dasarnya, governance melibatkan kerjasama dalam menjalankan fungsi pemerintahan. Kerjasama semacam itu termasuk penduduk lokal, organisasi yang melayani masyarakat daerah, sektor publik, dan sektor swasta.

Stoker (Ikeanyibe, 2017:16) mengemukakan lima prinsip paradigma governance, yaitu:

- Jaringan institusi dan aktor dari dalam dan dari luar pemerintah.
- Kaburnya batas dan tanggung jawab untuk menangani masalah sosial dan ekonomi. Ini pergeseran tanggung jawab melampaui dimensi publik-swasta dalam menyelesaikan masalah sosial.
- Adanya ketergantungan antara aktor – aktor yang terlibat dalam mencapai tujuan.
- Adanya kapasitas untuk menyelesaikan sesuatu yang tidak bergantung pada kekuasaan pemerintah untuk memerintah atau menggunakan otoritasnya.

Berdasarkan penjelasan mengenai paradigma administrasi publik diatas, dalam penelitian ini mengarah pada paradigma kelima. Paradigma ke-5 lebih menekankan pada kerja aktor atau organisasi dalam memberikan pelayanan publik. Hal ini dapat dikaitkan dengan penelitian, organisasi yang diteliti disini mengarah kepada Dinas Kesehatan Kota Semarang.

1.6.2.2.Kebijakan Publik

Eyestone (Eyestone, 1971 dalam Wahab, 2015:13) mendefinisikan bahwa kebijakan publik ialah “*the relationship of governmental unit to its environment*” (antar hubungan yang berlangsung di antara unit pemerintahan dengan lingkungannya. Konsep ini memiliki pengertian yang sangat luas dan yang dimaksud dengan kebijakan publik mencakup banyak hal. Thomas R. Dye mengemukakan bahwa kebijakan publik adalah apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan dan tidak dilakukan (Dye, 1975 dalam Winarno, 2014:20). Konsep ini telah memberikan batasan, namun belum memberikan

perbedaan yang spesifik antara apa yang diputuskan pemerintah untuk dilakukan dan apa yang sebenarnya diputuskan pemerintah untuk tidak dilakukan.

James Anderson mendefinisikan kebijakan sebagai tindakan atau perilaku dari sejumlah aktor (pejabat, kelompok, instansi pemerintah) atau serangkaian aktor dalam menyelesaikan suatu masalah atau suatu persoalan (Anderson, 1979 dalam Indiahono, 2009:17). Pembuatan suatu kebijakan publik harus melewati beberapa tahapan (Dunn, 1999 dalam Winarno, 2014: 35 – 37), yaitu meliputi:

a. Tahap Penyusunan Agenda

Pada tahap ini suatu masalah dipilih dan diangkat pada agenda publik. Namun tidak semasalah dapat dijadikan agenda publik, ada masalah yang tidak disentuh sama sekali, sementara masalah lain ditetapkan menjadi fokus pembahasan, dan ada pula masalah karena alasan – alasan tertentu ditunda untuk dibahas dalam waktu yang lama.

b. Tahap Formulasi Kebijakan

Masalah yang diangkat ke agenda kebijakan kemudian akan dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah – masalah tersebut akan dicarikan penyelesaian masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif yang ada. Alternatif – alternatif ini pun bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah. Pada tahap ini, masing – masing aktoor akan berusaha mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

c. Tahap Adopsi Kebijakan

Berbagai alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan akan dipilih salah satu alternatif dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau keputusan pengadilan.

d. Tahap Implementasi Kebijakan

Keputusan program kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan – badan administrasi maupun agen – agen pemerintah di tingkat bawah. Pada tahap ini berbagai kepentingan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para pelaksana, namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

e. Tahap Evaluasi Kebijakan

Pada tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi, untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat telah mampu memecahkan masalah.

Berdasarkan penjelasan tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tahapan kebijakan publik terdiri dari tahap penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan. Tahap kebijakan publik yang akan diteliti adalah tahap evaluasi kebijakan.

1.6.2.3. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan merupakan kegiatan penilaian suatu kebijakan mengenai substansi, pelaksanaan dan dampak (Winarno, 2012: 229). Hal ini menunjukkan bahwa evaluasi merupakan kegiatan yang fungsional artinya evaluasi diperlukan tidak hanya di tahapan akhir kebijakan namun dilaksanakan dalam segala proses

kebijakan. Evaluasi kebijakan memiliki tujuan yang dapat dirinci sebagai berikut (Subarsono, 2013: 120 – 121):

- a. Mengukur kinerja suatu kebijakan, dengan evaluasi dapat mengetahui pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan.
- b. Mengukur efisiensi suatu kebijakan, guna mengetahui biaya dan manfaat dari suatu kebijakan.
- c. Mengukur keluaran (*outcome*) kebijakan.
- d. Mengetahui kemungkinan penyimpangan yang terjadi dengan membandingkan tujuan dan sasaran dengan pencapaian target.
- e. Guna menjadi bahan masukan untuk kebijakan yang akan datang.
- f. Guna mengukur dampak suatu kebijakan, baik dampak positif maupun negatif.

Leslie A. Pal (dalam Sudiro, 2018: 73) membagi evaluasi dalam beberapa kategori, yaitu:

- a. *Planning and need evaluations*, evaluasi terhadap rencana target, kebutuhan yang diperlukan saat ini dan masa yang akan datang.
- b. *Process evaluations*, evaluasi terhadap perilaku dan media pelaksana, pelaksanaan program, serta sistem informasi.
- c. *Efficiency evaluation*, evaluasi perbandingan biaya dan keuntungan.
- d. *Impact evaluations*, evaluasi terhadap dampak kebijakan dan hasil kebijakan atau program.

Guna menilai keberhasilan suatu kebijakan diperlukan beberapa indikator.

Dunn (dalam Effendy, 2019) mengembangkan indikator evaluasi sebagai berikut:

Tabel 1.3. Indikator Evaluasi Kebijakan Publik Menurut W. Dunn

No.	Indikator	Indikasi yang diamati
1	Efektivitas dan Efisiensi	Apakah hasil yang diinginkan telah tercapai?
2	Kecukupan	Seberapa jauh hasil yang dicapai dapat mengatasi masalah?
3	Pemerataan	Apakah biaya dan manfaat disalurkan merata kepada kelompok masyarakat yang berbeda?
4	Ketepatan	Apakah hasil yang tercapai bermanfaat?
5	Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuat nilai kelompok dan dapat memuaskan mereka?

Sumber: Effendy, 2019

Teori yang digunakan adalah evaluasi kebijakan dengan fokus kepada dampak suatu kebijakan (*impact evaluations*). Rossi dan Freeman (dalam Akbar & Mohi, 2018) mengatakan penilaian terhadap dampak bertujuan untuk memperkirakan intervensi (program) yang diberikan menghasilkan efek yang diharapkan atau tidak. Guna melakukan evaluasi terhadap program yang telah diimplementasikan ada beberapa metode evaluasi yakni:

- Single program after – only
- Single program before – after

- Comperative after – only
- Comperative before – after

Kelompok kontrol merupakan adalah kelompok yang tidak mendapat program tetapi memiliki karakteristik yang sama atau hampir sama dengan kelompok sasaran. Dalam melakukan evaluasi juga data dengna membandingkan kondisi sebelum dan sesudah implementasi suatu program, atau hanya melihat kondisi setelah suatu program diimplementasikan. Masing – masing jenis evaluasi tersebut menghasilkan jenis informasi yang berbeda. Perbedaan antar tiap jenis metode evaluasi dapat dilihat pada tabel 1.4.

Tabel 1.4. Metodologi untuk Evaluasi Program

Jenis Evaluasi	Pengukuran Kondisi		Kelompok Kontrol	Informasi yang diperoleh
	Sebelum	Sesudah		
Single program after – only	Tidak	Ya	Tidak ada	Keadaan kelompok sasaran
Single program before – after	Ya	Ya	Tidak ada	Perubahan kelompok sasaran
Comperative after – only	Tidak	Ya	Ada	Keadaan kelompok sasaran dan kelompok kontrol
Comperative before – after	Ya	Ya	Ada	Efek program terhadap kelompok sasaran dan kelompok kontrol

Sumber: Akbar dan Mohi, 2018

Guna melakukan evaluasi Edward A. Suchman (dalam Akbar dan Mohi, 2018) mengembangkan langkah – langkah dalam melakukan evaluasi kebijakan, yakni:

1. Mengidentifikasi tujuan program yang akan dievaluasi
2. Analisis terhadap masalah
3. Deskripsi dan standarisasi kegiatan
4. Pengukuran terhadap tingkatan perubahan yang terjadi
5. Menentukan apakah perubahan yang diamati merupakan akibat dari program tersebut atau karena penyebab lain
6. Beberapa indikator untuk menentukan keberadaan suatu dampak

Dalam mengukur dampak kebijakan program JKN, penelitian ini menggunakan satu indikator evaluasi yaitu responsivitas. Responsivitas yang diamati adalah respon masyarakat kepada suatu program melalui 2 sub-indikator yaitu tingkat kepuasan masyarakat dan dampak yang ditimbulkan dalam program JKN di Kota Semarang. Mengingat masyarakat merupakan bagian dari sasaran suatu kebijakan maka diperlukan respon atau tanggapannya.

1.6.2.4.Respon Masyarakat

Respon merupakan kata serapan dari *response*, yang memiliki makna berupa reaksi, balasan atau tanggapan. Respon dapat dilihat tidak hanya secara individual, namun dapat juga dilihat dalam suatu kelompok. Sehingga, dapat dikatakan bahwa respon adalah suatu perilaku individu atau kelompok setelah mendapat aksi atau rangsangan tertentu. Respon masyarakat merupakan perilaku

kelompok individu yang tinggal di suatu wilayah terhadap fenomena atau kegiatan atau program yang ada di lingkungannya.

Robbin (dalam Permadi dkk, 2018) menyebutkan respon masyarakat dapat diteliti melalui teori respon yang terbagi menjadi:

- a. Persepsi merupakan penafsiran individu terhadap suatu objek berdasarkan indera mereka. Dapat dikatakan persepsi
- b. Partisipasi disebut juga keikutsertaan masyarakat untuk terlibat secara aktif suatu kegiatan.
- c. Sikap merupakan jumlah kecenderungan dan perasaan, kecurigaan dan prasangka, seseorang untuk bertindak terhadap suatu ransangan, sikap dapat diungkapkan melalui:
 - a. Penerimaan atau penolakan
 - b. Suka atau tidak suka
 - c. Kepositifan atau kenegatifan suatu objek
 - d. Setuju atau tidak setuju

Respon masyarakat yang diteliti adalah respon terhadap pelaksanaan Program JKN. Program ini merupakan salah satu dari layanan kesehatan nasional. Respon masyarakat terhadap layanan kesehatan yang dapat terwujud dalam bentuk persepsi, sikap, pengetahuan, dan pemahaman, penilaian terhadap pelayanan kesehatan, penilaian terhadap fasilitas kesehatan, penilaian terhadap petugas kesehatan dan penilaian terhadap obat – obatan (Irwan, 2017).

Penelitian ini menggunakan salah satu bagian dari respon yaitu sikap. Khususnya sikap masyarakat terhadap pelaksanaan program JKN di Kota Semarang. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, respon masyarakat dalam pelayanan kesehatan program JKN di Kota Semarang dapat diamati melalui:

- a. Pelayanan promotif
- b. Administrasi pelayanan
- c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- d. Tindakan medis non – spesialisistik, baik operatif maupun non – operatif
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- f. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama
- g. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis

1.6.2.5. Program Jaminan Kesehatan Nasional

Sila ke – 5 dasar negara Pancasila mengakui adanya keadilan, salah satunya dalam bidang Kesehatan. Hal ini juga ditulis dalam pasal 28H dan pasal 34 UUD 1945. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa tiap orang memiliki hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Adanya kesadaran mengenai pentingnya jaminan perlindungan sosial ini, maka diterbitkannya Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), menjadikan bukti nyata bahwa pemerintah

mempunyai komitmen besar guna mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. SJSN merupakan salah satu usaha perlindungan sosial yang bertujuan untuk menjamin kelayakan kebutuhan dasar hidup seluruh rakyatnya.

Guna mewujudkan komitmen global sesuai amanat revolusi WHA k-58 tahun 2005 di Jenewa yaitu adanya keinginan untuk setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* bagi seluruh penduduk, maka pemerintah Indonesia membuat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pemerintah telah merintis sejak diselenggarakannya beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, yaitu melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Bagi masyarakat kurang mampu, pemerintah menyediakan jaminan melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun, kenyataannya skema – skema tersebut masih terbagi – bagi (terfragmentasi) sehingga kesulitan dalam mengendalikan pembiayaan kesehatan dan mutu pelayanan.

Adanya UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional mengatasi hal tersebut dan mengamanatkan bahwa jaminan sosial bersifat wajib bagi seluruh penduduk termasuk jaminan kesehatan melalui badan penyelenggara jaminan sosial. Badan ini diatur dalam Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Program jaminan kesehatan yang disediakan oleh BPJS telah dilaksanakan sejak 1 Januari 2014. Program ini selanjutnya disebut program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuan program

JKN ini adalah memberikan perlindungan kesehatan guna memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang.

Adapun peserta dalam program JKN yaitu setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang sudah membayar iuran atau dibayar pemerintah. Peserta JKN dibagi 2 kelompok yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran jaminan kesehatan (PBI) dan peserta bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan. mekanisme penetapan kepesertaan program JKN sebagai berikut:

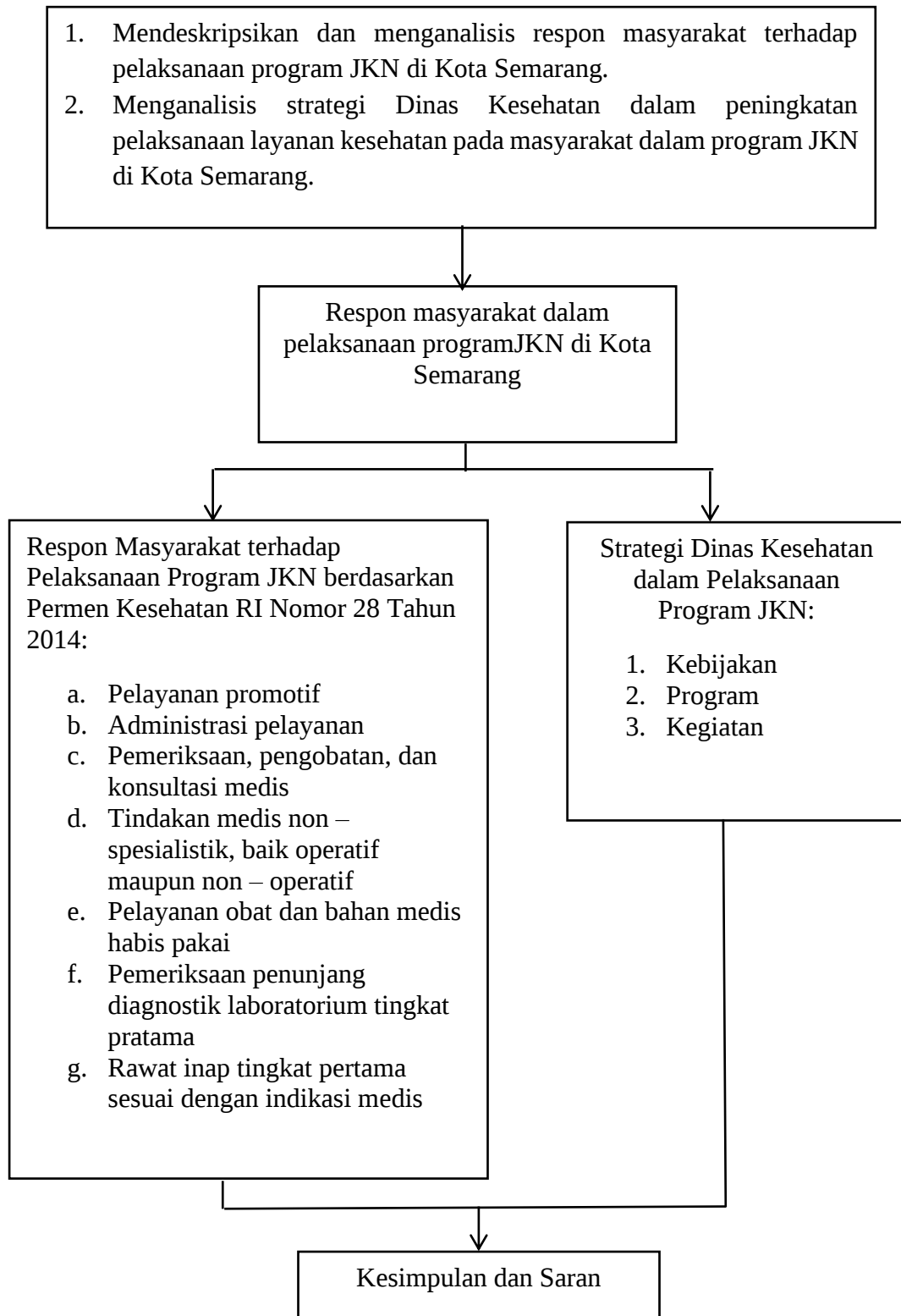
- a. Penetapan Peserta PBI, kriteria peserta ditetapkan oleh Kementerian Sosial. Atas kriteria itu dilakukan pendataan dan validasi oleh Dinas Sosial Kabupaten/Kota lalu didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan ke BPJS Kesehatan sebagai peserta PBI jaminan kesehatan.
- b. Penetapan peserta Non PBI, peserta didaftarkan oleh pemberi kerja atau mendaftarkan diri sendiri kepada BPJS Kesehatan. Pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja wajib mendaftarkan diri dan keluarganya kepada BPJS Kesehatan.

1.7. Operasionalisasi Konsep

Penelitian ini menganalisis persoalan – persoalan di lapangan sebagai objek penelitian terkait respon masyarakat dalam pelaksanaan suatu program. Fenomena yang diamati yaitu tentang respon masyarakat dalam pelaksanaan program JKN di Kota Semarang. Fenomena penulisan digunakan agar mempermudah penulis dalam alur pikir dan penyesuaian teori tentang implementasi kebijakan yang telah dipaparkan oleh penulis. Hal ini dapat dilihat dalam Gambar 1.2.

Gambar 1.2.

Kerangka Berpikir



Berdasarkan kerangka berpikir di atas dapat dilihat bahwa terdapat gap atau masalah di dalam pelaksanaan program JKN di Kota Semarang, oleh karena itu pertanyaan penelitian ini memfokuskan mengenai respon masyarakat dalam pelaksanaan program JKN. Adapun dimensi dan indikasi yang akan diteliti dapat dilihat dalam tabel 1.3.

Tabel 1.5.

Operasionalisasi Konsep

No		Dimensi	Indikasi yang diamati di lapangan
1	Respon Masyarakat terhadap Pelaksanaan Program JKN	Pelayanan promotif dan preventif	Tanggapan peserta JKN tentang pelayanan promotif dan preventif kesehatan yang diterima.
		Administrasi pelayanan	Tanggapan peserta JKN tentang proses administrasi pelayanan program JKN.
		Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis	Tanggapan peserta JKN terkait proses layanan pemeriksaan kesehatan, pengobatan, dan konsultasi yang telah diterima
		Tindakan medis non – spesialistik, baik operatif maupun non – operatif	Tanggapan peserta JKN mengenai tindakan medis yang diterima di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).
		Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai	Tanggapan peserta JKN mengenai obat – obatan yang diterima.
		Pemeriksaan penunjang diagnostik	Tanggapan peserta JKN yang mendapat layanan pemeriksaan laboratorium.

		laboratorium tingkat pertama	
		Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis	Tanggapan peserta JKN yang mendapat layanan rawat inap dengan status menggunakan asuransi JKN.
2	Strategi	Kebijakan	Arah Kebijakan kesehatan Kota Semarang
		Program	Program JKN yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang
		Kegiatan	Kegiatan – kegiatan yang dilakukan Dinas Kesehatan dalam penyediaan jaminan kesehatan, berupa: a. Pelayanan promotif b. Administrasi pelayanan c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis d. Tindakan medis non – spesialisasi, baik operatif maupun non – operatif e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai f. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama g. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis

1.8. Metode Penelitian

1.8.1. Desain Penelitian

Darmadi (2013: 153) mengemukakan bahwa metode penelitian merupakan salah satu cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan kegiatan tertentu. Studi penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif. Penelitian kualitatif tidak hanya bertujuan untuk selalu mencari sebab-akibat, namun lebih berusaha memahami situasi tertentu mencoba menerobos dan memperdalam

gejalanya dengan mengintervensikan masalah atau menyimpulkan dari berbagai arti permasalahan sebagaimana disajikan oleh kondisiya. Sedangkan, Penelitian deskriptif menyajikan gambaran spesifik mengenai situasi, penataan sosial, atau hubungan (Neuman, 2017: 44).

Fenomena yang diteliti adalah respon masyarakat dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN) di Kota Semarang. Oleh sebab itu, untuk menelaah lebih dalam terkait kasus ini penulis menggunakan metode deskriptif kualitatif.

1.8.2. Situs Penelitian

Situs penelitian merupakan tempat atau wilayah dimana penelitian dilaksanakan. Penelitian ini berlokus di Kota Semarang dengan mengambil sampel di wilayah Kecamatan Tembalang. Pemilihan situs penelitian di Kecamatan Tembalang didasarkan atas data kepesertaan JKN, BPJS menyebutkan jumlah kepesertaan JKN paling banyak di Kota Semarang adalah di Kecamatan Tembalang.

1.8.3. Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah hal penting yang kedudukannya digunakan dalam pengumpulan data berupa benda maupun manusia. Dalam penelitian ini, subjek yang dibutuhkan terkait secara langsung dalam pelaksanaan program JKN di Kota Semarang yaitu:

- a. Dinas Kesehatan Kota Semarang
- b. Masyarakat pengguna program JKN

Adapun penentuan informan di atas diperoleh melalui teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2009: 85). Penelitian ini menentukan informan yang dipilih yaitu masyarakat memiliki kepesertaan JKN dan telah mendapat pelayanan kesehatan JKN di Kota Semarang.

Pemilihan masyarakat sebagai informan, dilakukan melalui beberapa tahapan. Pertama, melakukan perizinan penelitian di Kecamatan Tembalang sehingga mendapatkan izin untuk penelitian di setiap wilayah kelurahan di Kecamatan Tembalang. Tahap kedua, melakukan perizinan dan menanyakan informasi terkait informan yang dapat diwawancarai di tiap – tiap kelurahan, khususnya pada bidang kesejahteraan sosial di tiap kelurahan. Tiap kelurahan memiliki data terkait masyarakat yang mempunyai JKN, namun data tersebut bersifat rahasia, sehingga kelurahan yang akan memilih informan yang sesuai berdasarkan kriteria informan. Kriteria informan dari masyarakat yaitu merupakan masyarakat yang memiliki jenis kepesertaan JKN PPU, PD Pemda dan PBPU. Setelah itu, tiap kelurahan memberikan kontak maupun alamat dari informan yang bersedia untuk melakukan wawancara. Sehingga informan yang diperoleh merupakan perwakilan dari kelurahan – kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang. Beberapa kelurahan yang terpilih merupakan kelurahan yang berada di wilayah Kecamatan Tembalang dan bersedia memberikan informasi terkait masyarakat yang memiliki JKN dan terdapat masyarakat yang bersedia memberikan informasi terkait layanan kesehatan yang diterima saat menggunakan JKN.

1.8.4. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah data berupa rangkaian kata atau frasa – frasa atau pernyataan yang mampu menggambarkan situasi atau fenomena yang ditemui dalam penelitian.

1.8.5. Sumber data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian tentang respon masyarakat dalam implementasi program jaminan kesehatan nasional di Kota Semarang, terdiri dari:

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang langsung didapat dari sumbernya. Data primer diperoleh dari hasil wawancara dan observasi. Hasil wawancara dengan informan yang mengetahui tentang program JKN di kota Semarang yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang dan masyarakat peserta program JKN dan telah mendapat pelayanan kesehatan dengan menggunakan JKN.

Pemilihan informan dilakukan menggunakan Teknik *purposive sampling*, yaitu dengan menentukan informan yang memahami dan mengalami fokus penelitian yaitu pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Semarang. Informan dalam penelitian ini melibatkan satu informan dari Dinas Kesehatan Kota Semarang dan sembilan informan dari masyarakat di Kecamatan Tembalang yang pernah atau sedang mendapat pelayanan kesehatan dengan menggunakan JKN.

Informan dari Dinas Kesehatan Kota Semarang diperoleh dengan melakukan perizinan penelitian dan dipilih oleh pihak DKK Semarang. Informan yang terpilih merupakan Kepala Seksi Jaminan Kesehatan dan Kemitraan DKK Semarang. Informan yang terpilih sangat memahami regulasi dan pelaksanaan JKN di Kota Semarang. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 1.5.

Tabel 1.6

Informan yang terlibat

No	Informan	Jabatan
1	Informan 1	Masyarakat Kelurahan Tembalang pengguna JKN
2	Informan 2	Masyarakat Kelurahan Bulusan pengguna JKN
3	Informan 3	Masyarakat Kelurahan Tandang pengguna JKN
4	Informan 4	Masyarakat Kelurahan Sendangguwo pengguna JKN
5	Informan 5	Masyarakat Kelurahan Mangunharjo pengguna JKN
6	Informan 6	Masyarakat Kelurahan Sambiroto pengguna JKN
7	Informan 7	Masyarakat Kelurahan Kramas pengguna JKN
8	Informan 8	Masyarakat Kelurahan Kedungmundu pengguna JKN
9	Informan 9	Masyarakat Kelurahan Meteseh pengguna JKN
10	Informan 10	Kepala Seksi Jaminan Kesehatan dan Kemitraan Dinas Kesehatan Kota Semarang

Data primer juga diperoleh melalui observasi. Observasi dilakukan saat peneliti melakukan dokumentasi fasilitas kesehatan, khususnya puskesmas. Observasi dilakukan untuk melihat adanya persamaan maupun perbedaan dengan hasil wawancara maupun teori yang seharusnya terjadi. Khususnya pada antrean pasien di puskesmas dan layanan kesehatan yang dilakukan di puskesmas.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang tidak langsung didapat dari sumbernya. Data ini diperoleh melalui studi kepustakaan yang berkaitan dengan permasalahan dalam penelitian ini. Adapun sumber data sekunder yang dimanfaatkan dalam penelitian ini meliputi:

- Profil kesehatan Kota Semarang
- Rencana Strategis Dinas Kesehatan

1.8.6. Teknik Pengumpulan Data

Perolehan data yang valid dalam penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data, sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara menurut Stewart & Cash (dalam Herdiansyah, 2019: 118) merupakan interaksi yang berbagi pertanggungjawaban, kepercayaan, motif dan informasi. Teknik wawancara dibedakan menjadi 3 kelompok yaitu wawancara terstruktur, wawancara semi-terstruktur, dan wawancara mendalam (in-depth interview). Penelitian ini menggali informasi dari informan secara mendalam dan kompleks.

Hal ini bertujuan untuk memperkaya data serta informasi terkait obyek yang diteliti. Pengumpulan data wawancara menggunakan alat perekam suara dan alat tulis.

2. Observasi

Observasi menurut Cartwright & Cartwright (dalam Herdiansyah, 2019: 131) adalah suatu proses mengamati dan mencermati kegiatan atau tindakan secara sistematis untuk tujuan tertentu. Observasi yang dilakukan di lapangan adalah melihat pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat pengguna JKN di salah satu fasilitas kesehatan yaitu puskesmas. Observasi dilakukan di Puskesmas Padangsari dan Puskesmas Sronдол. Puskesmas Padangsari terpilih menjadi lokus observasi karena puskesmas ini merupakan salah satu puskesmas yang berada dekat di wilayah Kecamatan Tembalang dan penyediaan layanan kesehatan untuk Program JKN lebih lengkap. Alasan pemilihan Puskesmas Sronдол untuk observasi karena puskesmas ini memiliki fasilitas rawat inap tingkat pertama dan letak puskesmas yang cukup dengan wilayah Kecamatan Tembalang. Selain itu, alasan pemilihan kedua puskesmas tersebut, karena puskesmas di wilayah Kecamatan Tembalang seperti Puskesmas Pembantu Bulusan ditutup sementara untuk pembangunan. Puskesmas Rowosari dan Puskesmas Kedungmundu belum memiliki fasilitas ruangan rawat inap tingkat pertama. Sehingga peluang masyarakat Kecamatan Tembalang berobat di Puskesmas Sronдол dan Puskesmas Padangsari cukup tinggi.

3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah teknik pengumpulan data untuk melengkapi dan membantu dalam memperkuat kesimpulan yang ditarik dalam penelitian ini. Dokumentasi dalam penelitian ini berupa gambar – gambar (foto) dan dokumen resmi milik Dinas Kesehatan Kota Semarang terkait.

4. Pengumpulan data sekunder

Pengumpulan Data Sekunder untuk menghimpun data-data statistika, data perundangan maupun data subyek penelitian yang memiliki peran dalam penelitian.

5. Penelitian kepustakaan.

Teknik peneliti kepustakaan ini dilakukan dengan melihat dan mempelajari buku-buku referensi, jurnal-jurnal, laporan- laporan yang menunjang penelitian ini. Di samping itu penelitian kepustakaan ini juga dimaksudkan untuk mengkaji konsep maupun teori yang berkenaan dengan penelitian ini. Adapun konsep dan/atau teori yang di maksudkan adalah sebagai berikut:

- a. Administrasi publik
- b. Kebijakan Publik
- c. Evaluasi Kebijakan Publik
- d. Metode Penelitian khususnya tentang Penelitian Kualitatif

1.8.7. Analisis dan Interpretasi Data

Analisis data kualitatif (Herdiansyah, 2019: 162) merupakan upaya yang dapat dilakukan secara simultan dengan pengumpulan data, mengelompokkan data,

memformat data menjadi sebuah gambaran umum, dan mengubah gambaran tersebut menjadi tulisan (kualitatif). Langkah-langkah untuk menganalisis data adalah sebagai berikut (Usman & Akbar, 2008:84-85):

a. Reduksi data

Analisis dilakukan dengan melakukan abstraksi seluruh data yang diperoleh dari transkrip hasil wawancara dan observasi serta pengkajian dokumen penelitian. Reduksi data menggolongkan, mengarahkan, dan mengorganisasikan data secara sistematis serta membuang data yang tidak dibutuhkan. Intinya data yang diperoleh kemudian disimpulkan dengan mempertahankan nilai dari data itu sendiri.

Laporan tersebut perlu direduksi dengan tujuan untuk memilih hal – hal penting sesuai dengan fokus penelitian. Reduksi data yang telah dilakukan memudahkan peneliti dalam mengetahui gambaran yang tajam terhadap hasil pengamatan. Data-data yang telah direduksi juga membantu pencarian data apabila sewaktu-waktu dibutuhkan.

b. *Display Data*

Perolehan data yang bertumpuk saat di lapangan menyebabkan kesulitan dalam mengetahui gambaran informasi secara menyeluruh dari data-data yang telah diperoleh. Langkah yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan melakukan *display data*. *Display data* atau penyajian data yang sering dilakukan adalah

penyajian teks naratif. Data dapat menggambarkan bagaimana respon masyarakat terhadap pelaksanaan program JKN di Kota Semarang.

c. Pengambilan keputusan dan verifikasi

Peneliti sejak awal melakukan penelitian berusaha mencari arti dari data yang telah diperoleh di lapangan. Arti data yang dicari peneliti ketika melakukan penelitian antara lain berusaha mencari tema, model, pola, persamaan, hubungan, hal-hal yang sering muncul, dan kesimpulan.

Menarik kesimpulan dilakukan untuk mengetahui makna data yang ditemukan. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini berupa temuan baru dalam bentuk deskriptif terkait respon masyarakat terhadap pelaksanaan program JKN di Kota Semarang.

Ketiga analisis ini mampu membantu peneliti dalam melihat respon masyarakat terhadap pelaksanaan Program JKN di Kota Semarang. Berdasarkan penjelasan diatas, Teknik analisis interaktif menjadi komponen dalam analisis hasil penelitian berupa: pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi.

1.8.8. Kualitas Data

Pengujian keabsahan data dilakukan dengan teknik triangulasi data. Teknik ini digunakan untuk pemeriksaan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, atau berbagai waktu agar mendapat kualitas data yang baik. Kualitas data yang baik adalah data yang dilaporkan oleh peneliti tidak berbeda dengan data yang terjadi

pada obyek penelitian. Cara yang dapat dilakukan yaitu triangulasi sumber, triangulasi waktu, dan triangulasi Teknik.

Penelitian ini menggunakan teknik triangulasi sumber. Teknik ini bertujuan untuk menguji data dari berbagai sumber. Data yang diperoleh dari berbagai informan dideskripsikan dan dikategorikan data yang memiliki pandangan yang sama dan data yang berbeda, serta data yang lebih spesifik di antara data yang lain. Informasi yang diperoleh tidak hanya dari satu sumber melainkan dari beberapa sumber.

Penelitian ini mendapat sumber data melalui dokumentasi, observasi, dan hasil wawancara dari berbagai informan. Hasil wawancara dari berbagai informan kemudian diuji silang satu sama lain untuk mendapat berbagai informasi yang valid. Selain itu, sumber data melalui dokumentasi dan observasi juga digunakan untuk memperkuat informasi yang didapat dalam penelitian ini.