

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Resolusi *World Health Organization* (WHO) ke-58 tahun pada 2005 di Jenewa menetapkan *Universal Health Coverage* (UHC) sebagai isu penting bagi negara maju dan berkembang yang bertujuan sebagai upaya perlindungan terhadap penganggaran masyarakat (belanja kesehatan) penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas, adil, dan terjangkau. Hal ini berkaitan dengan inti dari administrasi publik yaitu memberikan pelayanan kepada masyarakat untuk memenuhi kebutuhannya dan mencapai kesejahteraan. Salah satu dari pelayanan tersebut adalah pelayanan kesehatan yang merupakan kebutuhan bagi seluruh masyarakat tanpa terkecuali meliputi negara maju maupun negara berkembang (Boerma et al, 2014).

Berdasarkan sidang WHO Executive Board ke-144 pada tahun 2019, telah disepakati bahwa dalam WHO 13th General Program yang memiliki capaian hingga tahun 2023 salah satunya negara Indonesia dengan target sebagai berikut:

- 1) Satu milyar orang mendapatkan pelayanan kesehatan melalui UHC, 2) Satu milyar orang lebih terlindungi dari kegawatdaruratan kesehatan, dan 3) Satu milyar orang menikmati hidup yang lebih baik dan sehat. Berbagai upaya telah dilakukan Bangsa Indonesia sejak sepuluh tahun terakhir dibidang kesehatan yang merupakan bagian penting dari pembangunan nasional yang mengacu pada upaya yang diinisiasi oleh WHO. Terdapat 3 outcomes yang dalam cakupan *Universal Health Coverage*

yang disampaikan oleh dr. Oscar Primadi, MPH selaku Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan yaitu 1) Penyempurnaan akses kesehatan esensial yang berkualitas dan bermutu, 2). Mengupayakan pengurangan jumlah orang yang mengalami kesulitan secara ekonomi dalam mengakses layanan kesehatan, 3) Menyempurnakan sarana dan prasarana seperti obat-obatan, diagnostik, dan alat kesehatan esensial pada layanan kesehatan.

Hak terhadap pemenuhan kesehatan di Indonesia diatur dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 menyatakan bahwa “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta memperoleh pelayanan kesehatan”. Hak atas kesehatan juga terdapat pada Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan berbunyi “Setiap orang berhak atas kesehatan”. Pelaksanaan jaminan kesehatan membutuhkan kerjasama antara pemerintah sebagai pihak yang bertanggung jawab menyediakan layanan kesehatan baik sarana dan prasarana bersama masyarakat.

Pemberian pelayanan kesehatan dilaksanakan tanpa ada perlakuan khusus dan pembeda antar warga negara baik dari status ekonomi maupun status sosial. Pemberian layanan kesehatan tersebut menjadi prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) pada tahun 2010-2014 dan menjadi pembahasan yang berkelanjutan pada RPJMN tahun 2015-2019. Meskipun isu tentang kesehatan dan pemberian layanan kesehatan ini menjadi prioritas dalam RPJMN, faktanya masyarakat miskin masih menjadi pihak yang rentan dengan tingkat kesehatan yang rendah, hal ini disebabkan masyarakat yang kurang mampu

memiliki kecenderungan tidak mampu secara ekonomi dalam mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dituntut proaktif terhadap perlindungan akses kesehatan terutama untuk pihak yang rentan terhadap kesehatan yaitu masyarakat miskin yang disebabkan karena ketidakmampuan secara ekonomi untuk dapat membiayai pelayanan kesehatan. Terdapat masalah yang akan ditimbulkan dari rendahnya kualitas kesehatan masyarakat diantaranya menurunnya produktivitas masyarakat sehingga akan menambah beban pemerintah yang memicu meningkatnya masalah sosial seperti pengangguran, kemiskinan, kriminalitas dan lain sebagainya.

Upaya penyediaan jaminan kesehatan ini kemudian disempurnakan dengan dibentuknya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terbagi menjadi dua yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Program jaminan kesehatan yang dilaksanakan di Indonesia berlandaskan *funded social security*, yang dalam hal ini jaminan sosial yang anggarannya salah satunya dari peserta dan masih terbatas pada sektor formal yaitu masyarakat pekerja (Calundu, 2018: 109). Salah satu target pencapaian visi misi BPJS kesehatan yaitu tercapainya *Universal Health Coverage* secara optimal dan berkelanjutan, serta terbentuknya kelembagaan BPJS Kesehatan yang unggul, handal dan terpercaya sesuai dengan indikator Good Government.

Universal Health Coverage adalah sistem jaminan kesehatan bahwa setiap warga negara memiliki akses pelayanan kesehatan yang baik melalui pelayanan

yang kuratif (kegiatan pengobatan yang dimaksudkan penyembuhan penyakit, pengendalian penyakit, pengurangan penderitaan pada rasa sakit, dan pengendalian kecacatan agar penderita dapat terjaga dengan optimal) , rehabilitatif (kegiatan yang bertujuan untuk pemulihan bekas penyakit), promotif (kegiatan edukasi kepada masyarakat dalam rangka pencegahan penyakit dan meningkatkan kualitas kesehatan) dan preventif (upaya untuk melakukan pencegahan dan menghindari kemungkinan masalah yang muncul dalam kesehatan), serta paliatif (perawatan pada penyakit yang tidak dapat disembuhkan dengan cara memaksimalkan kualitas hidup pasien) dan biaya yang terjangkau (Boerma et al, 2014).

Universal Health Coverage memiliki tujuan bukan hanya dalam pemberian perlindungan pelayanan kesehatan semata, tetapi memberikan perlindungan secara finansial pada masyarakat yang memiliki keterbatasan secara ekonomi (Bump, 2015). Adapun makna dari universal dalam UHC memiliki dua makna yaitu akses untuk mendapatkan pelayanan yang adil dan bermutu serta terhindarnya dari resiko finansial saat tertimpa penyakit. Adil dan bermutu dalam pelayanan UHC tersebut meliputi rawat jalan tingkat pertama, rawat inap tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjutan, pelayanan maternal neonatal, dan hak kelas perawatan rawat inap di FKRTL (Fasilitas Kesehatan Tingkat Rawat Lanjutan) adalah Kelas III.

Kesehatan dan kemiskinan menjadi tugas bersama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah guna meningkatkan ketahanan sumber daya manusia untuk proses pembangunan. Kemiskinan akan menyebabkan masyarakat terkena berbagai penyakit yang disebabkan perilaku yang kurang sehat, kurangnya fasilitas

kesehatan, gangguan pada gizi buruk, lingkungan sekitar yang tidak sehat, sampai pada masalah biaya kesehatan yang tidak cukup. Indonesia merupakan negara berkembang yang masih memiliki tingkat kemiskinan cukup tinggi, berikut adalah data kemiskinan di Indonesia dari tahun 2012-2019.

Tabel 1.1
Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia Tahun 2015-2020,

No.	Tahun	Jumlah Penduduk (dalam juta)	Persentase
1.	Maret 2015	28,59	11,22%
	September 2015	28,51	11,12%
2.	Maret 2016	28,01	10,80%
	September 2016	27,76	10,70%
3.	Maret 2017	27,77	10,64%
	September 2017	26,58	10,12%
4.	Maret 2018	25,95	9,82%
	September 2018	25,67	9,66%
5.	Maret 2019	25,14	9,41%
	September 2019	24,79	9,22%
6.	Maret 2020	26,42	9,78%
	September 2020	27,55	10,19%

Sumber : Data dan Informasi Kemiskinan BPS 2020 , diolah 2021

Jumlah penduduk miskin mengalami peningkatan pada maret 2020 jika dibandingkan dengan September 2019 yaitu sebesar 1,63 juta penduduk dengan persentase sebesar 0,56% dan mengalami kenaikan pada September 2020 yaitu sebesar 1,13 juta penduduk dan mengalami kenaikan persentase sebesar 0,41%. Data kemiskinan tersebut menunjukkan perlu adanya pembaharuan suatu kebijakan yang diberikan pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk menurunkan angka kemiskinan melalui beberapa aspek salah satunya melalui jaminan kesehatan.

Tabel 1.2

Jumlah Penduduk Miskin Di Jawa Tengah Tahun 2016-2020

No.	Tahun	Garis Kemiskinan (Rupiah)	Penduduk Miskin	
			Jumlah (Ribuan Jiwa)	Persentase
1.	Maret 2016	317.348	4 506,89	13,27
	September 2016	322.748	4 493,75	13,19
2.	Maret 2017	333.224	4 450,72	13,01
	September 2017	338.815	4 197,49	12,23
3.	Maret 2018	350.875	3 897,20	11,32
	September 2018	357.600	3 867,42	11,19
4.	Maret 2019	369.385	3 743,23	10,80
	September 2019	381.992	3 679,40	10,58
5.	Maret 2020	395.407	3 980,90	11,41

Sumber : Survei Ekonomi Sosial Nasional arsip BPS Provinsi Jawa Tengah 2020, diolah 2021

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah setiap tahunnya mengalami peningkatan, naiknya angka kemiskinan di Provinsi Jawa Tengah perlu penanganan yang tepat sasaran dan tepat guna melalui suatu kebijakan agar tidak menimbulkan masalah yang lebih luas baik dilihat dari sosial, ekonomi dan politik.

Tabel 1.3

Data Kemiskinan Di Kota Semarang Tahun 2013-2020

Tahun	Jumlah Penduduk miskin (jiwa)	Garis Kemiskinan	Persentase penduduk miskin (%)
2013	86.734	328.771	5,25
2014	84.640	348.824	5,04
2015	84.270	368.477	5,97
2016	83.590	382.160	4,85
2017	80.860	402.297	4,62
2018	73.650	427.511	4,14
2019	71.970	474.930	3,98
2020	79,580	552.691	4,34

Sumber : Survei Sosial Ekonomi Nasional BPS Kota Semarang 2020, diolah 2021

Jumlah penduduk miskin di Kota Semarang mengalami peningkatan di tahun 2020 dimana kenaikannya sebesar 0,36% 7.610, kenaikan jumlah penduduk ini harus diimbangi dengan penyediaan layanan kesehatan yang memadai baik dari sarana dan prasarana. Adapun sarana dan prasarana sebagai berikut :

Tabel 1.4
Jumlah Sarana dan Prasarana Kesehatan di Kota Semarang

Sarana dan prasarana	2015	2016	2017	2018	2019
1. Rumah Sakit Umum :					
a. Rumah Sakit Swasta	12	13	13	13	14
b. Rumah Sakit Umum Daerah	2	2	2	2	2
c. Rumah Sakit Umum Pusat	2	2	1	1	1
d. Rumah Sakit TNI / POLRI	2	2	2	2	3
e. Rumah Sakit Khusus, yaitu:					
- RS Jiwa	1	1	1	1	1
- RS Bedah Plastik	0	0	0	0	0
- RS Rehabilitasi Medik	1	1	1	1	0
- Rumah Sakit Ibu dan Anak	4	6	6	6	6
- Rumah Sakit Bersalin (RSB)	2	0	0	0	0
2. Rumah Bersalin (RB) / BKIA	0	0	0	0	0
3. Puskesmas , terdiri dari :					
a. Puskesmas Perawatan	11	11	11	11	10
b. Puskesmas Non Perawatan	26	26	26	26	27
4. Puskesmas Pembantu	32	35	37	37	38
5. Puskesmas Keliling	37	37	37	37	38
6. Posyandu yang ada	1575	1.581	1.587	1.598	15.97
7. Posyandu Aktif	1219	1.205	1.587	1.598	1402
8. Apotek	401	397	406	424	1429
9. Laboratorium Kesehatan	28	26	26	29	29
10. Klinik Spesialis/Klinik Utama	36	40	40	43	46
11. Klinik 24 Jam	0	0	0	0	0
12. Toko Obat	23	20	39	11	40
13. BP Umum (Klinik Pratama)	92	161	170	217	229
14. BP Gigi	0	0	0	0	0
15. Dokter Umum Perorangan	1.940	2.143	2.304	2.556	2.771
16. Dokter Spesialis Praktek	828	897	1.001	1.068	1.155
17. Dokter gigi praktek	438	473	517	572	624
18. Dokter gigi spesialis praktek	75	76	77	89	97

Sumber: Profil Kesehatan Kota Semarang, 2019

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang mendukung penyelenggaraan jaminan kesehatan di Kota Semarang. Fasilitas tersebut diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan terbaik dalam usaha pelaksanaan program *Universal Health Coverage* di Kota Semarang.

Tabel 1.5
Sepuluh Besar Penyakit Puskesmas di Semarang Tahun 2018

No	Nama Penyakit	Jumlah
1.	Infeksi saluran nafas atas pada banyak tempat tidak dapat dispesifikasi	110677
2.	Faringitis akut	103028
3.	Hipertensi esensial (Primer)	97532
4.	Diabetes melitus tidak tergantung insulin	43792
5.	Penelitian dan pemeriksaan umum terhadap orang tanpa keluhan dan laporan diagnosis	43580
6.	Pengawasan kelahiran normal	38961
7.	Gastritis dan duodenitis	37237
8.	Penyakit pulpa dan periapikal (jaringan sekitar akar gigi)	28790
9.	Kebutuhan akan vaksinasi terhadap sejenis penyakit virus tertentu	25385
10.	Gangguan-gangguan otot yang lain	25095

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2018

Berdasarkan data tersebut, masih tingginya jenis penyakit yang diderita masyarakat sehingga memerlukan penanganan intensif dengan biaya yang terjangkau atau terbebas dari beban biaya sangat diperlukan inovasi di bidang kesehatan dan pemberian fasilitas layanan kesehatan untuk masyarakat guna menunjang sumber daya manusia Kota Semarang yang tangguh.

Berdasarkan pasal 9 ayat (3) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah menyatakan bahwa kesehatan merupakan urusan pemerintahan konkuren yang dibagi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah

provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Pasal 12 ayat (1) dalam undang-undang tersebut menyebutkan bahwa ihwal pemerintah berkaitan dengan pelayanan dasar seperti urusan kesehatan yang penyelenggaraannya merupakan tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Pemerintah Kota Semarang dalam menjalankan amanat undang-undang tersebut membentuk Perwal Nomor 43 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan pada 1 November 2017. Penyelenggaraan jaminan kesehatan tersebut berupa *Universal Health Coverage* yang merupakan kerjasama Pemerintah Kota Semarang dengan BPJS Kesehatan Kota Semarang, melalui ketentuan masyarakat Kota Semarang yang belum memiliki jaminan kesehatan yang diharapkan kedepannya dapat memperoleh pelayanan kesehatan.

Walikota Semarang, Hendrar Prihadi menyebutkan bahwa UHC bukan hanya upaya meningkatkan derajat kesehatan penduduk Kota Semarang, namun sebagai wujud partisipasi Kota Semarang dalam meminimalisir defisit anggaran BPJS, masyarakat yang belum terdaftar pada JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) akan didaftarkan oleh pemerintah Kota Semarang melalui APBD dan sumber-sumber lain seperti pajak penerangan jalan, pajak pariwisata dan hiburan, pajak bumi dan bangunan, bea perolehan hak atas tanah dan bangunan, dan retribusi. Program ini dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang bekerjasama dengan BPJS untuk melayani kebutuhan masyarakat pada fasilitas kesehatan tingkat pertama di Rumah Sakit atau puskesmas dengan penempatan pasien kamar kelas III.

Adapun piutang BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Wongsonegoro mencapai angka 65 miliar (dilansir dari radar Semarang pada 12/11/2019). Sebesar 10 miliar adalah tunggakan tahun 2018 dan selebihnya belum terbayarkan karena pencairan dana dari BPJS masih terkendala. Hal ini tidak mempengaruhi kualitas pelayanan pasien karena pasien akan diberikan pelayanan secara profesional, dan sesuai dengan komitmen pelayanan untuk tidak menolak pasien. Penunggakan terhadap tagihan klaim pada BPJS Kesehatan menjadi pekerjaan rumah dan dapat mengganggu cash flow karena dalam pemberian pelayanan kesehatan membutuhkan biaya operasional baik sarana maupun prasarana.

Universal Health Coverage di Kota Semarang menemukan permasalahan di masyarakat yaitu masih terdapat keluhan yang diajukan oleh masyarakat karena kartu UHC belum tercetak (dilansir dari Tribun.Jateng, Warga keluhkan Kartu UHC Belum Tercetak, 2018), terbatasnya jumlah ruang inap kelas III yang menjadi fasilitas pelayanan peserta UHC, hingga tunggakan pembayaran pemerintah Kota Semarang ke BPJS yang dalam hal ini tercantum dalam media.indonesia (UHC Gagal Tercapai Perberat Keuangan BPJS, 30/12/19), dan tunggakan BPJS yang belum dibayarkan oleh warga itu sendiri. Adanya beberapa permasalahan tersebut menjadikan masyarakat yang kurang mampu akan dikhawatirkan rentan untuk membayar kembali ketika melakukan layanan BPJS Kesehatan. Sebagian masyarakat miskin terbebani dengan pemberian fasilitas kesehatan antara lain secara sarana dan prasarana, pelayanan administrasi, pelayanan perawat dan dokter, uang muka, obat-obatan dan biaya tambahan lainnya.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang pada Januari 2022 sebesar 95,37% penduduk Kota Semarang telah berpartisipasi dalam jaminan kesehatan nasional (JKN) atau sebanyak 1.607.975 jiwa dari jumlah penduduk 1.686.042. Sebesar 227.176 jiwa telah tercover jaminan kesehatan UHC, 310.720 jiwa masuk dalam daftar penerima bantuan iuran (PBI). Kepala Dinas Kesehatan Kota (DKK) Semarang Widiyono mengatakan masih terdapat 10% masyarakat Kota Semarang yang belum tercover program UHC (Wuryono, 2018). Program UHC memerlukan penyebaran informasi melalui sosialisasi agar tersampaikan pada masyarakat terlebih masyarakat yang kurang mampu sebagai pihak yang rentan terhadap pemenuhan kesehatan kerana terkendala biaya, melihat kepesertaan masyarakat Kota Semarang dalam mendaftarkan program tersebut sudah mencapai angka diatas 90% dari jumlah penduduk Kota Semarang.

Pelaksanaan UHC di Kota Semarang masih dikeluhkan oleh masyarakat, hal ini dikutip dari berita yang berjudul “Warga Keluhkan Kartu UHC Belum Tercetak” yang dilansir dari TribunJateng.com dirilis pada Rabu, 28 Februari 2018. Lebih lanjut, sebagian masyarakat Kota Semarang belum mengetahui bahwa program UHC dapat digunakan masyarakat Kota Semarang secara gratis agar dapat memperoleh pelayanan fasilitas kesehatan baik di rumah sakit daerah, rumah sakit swasta maupun di puskesmas yang menandakan bahwa sosialisasi program UHC belum tersosialisasi secara maksimal.

Selain itu dalam pelaksanaan program UHC di Kota Semarang masih terdapat masyarakat yang belum mengetahui gerakan UHC dapat digunakan

untuk seluruh masyarakat Kota Semarang secara gratis pada akses pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit daerah maupun swasta. Secara umum masyarakat lebih memilih berobat ke puskesmas yang memiliki jarak lebih dekat, permasalahan teknis pelayanan yang menyebabkan terhambatnya pemberian pelayanan kepada masyarakat yaitu prosedur rujukan yang belum terkonsolidasi dan terbaru, menyebabkan pasien yang dirujuk ke FKRTL rumah sakit penempatan di kelas 3 akhirnya kembali lagi melakukan pengobatan ke puskesmas.

Berdasarkan uraian permasalahan yang dipaparkan di atas timbul pertanyaan penelitian “mengapa proses penyebaran informasi dan sosialisasi kebijakan *Universal Health Coverage* di Kota Semarang belum maksimal?”. Sehingga dari pertanyaan penelitian tersebut peneliti memiliki ketertarikan untuk melakukan penelitian dengan judul “Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* untuk Mengatasi Masalah Kesehatan Bagi Masyarakat Kurang Mampu di Kota Semarang”.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan gambaran permasalahan diatas maka dapat diidentifikasi bahwa permasalahan yang muncul adalah sebagai berikut:

- a. Terdapat masyarakat Kota Semarang yang belum mengetahui bahwa UHC dapat digunakan di rumah sakit daerah, rumah sakit swasta maupun puskesmas dan sistem rujukan yang belum terintegrasi maupun belum terbaru.

- b. Belum optimalnya mekanisme pemberian kartu UHC bagi masyarakat yang sudah mendaftar dengan masih adanya keluhan dari masyarakat Kota Semarang terkait belum tercetaknya kartu UHC.
- c. Terdapat kendala proses pencairan anggaran dan piutang klaim dari fasilitas kesehatan yang belum dibayarkan oleh BPJS pada rumah sakit yang menjadi tempat pelayanan jaminan kesehatan *Universal Health Coverage* yang dapat mengganggu keberlangsungan program UHC di Kota Semarang.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan identifikasi permasalahan di atas, peneliti memiliki rumusan masalah sebagai berikut:

- a. Bagaimana implementasi program *Universal Health Coverage* dalam upaya mengatasi masalah kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Kota Semarang?
- b. Apa faktor yang menjadi pendorong dan penghambat implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* di Kota Semarang?

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah

- a. Mendeskripsikan dan menganalisis implementasi program *Universal Health Coverage* dalam upaya mengatasi masalah kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Kota Semarang.
- b. Mendeskripsikan dan menganalisis faktor yang menjadi pendorong dan penghambat dalam pelaksanaan program *Universal Health Coverage* di Kota Semarang.

1.5 Kegunaan Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian tersebut, maka penelitian ini diharapkan mempunyai manfaat sebagai berikut :

a. Manfaat Teoritis

- 1) Penelitian ini menambah sumbangan teoritis mengenai pengetahuan tentang jaminan kesehatan bagi masyarakat beserta produk hukum di Kota Semarang. Hasil penelitian ini diharapkan memberikan masukan pengetahuan dan perkembangan dalam ilmu administrasi publik dan juga pemerintahan agar pemerintah dapat melakukan inovasi terutama dibidang kesehatan.
- 2) Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan penelitian akademisi atau referensi dalam melakukan penelitian yang bertema sama.

b. Manfaat Praktis

1) Bagi Instansi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada pemerintah Kota Semarang maupun kota lainnya yang menerapkan kebijakan *Universal Health Coverage* yang mengalami kendala dalam penyusunan strategi mewujudkan kebijakan dan program guna menciptakan kota yang tangguh melalui akses jaminan kesehatan.

2) Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah dan memperluas wawasan dan pengetahuan berpikir yang diperoleh di lapangan dan menerapkan pengetahuan tersebut di kehidupan dan lingkungan sekitar.

3) Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan memberikan pengetahuan baru terhadap masyarakat untuk mengetahui sejauh mana program tersebut terlaksana mengenai dampak dan kenyataan yang terjadi di lapangan, sehingga masyarakat merasa terlibat aktif dalam pelaksanaan program *Universal Health Coverage* dalam mengupayakan terwujudnya jaminan kesehatan di Kota Semarang.

1.6 Kerangka Pemikiran Teoritis

1.6.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian-penelitian yang telah dilakukan merupakan faktor pendukung untuk penelitian yang baru. Hal ini bertujuan untuk dapat memperkaya teori yang digunakan dalam mengkaji penelitian yang dilakukan serta menjadi pedoman untuk melakukan analisis serta penggambaran dari setiap peneliti terhadap satu permasalahan yang sama dan berbeda karakteristik antara satu wilayah dengan wilayah yang lain. Pada penelitian terdahulu, peneliti tidak menemukan penelitian dengan judul yang sama seperti judul penelitian peneliti sehingga peneliti mengangkat beberapa penelitian sebagai referensi dalam memperkaya bahan kajian.

Tabel 1.6
Penelitian Terdahulu

Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian dan Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilaksanakan
<p>Peneliti : Hana Setialingsih (2019) Judul : Pelaksanaan Perwal Kota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Ditinjau dari Perundang-Undangan Jaminan Kesehatan</p>	<p>Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Perwal Kota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dapat dijadikan landasan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Kota Semarang Metode Penelitian : Kualitatif Deskriptif</p>	<p>Hasil penelitian ini menunjukkan Perwal Kota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 bahwa Perwal Nomor 43 Tahun 2017 belum secara menyeluruh untuk dijadikan sebagai pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Kota Semarang karena mbelum memuat secara menyeluruh prosedur rujukan di FKRTL.</p>	<p>Penelitian yang akan dilaksanakan menggunakan teori implementasi kebijakan van meter van horn, sedangkan penelitian terdahulu menggunakan teori pendekatan yuridis dengan metode kualitatif deskriptif</p>
<p>Penulis : Delila Nisoni Judul : Evaluasi Proses Implementasi Kebijakan Program UHC (<i>Universal Health Coverage</i>) di Semarang</p>	<p>Tujuan : Menganalisis implementasi kebijakan UHC di Kota Semarang dan menganalisis faktor penghambat dari pelaksanaan kebijakan tersebut. Metode Penelitian : Kualitatif Deskriptif</p>	<p>UHC di Kota Semarang telah berjalan baik dalam memberikan pelayanan gratis bagi warga Semarang, tujuan pelaksanaannya telah tercapai yaitu mensejahterakan masyarakat di bidang kesehatan, namnu hambatanya adalah masih terjadi salah sasaran karena sosialisasi program menimbulkan kesalahpahaman bagi masyarakat.</p>	<p>Penelitian yang akan dilaksanakan menggunakan teori implementasi kebijakan dari Van Meter dan Van Horn, sedangkan penelitian terdahulu menggunakan teori evaluasi kebijakan dan implementasi kebijakan dari George C. Edwards III.</p>
<p>Peneliti:</p>	<p>Tujuan : Untuk mendeskripsikan</p>	<p>Pelaksanaan Peraturan Walikota Nomor 43 Tahun 2017 telah</p>	<p>Penelitian yang akan dilaksanakan menggunakan teori</p>

Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian dan Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilaksanakan
Yudhistira Ermala Putra (2020) Judul : Pemenuhan Konsep <i>Universal Health Coverage</i> (UHC) dalam Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan	pelaksanaan <i>Universal Health Coverage</i> (UHC) di Indonesia dan secara khusus di Semarang. Metode Penelitian: Deskriptif kualitatif	memenuhi faktor-faktor yang ditentukan WHO, namun dalam pelaksanaannya di Kota Semarang masih terdapat berbagai kendala yang menghambat optimalisasi keterjangkauan kepesertaan masyarakat Kota Semarang.	implementasi kebijakan dari Van Meter dan Van Horn, sedangkan penelitian terdahulu menggunakan implementasi Edwards III.
Peneliti : Golda Oktavia, Hartuti Purnaweni, Aloysius Rengga (2015) Judul : Evaluasi Output dan Outcome pada Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota (jamkesmaskot) di Kota Semarang	Tujuan: Untuk mendeskripsikan output dan outcome dari Program Jamkesmaskot di Kota Semarang. Metode Penelitian: Deskriptif Kualitatif	Keikutsertaan masyarakat untuk program Jamkesmaskot sudah mencapai 100%, mutu dan pelayanan kesehatan sudah baik dan mudah dijangkau. Berhubungan dengan indikator outcome dapat diketahui bahwa program Jamkesmaskot berdampak positif, antara lain seluruh warga miskin dan/atau tidak mampu di Kota Semarang sudah mendapatkan jaminan pemeliharaan pelayanan kesehatan, rasa aman bagi warga miskin di Kota Semarang.	Penelitian yang akan dilaksanakan menggunakan teori implementasi kebijakan, sedangkan penelitian terdahulu menggunakan teori evaluasi.
Peneliti :	Tujuan :	Pelaksanaan Jamkesda ke dalam JKN di	Perbedaan penelitian yang akan

Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian dan Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilaksanakan
<p>Nuraini Maulidiana, Putri Asmita Wigati, Anneke Suparwati (2016). Judul : Analisis Implementasi Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah(jamkesda) ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Provinsi Jawa Tengah</p>	<p>Untuk menganalisis implementasi integrasi Kebijakan jaminan kesehatan daerah di Provinsi Jawa Tengah. Metode Penelitian: Deskriptif kualitatif</p>	<p>Provinsi Jawa Tengah belum terdapat indikator dalam mengukur tingkat keberhasilan sehingga tingkat keberhasilan masih bersifat subyektif. kendala dalam implementasi integrasi Jamkesda ke dalam JKN yaitu pada masalah kepesertaan yaitu ketepatan sasaran peserta JKN dan pelayanan peserta JKN di tempat fasilitas kesehatan.</p>	<p>dilaksanakan dengan penelitian terdahulu adalah jika penelitian terdahulu menggunakan teori implementasi dengan mengembangkan konsep dan desain baru untuk mengetahui integrasi Jaminan Kesehatan Daerah di Jawa Tengah, sedangkan penelitian yang akan dilaksanakan dengan menggunakan konsep implementasi jaminan kesehatan semesta yang lebih sempit yaitu di Kota Semarang</p>
<p>Penulis : Liliani Novelisadewi (2017) Judul : Implementasi Kebijakan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan di Jakarta Selatan</p>	<p>Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan mendeskripsikan Implementasi Kebijakan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan di Jakarta Selatan. Metode Penelitian: Kualitatif Deskriptif</p>	<p>Penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan asuransi kesehatan di Jakarta Selatan belum optimal dalam pelaksanaannya, dengan mengacu pada pemenuhan faktor komunikasi, sumber daya dan sikap pelaksana.</p>	<p>Pelaksanaan yang akan dilaksanakan di Kota Semarang sedangkan penelitian terdahulu dilaksanakan di Kota Jakarta Selatan.</p>
<p>Peneliti : Marian (2016) Judul : Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan</p>	<p>Tujuan : Untuk menganalisis dan mendeskripsi Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Dinas</p>	<p>Penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan kebijakan di Kabupaten Sigi belum efektif yang disebabkan belum tersedianya SDM yang menunjang</p>	<p>Pelaksanaan yang akan dilaksanakan di Kota Semarang sedangkan penelitian terdahulu dilaksanakan di Kabupaten Sigi.</p>

Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan Penelitian dan Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilaksanakan
Nasional (JKN) pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sigi.	Kesehatan Kabupaten Sigi. Metode Penelitian: Kualitatif Deskriptif	menyebabkan terjadi penumpukan tugas oleh satu pihak, sarana dan prasarana yang belum mendukung membuat pelaksanaan jaminan kesehatan ini belum menyediakan pelayanan yang maksimal bagi masyarakat.	

Sumber : Diolah Penulis

Berdasarkan penelitian terdahulu yang telah dijelaskan diatas masing-masing memiliki fokus dan lokus yang menganalisis implementasi jaminan kesehatan dengan analisis faktor-faktor yang berbeda dan lokus yang berbeda. Penelitian tersebut memiliki fokus yang bervariasi serta memiliki tujuan dalam mengidentifikasi variabel yang berkaitan dengan tingkat keberhasilan kebijakan pelayanan jaminan kesehatan.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu terletak pada fokus penelitian dimana sarannya yang berfokus dengan menganalisis implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* dalam mengatasi masalah kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Kota Semarang dengan model implementasi dari Van Meter dan Van Horn dengan merujuk pada indikator implementasi kebijakan yang dijelaskan oleh Riant Nugroho dan menganalisis faktor penghambat kebijakan yaitu berkaitan dengan standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, karakteristik agen

pelaksana, hubungan antar organisasi, kondisi sosial, ekonomi dan politik serta disposisi pelaksana.

1.6.2 Administrasi Publik

Menurut Nicholas Henry (dalam Pasolong, 2011: 8) menyebutkan administrasi publik merupakan proses yang erat antara teori dengan praktek dengan tujuan menjelaskan pengertian pada pemerintah yang berkaitan dengan masyarakat dan untuk mendukung pelaksanaan kebijakan publik supaya dapat proaktif dan merespon kebutuhan masyarakat. Chandler dan Plano (dalam Keban, 2014: 3) menyebutkan bahwa administrasi publik merupakan kegiatan yang mana sumber daya yang ada dan pelaksana kebijakan diorganisir dan diarahkan untuk memperoleh suatu formulasi untuk diimplementasikan dan mengelola keputusan kebijakan publik sesuai dengan kebutuhan publik.

Administrasi berasal dari kata *to administer*, yang dimaksnai sebagai *to manage* (mengelola). Menurut pendapat Sutarto dan R.P. Soewarno (Dalam Darmadi dan Sukidin,2009:5), administrasi adalah penyelenggaraan dan upaya kerjasama antara pemerintah dan masyarakat dalam mencapai tujuan.

Publik berasal dari kata publik dimaknai sebagai beranekaraga, yang berkaitan dengan kata yang menyertainya. Diartikan sebagai umum, rakyat, masyarakat, publik, dan negara atau pemerintahan. (Dalam Sri Suwitri, 2009 :7). Syafi'ie dkk menjelaskan bahwa publik adalah sekelompok manusia yang mempunyai kesamaan visi misi yang sama, tujuan, harapan, tindakan yang benar

dan baik mengacu pada nilai-nilai norma yang mereka miliki (Dalam Harbani Pasolong, 2007 :7).

Dari pengertian administrasi dan publik menurut tokoh diatas definisi dari administrasi menurut David Rosenbloom administrasi publik yaitu penerapan teori-teori dan praktek manajemen, politik dan hukum untuk memenuhi kebutuhan pemerintah dibidang legislatif, eksekutif dalam upaya fungsi-fungsi pengaturan dan pelayanan terhadap masyarakat secara keseluruhan atau sebagian (Dalam Harbani Pasolong, 2007 : 8).

Menurut definisi para ahli maka dapat disimpulkan bahwa administrasi publik merupakan seni dan ilmu dalam lingkup pemerintahan meliputi pemerintah di bidang legislatif dan eksekutif yang diarahkan untuk menjalankan kebijakan publik untuk menguraikan masalah publik yang terjadi pada organisasi atau lainnya untuk mencapai tujuan diinginkan. Administrasi Publik sendiri tidak akan pernah terlepas dari pergeseran paradigma administrasi publik. Pergeseran tersebut disebabkan paradigma yang sebelumnya mengalami berbagai masalah dan dipandang sudah tidak relevan dengan situasi saat ini maka perlu dibangun paradigma baru.

1.6.3 Paradigma Administrasi Publik

1.Paradigma I (1990- 1926) Dikotomi Politik dan Administrasi yaitu adanya pembagian antara administrasi dan politik dimanefestasikan oleh pembagian antara legilatif yang tugasnya mengutarakan kehendak dari rakyat, dengan badan eksekutif yang memiliki tugas dalam mengartikulasikan kehendak rakyat, dengan

badan eksekutif yang memiliki tugas melaksanakan keinginan rakyat. Ini dapat disimpulkan bahwa paradigma I ditekankan pada locus-nya, yaitu mempersoalkan di mana semestinya administrasi negara berada.

2. Paradigma II (1927-1937) Paradigma Prinsip- Prinsip Administrasi memiliki fokus pada penekanan prinsip- prinsip administrasi negara yang diakui berfungsi secara umum pada semua bentuk organisasi dan pada lingkungan sosial budaya. Prinsip-prinsip administrasi negara yang dimaksud tersebut adalah terdapatnya sebuah kenyataan, bahwa administrasi tanpa memperhatikan lingkungan, fungsi, kebudayaan, kerangka institusi atau misi, yang kemudian dapat digunakan dan diikuti pada semua bidang tanpa ada kecuali

3. Paradigma III (1950-1970) Administrasi Negara sebagai Ilmu Politik, paradigma tersebut menjelaskan bahwa tidak selayaknya ada dikotomi antara administrasi negara dan politik sebab sebenarnya tidak benar- benar ada. Pada hal ini, administrasi negara bukan menjadi value free atau dapat berguna dimana saja namun justru nilai-nilai atau value tertentu yang mempengaruhi. Paradigma ini mengakui studi administrasi negara merupakan anasir dari ilmu politik, namun hanya ada perbedaan pada titik beratnya. Ilmu politik sendiri berfokus terhadap penyusunan dari kebijakan kekuatan sosial politik yang ada pada luar birokrasi, sedangkan administrasi negara fokusnya pada penyusunan kebijakan terhadap tubuh birokrasi, namun tetap berkaitan dengan sistem politik yang berlaku (Ibrahim, 2009:6).

4. Paradigma IV (1956-1970) Administrasi Negara sebagai Ilmu Administrasi.

Menurut paradigma ini menjelaskan bahwa ilmu administrasi negara yang merupakan subbidang ilmu politik semestinya dikembangkan lebih lanjut melalui dua cara yang saling melengkapi: pertama, dengan mengembangkan ilmu administrasi yang semata-mata berlandaskan psikologi sosial, dan kedua, dengan mengembangkan ilmu administrasi yang mempertimbangkan nuansa kebijakan publik. (Ibrahim, 2009:6).

5. Paradigma V (1970) Administrasi Negara sebagai Administrasi. Keban

menjelaskan (2008:39) bahwa paradigma sebelumnya telah diperbarui oleh paradigma ini. Paradigma ini memiliki tujuan yang berbeda dalam pikiran. Teori analisis kebijakan publik, organisasi, praktik administrasi dan manajemen modern, berbagai tantangan dengan birokrasi pemerintah, dan keprihatinan dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat yakni semua bidang yang menarik dalam administrasi negara. Sedangkan isu dan kepentingan umum menjadi fokus.

6. Paradigma ke VI (1990-Sekarang) Menurut Tamayao (2014), pemerintahan

adalah pelaksanaan kekuasaan atau wewenang oleh para pemimpin politik dengan tujuan memajukan kesejahteraan warga negara. Ini adalah proses yang relatif rumit di mana berbagai kelompok masyarakat yang memegang kekuasaan, memberlakukan serta menyebarluaskan kebijakan publik yang berdampak langsung pada masyarakat dan institusi, dan mempengaruhi pembangunan ekonomi dan sosial. Kedua, fungsi esensial pemerintahan modern, yang berbeda dengan pemerintahan tradisional, juga disebut sebagai "pemerintahan". Yang

mana warga negara dan organisasi masyarakat berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan publik yang signifikan dan proses politik dianggap sebagai keseluruhan (Ikeanyibe, 2016).

Dapat disimpulkan bahwa paradigma yang digunakan oleh peneliti adalah paradigma yang ke VI yaitu Paradigma *Governance* hal ini karena dalam penelitian ini mencakup bagaimana organisasi publik berfungsi, analisis kebijakan publik, dan berbagai permasalahan pada birokrasi pemerintahan serta berfokus pada tujuan mensejahterakan masyarakat dan partisipasi kelompok sangat penting dalam pelaksanaan kebijakan dan program pemerintah. Dapat disimpulkan bahwa paradigma yang digunakan oleh peneliti adalah paradigma yang ke VI yaitu Paradigma *Governance* hal ini karena dalam penelitian ini mencakup bagaimana organisasi publik berfungsi, analisis kebijakan publik, dan berbagai permasalahan pada birokrasi pemerintahan serta berfokus pada tujuan mensejahterakan masyarakat dan partisipasi kelompok sangat penting dalam pelaksanaan kebijakan dan program pemerintah.

1.6.4 Kebijakan Publik

Menurut Carl Friedrich (dalam Solichin Abdul Wahab, 2015:9) menjelaskan bahwa kebijakan publik adalah sebuah arahan kegiatan atau kebijakan yang usulkan seseorang, kelompok, atau sebuah pemerintah untuk mengatasi permasalahan atau memaksimalkan kesempatan pada sebuah lingkungan tertentu dalam mencapai tujuan atau mewujudkan suatu sasaran. Menurut Syafii (2010:105)

mengungkapkan kebijakan publik adalah segala sesuatu yang dipilih oleh pemerintah, apakah akan dikerjakan atau dibiarkan begitu saja (mendiamkan).

David Easton (dalam Leo Agustino 2009: 19) memberikan definisi kebijakan publik sebagai “*the authoritative allocation of values for the whole society*”. Pengertian ini menjelaskan bahwa hanya pemilik kekuasaan dalam sistem pemerintah secara resmi dapat melakukan kebijakn pada masyarakat dan pilihan pemerintah untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu direalisasikan dalam wujud pelaksanaan nilai-nilai. Hal tersebut dikarenakan pemerintah tergolong ke dalam “*authorities in a political system*” yaitu pihak yang memiliki kekuasaan dalam lingkungan politik yang tergolong dalam kewenangan sistem birokrasi dan memiliki tanggung jawab dalam kepentingan masyarakat dimana pemerintah dituntut untuk memutuskan kebijakan untuk diimplementasikan.

Berdasarkan penjelasan para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah kegiatan yang berorientasi untuk mencapai tujuan tertentu untuk menguraikan permasalahan publik dan kepentingan publik. Kebijakan untuk melakukan tindakan akan diatur dalam ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang diatur oleh pemerintah sehingga bersifat mengikat dan memaksa. Serangkaian tindakan tersebut memiliki tahapan-tahapan yang diawali dengan perumusan masalah dan berakhir dengan evaluasi kebijakan publik untuk mencapai tujuan dari suatu kebijakan.

Menurut William Dunn (dalam Winarno, 2011:35-37) menjelaskan bahwa memahami kebijakan publik dapat diamati dari sisi proses. Proses merupakan

kegiatan dengan tahapan-tahapan awal sampai akhir. Para ahli menjelaskan proses kebijakan publik melalui berbagai tahapanyaitu dengan penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan.

Berkaitan dengan kebijakan *Universal Health Coverage* di Kota Semarang, yaitu didukung dengan regulasi Undang-Undang Negara Rrepublik Indonesia tahun 1945, kemudian pemerintah Indonesia menguatkan dengan adanya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan mengintegrasikannya melalui pembentukan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS).

1.6.5 Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi kebijakan hakikatnya merupakan upaya kebijakan untuk mencapai tujuan. Implementasi kebijakan memiliki 2 pilihan, yaitu secara langsung melaksanakan program atau dengan memformulasikan kebijakan yang merupakan turunan sebuah keputusan. Impelemntasi kebijakan dapat dilihat jelas awal dimulainya program sampai ke tahapan berikutnya. Penggolongan tersebut beermuara dari pelaksanaan manajemen, terkhusus pada manajemen sektor publik. Kebijakan tersebut direalisasikan dalam program berupa proyek-proyek, dan dan berakhir kegiatan-kegiatan, baik yang dilaksanakan pemerintah, masyarakat ataupun kerjasama pemerintah dengan masyarakat.

Implementasi kebijakan dijelaskan William dan Elmore, (dalam Sunggono, 2004:139) memiliki pengertian sebagai “kegiatan yang berhubungan dengan

pelaksanaan kebijakan”. Disisi lain, Mazmanian dan Sabatier (dalam Wibawa, et.al, 2002:21) memaparkan bahwa memahami masalah pelaksanaan kebijakan merupakan usaha memahami dampak suatu kebijakan setelah diberlakukan atau dirumuskan yakni keadaan yang terjadi setelah pengesahan kebijakan pemerintah baik usaha mengkoordinasikannya atau memberi kemanfaatan yang berdampak terhadap masyarakat.

Winarno dalam bukunya yang berjudul Teori dan Proses Kebijakan Publik menegaskan bahwa Implementasi kebijakan yaitu “Implementasi kebijakan merupakan produk hukum yang mencakup aktor, organisasi, prosedur dan teknik yang berkoordinasi untuk melaksanakan kebijakan untuk mencapai tujuan yang dituju” (Winarno, 2011:101).

Pernyataan Winarno sejalan dengan penjelasan Riant Nugroho Dwijowijoto dalam bukunya yang berjudul Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi yang mengemukakan bahwa : “Implementasi kebijakan adalah usaha suatu kebijakan untuk mencapai tujuannya. Berdasarkan pengertian implementasi kebijakan diatas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan kebijakan tidak hanya berkaitan dengan perilaku lembaga administratif yang bertanggung jawab untuk menjalankan prlogram kebijakan dan menciptakan kepatuhan pada target kebijakan, yang berkaitan dengan lingkungan politik, ekonomi dan sosial secara langsung atau tidak, sehingga memebrikan pengaruh pada perilakupihak pelaksana kebijakan. Baik oleh pihak yang terlibat dalam proses perumusan dan pelaksanaan

kebijakan maupun oleh pihak yang terlibat dalam proses perumusan dan pelaksanaan kebijakan maupun pihak yang berada di luar lingkungan kebijakan.

1.6.6 Model implementasi kebijakan

- **Model George C. Edwards III**

Menurut George C. Edward III, indikator implementasi kebijakan dikatakan berhasil dipengaruhi oleh 4 unsur, yaitu (1) komunikasi, (2) Sumber daya, (3) Disposisi, (4) Struktur Birokrasi.

1. Komunikasi

Komunikasi terjalin antara pembuat kebijakan, pelaksana kebijakan dan sasaran kebijakan yang dalam hal ini komunikasi mengacu pada penyampaian informasi dan kejelasan program. Melalui komunikasi, pihak pelaksana dapat menafsirkan kebijakan-kebijakandengan tepat, valid, dan konsisten. Terdapat 3 indikator dalam komunikasi yaitu

- a. Transmisi, yaitu tahapan komunikasi dimana sebuah kebijakan harus dapat disalurkan dan melewati hambatan-hambatan lapisan hierarki birokrasi. Pertentangan pada tahap transmisi akan dapat menimbulkan distorsi atau masalah terhadap komunikasi kebijakan.
- b. Kejelasan, untuk dapat mengkomunikasikan suatu kebijakan dengan baik, maka petunjuk implementasi tersebut bukan sekedar diterima oleh seluruh aktor pelaksana, akan tetapi petunjuk implementasi tersebut jelas. Ketidakjelasan dalam komunikasi dapat menyebabkan adanya perbedaan interpretasi antar aktor

pelaksana dalam memahami sebuah kebijakan, dan dapat menimbulkan cara yang tidak tepat sehingga bertolak belakang dengan tujuan suatu kebijakan.

- c. Konsistensi, apabila pelaksanaan kebijakan dapat berlangsung dengan efektif maka aturan pelaksanaan harus teratur dan beriringan.

2. Sumber Daya

Melalui komunikasi, pihak pelaksana dapat menerjemahkan kebijakan yang berlaku dengan tepat, akurat, dan konsisten. Pendukung implementasi lainnya yakni Sumber-sumber kebijakan publik ini meliputi:

- a. Staf, merupakan komponen penting dalam implementasi kebijakan. Staf dapat digolongkan menjadi dua yakni terkait dengan kuantitas dan kualitas yang dimilikinya.
- b. Informasi, meliputi tentang cara pelaksanaan kebijakan, data mengenai ketaatan aktor-aktor pelaksana pada suatu kebijakan yang dijalankan.
- c. Wewenang, untuk dapat menjalankan suatu kebijakan dengan baik, maka diperlukan adanya kewenangan yang efektif dari aktor pemangku kepentingan. Kewenangan memiliki sifat khusus, sukarela ataupun paksaan, merupakan konsesi bagi mereka yang bersedia tunduk, dan diakui dari berbagai sebab.
- d. Fasilitas, mencakup sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk mendukung atau menunjang jalannya pelaksanaan kebijakan. Tanpa adanya fasilitas yang memadai, suatu kebijakan menjadi sulit untuk dijalankan.

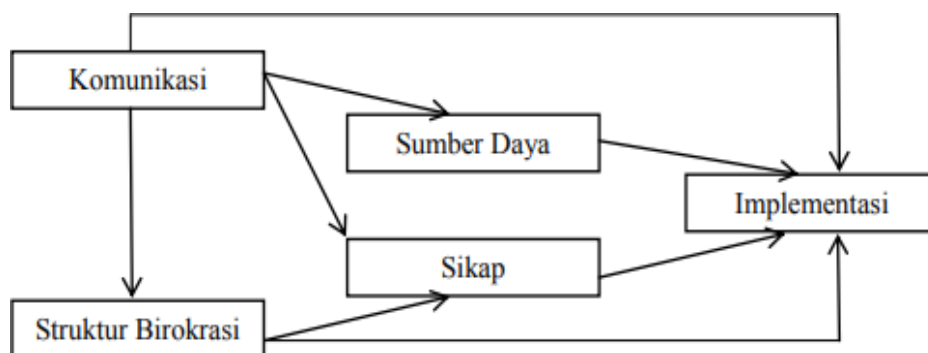
3. Disposisi

Disposisi atau kecenderungan badan pelaksana yang memiliki tanggung jawab dalam implementasi kebijakan. Disposisi meliputi pemahaman yang mendalam mengenai badan pelaksana, tanggapan atau penerimaan pihak pelaksana, neralistas, dan penolakan, serta intensitas tanggapan dari beban pelaksana.

4. Struktur Birokrasi

Birokrasi merupakan pihak yang dapat melakukan negosiasi terhadap kebijakan yang telah ditentukan. Implementasi kebijakan perlu dipelajari tentang struktur birokrasi badan pelaksana, *Standard Operating Procedure (SOP)* yang ada serta fragmentasi yang ada dalam badan pelaksana kebijakan. Dari keempat indikator tersebut memiliki hubungan satu dengan yang lainnya untuk mencapai tujuan dan sasaran kebijakan.

Gambar 1. 1
Model Implementasi menurut George C. Edward III



Sumber : Subarsono, 2005 : 91

● Model implementasi kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn

Menurut Van Meter dan Van Horn dalam AG. Subarsono (2010: 99), terdapat 6 variabel yang mempengaruhi pelaksanaan kebijakan, yakni:

a. Standar dan sasaran kebijakan.

Standar dan sasaran kebijakan memiliki kejelasan dan terukur yang dapat direalisasi, apabila standar serta sasaran kebijakan tidak jelas atau kabur, maka dapat menimbulkan multi interpretasi dan memunculkan pertentangan diantara pihak pelaksana.

b. Sumber daya.

Sumberdaya menjadi bagian yang penting dalam pelaksanaan kebijakan. Implementasi kebijakan harus didukung dengan sumber daya manusia, sumber daya anggaran dan ketersediaan sarana dan prasarana.

c. Hubungan antar Organisasi.

Implementasi kebijakan, memerlukan adanya dukungan dan koordinasi yang terjalin beriringan antar lembaga, sehingga koordinasi dan kerjasama antar instansi bagi keberhasilan kebijakan diperlukan untuk mencapai sebuah tujuan kebijakan.

d. Karakteristik agen pelaksana.

Berkaitan dengan struktur birokrasi, norma , dan pola hubungan yang terbentuk pada lingkungan birokrasi, sehingga dapat mempengaruhi pelaksanaan kebijakan.

- e. Kondisi sosial, politik, dan ekonomi.

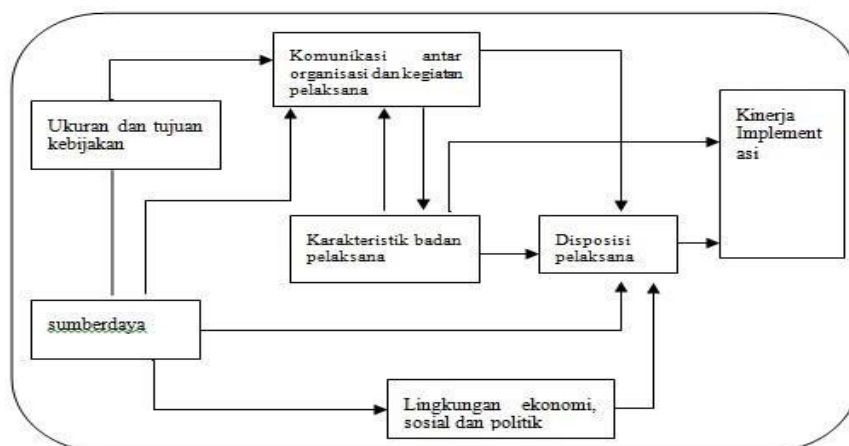
Hal ini berkaitan dengan sumber daya sosial, ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan. Sinergi kelompok kepentingan dalam menyokong implementasi kebijakan, karakteristik pihak pelaksana kebijakan dalam mendukung atau menolak, dan sifat dan opini publik terdapat di lingkungan pada kebijakan tersebut dan lembaga pemerintah mendukung implementasi kebijakan.

- f. Disposisi implementor/ sikap para pelaksana.

Disposisi implementor ini mencakup dua hal yang pertama adalah respon implementor terhadap kebijakan, yang akan mempengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan yang kedua kognisi yakni pemahamannya terhadap kebijakan.

Gambar 1.2

Model Implementasi kebijakan menurut Van Meter Dan Van Horn



Sumber : Van Meter dan Van Horn dalam Subarsono (2013 : 100)

Dapat diketahui bahwa sifat tujuan yang ingin dicapai dan bagaimana tujuan itu dinyatakan memiliki dampak yang signifikan terhadap proses implementasi. Tingkat keberhasilan atau kegagalan dalam mencapai tujuan kebijakan dapat berdampak pada semua tahap lain dari proses kebijakan, menjadikan implementasi sebagai fase penting dalam proses tersebut. Kebijakan mencakup pengukuran pencapaian tujuan kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya, sering dikenal sebagai efektifitas implementasi kebijakan. Riant (2012:707-710) mengemukakan 5 ketepatan yang harus dipenuhi pada pelaksanaan keefektidan implementasi kebijakan, antara lain :

- a. Ketepatan kebijakan, berkaitan dengan kemampuan kebijakan dalam memecahkan masalah yang terjadi, kesesuaian kebijakan dengan kebutuhan masyarakat.
- b. Ketepatan pelaksana, terdapat 3 unsur penting dalam pelaksanaan kebijakan yaitu pemerintah, kerjasama antara pemerintah dengan masyarakat atau swasta, atau implementasi kebijakan yang diswastakan.
- c. Ketepatan target, berkaitan dengan target mengenai tujuan dilaksanakannya suatu kebijakan, kelompok sasaran pada kebijakan yang diimplementasikan, Respo masyarakat terhadap suatu kebijakan.
- d. Ketepatan lingkungan

Implementasi kebijakan mengarah pada 2 lingkungan yang mendukung yaitu lingkungan internal dan eksternal. Lingkungan internal meliputi interaksi antara

lembaga perumus kebijakan dan pelaksana kebijakan dengan lembaga lain yang terkait. Berkaitan dengan lembaga-lembaga pelaksana kebijakan baik dari pemerintah, dinas-dinas dan masyarakat dalam mendukung pelaksanaan kebijakan. Lingkungan eksternal kebijakan yaitu dengan adanya intervensi lembaga terkait, media massa dan respon masyarakat terkait keberjalanan kebijakan yang dilaksanakan.

e. Ketepatan proses

1. *Policy acceptance*. Pemahaman teknis dari aturan suatu kebijakan yang dijalankan yakni aktor birokrat memahami kebijakan sebagai tugas yang harus dilaksanakan.
2. *Policy adoption* yaitu masyarakat memahami secara aturan, prosedur dan regulasi dari kebijakan yang telah dirumuskan.
3. *Strategic readiness*. Masyarakat menerima dan siap menjadi bagian dari implementasi kebijakan.

Penelitian ini menggunakan model implementasi Van Meter dan Van Horn karena berkaitan dengan variabel dari Riant Nugroho yang mengukur keberhasilan implementasi kebijakan melalui 5 indikator ketepatan yaitu ketepatan kebijakan, ketepatan pelaksanaan, ketepatan target, ketepatan lingkungan, dan ketepatan proses. Model implementasi Van Metter Van Horn memiliki indikator untuk menilai faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan baik berupa faktor pendorong maupun faktor penghambat pada implementasi kebijakan

Universal Health Coverage dalam upaya mengatasi masalah kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Kota Semarang.

1.6.7 Kebijakan *Universal Health Coverage*

Universal Health Coverage dicantumkan dalam keputusan menteri Kesatuan Republik Indonesia Nomor HK. 02.02/ menkes/52/2015 tentang “rencana strategis kementerian kesehatan tahun 2015-2019. Pemerintah Kota Semarang bersama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) meluncurkan program *Universal Health Coverage* (UHC) yang usung oleh Walikota Semarang melalui Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 tahun 2017, dengan memuat cakupan pelayanan kesehatan. Kota Semarang adalah kota pertama di Jawa Tengah yang mengadakan program jaminan kesehatan semesta yang mendukung program yang dicanangkan PBB.

Universal Health Coverage merupakan program jaminan kesehatan yang dilaksanakan Pemerintah Kota Semarang yang memiliki visi dan misi memberikan pelayanan preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif kepada masyarakat sehingga masyarakat mendapatkan pelayanan yang memadai tanpa khawatir akan biaya pelayanan dan juga perawatan.

Indonesia mengupayakan dapat mewujudkan *Universal Health Coverage* melalui 3 dimensi UHC yang ditetapkan oleh WHO secara bertahap, yang menjadi inti dari tercapainya UHC adalah pelayanan penduduk yang terjamin dan dapat mencapai kesetaraan, yaitu agar semua penduduk dapat menjangkau fasilitas dan layanan kesehatan sehingga penduduk yang terjangkit penyakit tidak terbebani

karena biaya kesehatan yang harus dikeluarkan untuk berobat, memperluas jaminan kesehatan agar penduduk dapat memperoleh akses fasilitas pelayanan kesehatan dan pengobatan. Langkah berikutnya yakni peningkatan biaya pengobatan yang diberikan yang dapat memperkecil jumlah biaya kesehatan penduduk.

Universal Health Coverage memiliki tujuan bukan hanya dalam pemberian perlindungan pelayanan kesehatan semata, tetapi memberikan perlindungan secara finansial pada masyarakat yang memiliki keterbatasan secara ekonomi (Bump, 2015). Adapun makna dari universal dalam UHC memiliki dua makna yaitu akses untuk mendapatkan pelayanan yang adil dan bermutu serta terhindarnya dari resiko finansial saat tertimpa penyakit. Adil dan bermutu dalam pelayanan UHC tersebut meliputi rawat jalan tingkat pertama, rawat inap tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjutan, pelayanan maternal neonatal, dan hak kelas perawatan rawat inap di FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rawat Tingkat Lanjutan) adalah Kelas III.

1.6.8 Kemiskinan

Berdasarkan Undang-Undang No. 24 Tahun 2004, kemiskinan adalah kondisi sosial ekonomi seseorang atau sekelompok orang yang tidak terpenuhinya hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat. Kebutuhan dasar yang menjadi hak seseorang atau sekelompok orang meliputi kebutuhan pangan, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, air bersih, pertanahan, sumber daya alam, lingkungan hidup, rasa aman dan perlakuan atau ancaman tindak kekerasan, dan hak untuk berpartisipasi dalam penyelenggaraan kehidupan sosial dan politik.

Kemiskinan adalah masalah yang menjadi pembahasan utama bagi negara di dunia, terutama bagi negara berkembang. Kemiskinan merupakan kondisi dimana seseorang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya seperti pemenuhan makanan, pakaian, tempat tinggal, obat-obatan dan hiburan (Hardinandar, 2019) Kemiskinan juga menjadi salah satu indikator yang mengukur kondisi sosial dan ekonomi dalam menilai keberhasilan pembangunan pemerintahan suatu negara (Oktaviana, 2021). Kemiskinan terbagi menjadi 9 dimensi, antara lain:

1. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (pangan, sandang dan papan),
2. Tidak adanya akses terhadap kebutuhan hidup dasar lainnya (kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih, dan transportasi)
3. Tidak adanya jaminan masa depan (karena tidak adanya investasi untuk pendidikan dan keluarga)
4. Kerentanan terhadap guncangan yang bersifat individual maupun massal
5. Rendahnya kualitas sumber daya manusia dan keterbatasan sumberdaya alam
6. Tidak dilibatkan dalam kegiatan sosial masyarakat.
7. Tidak adanya akses terhadap lapangan kerja dan mata pencaharian yang berkesinambungan.

Kemiskinan disebabkan tidak hanya dari satu faktor, seseorang atau suatu keluarga mengalami kondisi kemiskinan karena beberapa faktor yang memiliki keterkaitan satu sama lain seperti tingkat pendidikan yang rendah, tidak memiliki

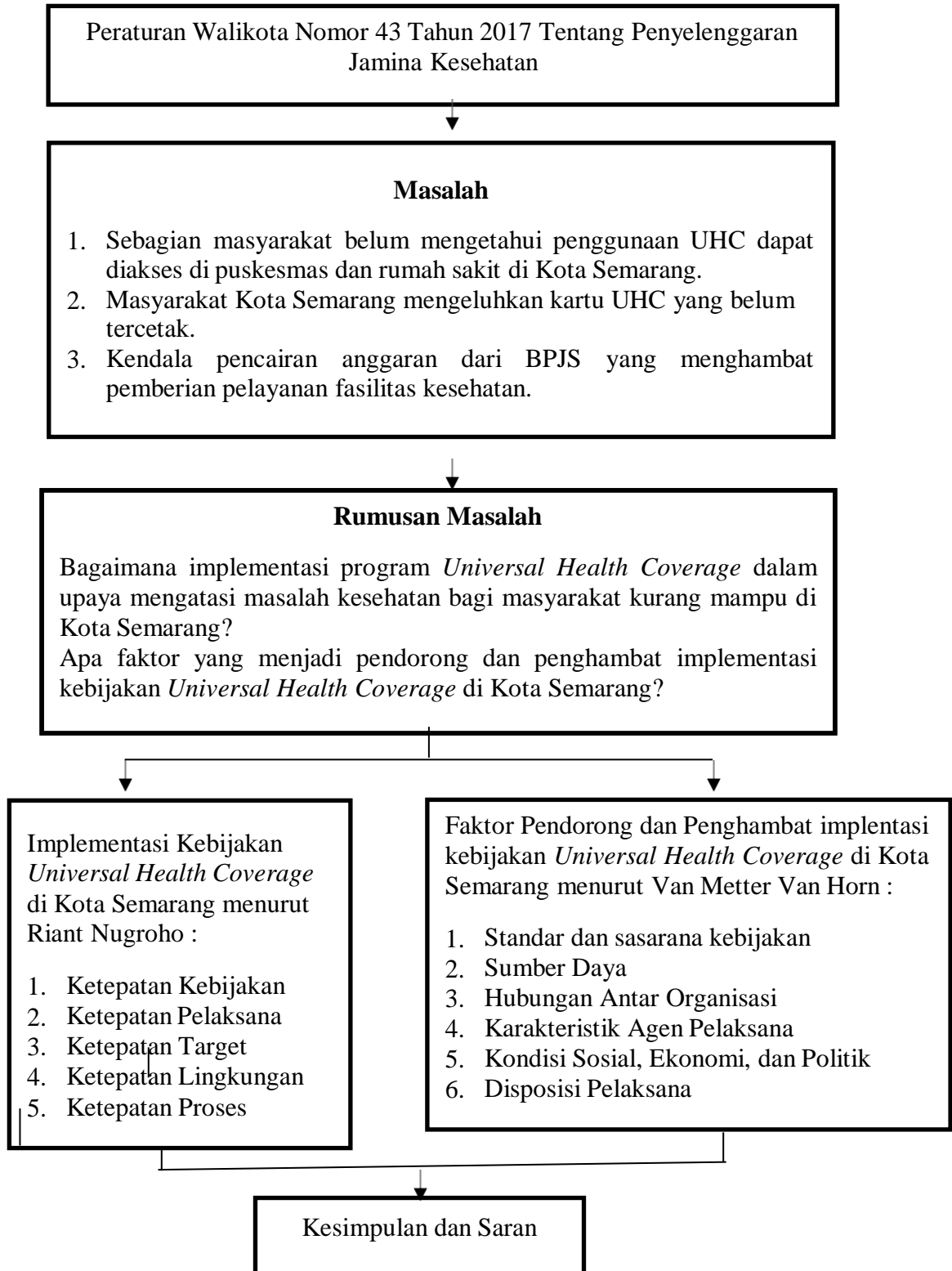
modal yang cukup untuk mendirikan suatu usaha, akibat dari pemutusan hubungan kerja (PHK), sempitnya lapangan pekerjaan dan kurangnya keterampilan, tidak mempunyai jaminan sosial (pensiun, kematian, dan kesehatan), seseorang atau keluarga hidup di wilayah yang memiliki sumber daya yang terbatas dan akses yang sulit dijangkau untuk pendistribusian suatu sumber daya. Kemiskinan juga dapat diakibatkan oleh 3 faktor yaitu

1. Faktor individual yang berkaitan dengan kondisi fisik dan mental seseorang yang mengalami kemiskinan, biasanya seseorang mengalami kemalasan untuk bekerja keras walaupun kondisi fisiknya normal, penderita mengalami kecacatan dan memiliki optimisme yang rendah.
2. Faktor kultural yang berkaitan dengan kondisi seseorang tinggal di suatu wilayah yang dapat memicu kemiskinan contohnya diskriminasi terhadap budaya, usia dan bahkan gender yang menyebabkan seseorang menjadi miskin.
3. Faktor struktural yang berkaitan dengan suatu sistem atau struktur yang tidak adil sehingga pemerataan penghasilan tidak dirasakan oleh seluruh masyarakat yang memicu kemiskinan.

1.6.9 Kerangka Pikir Penelitian

Kerangka pikir penelitian dapat digambarkan pada gambar 1.3

Gambar 1.3 Kerangka Pikir Penelitian



1.7 Fenomena Penelitian

Para ahli menjelaskan pendapatnya berkaitan dengan proses kebijakan publik melalui melalui berbagai tahapan. Setiap pendapat menjelaskan bahwa kebijakan publik meliputi perumusan masalah (formulasi), implementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan. Implementasi merupakan tahap yang penting dalam kebijakan publik. Penelitian ini untuk meneliti dan mengetahui hal yang berkaitan dengan implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* untuk mengatasi masalah kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Kota Semarang. Variabel yang menjadi fenomena penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 1.7
Fenomena Penelitian

No.	Fenomena	Gejala yang diamati	Item
1.	Implementasi kebijakan <i>Universal Health Coverage</i> di Kota Semarang	Ketepatan Kebijakan	Kebijakan yang ada dapat menyelesaikan permasalahan yang akan dipecahkan dan kejelasan isi kebijakan sesuai dengan permasalahan di masyarakat. 1. Kebijakan UHC di Kota Semarang dalam memecahkan masalah. 2. Kesesuaian Kebijakan UHC dengan kebutuhan masyarakat.
		Ketepatan Pelaksana	Aktor pelaksana kebijakan yang berperan penting dalam pelaksanaan kebijakan yaitu pemerintah, swasta, dan masyarakat.
		Ketepatan Target	Ketepatan target meliputi : 1. Tujuan Kebijakan UHC di Kota Semarang 2. Kelompok Sasaran Kebijakan UHC di Kota Semarang. 3. Respon masyarakat terhadap kebijakan UHC di Kota Semarang.

No.	Fenomena	Gejala yang diamati	Item
		Ketepatan Lingkungan	Adanya interaksi lingkungan internal dan eksternal 1. Lingkungan Internal, nteraksi antara Pemerintah Kota Semarang dengan pihak pelaksana UHC di Kota Semarang 2. Lingkungan eksternal, interpretasi peran media massa dan masyarakat.
		Ketepatan Proses	Kesiapan pihak pelaksana kebijakan dan masyarakat dalam memahami, menerima dan kesiapan menjadi bagian dari kebijakan. 1. Pemahaman pihak pelaksana terhadap kewenangan dan regulasi UHC 2. Pemahaman dan kesiapan masyarakat terhadap kebijakan UHC di Kota Semarang.
2.	Faktor-Faktor yang mempengaruhi implementasi Kebijakan <i>Universal Health Coverage</i> dalam upaya mengatasi masalah kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Kota Semarang	Standar dan Sasaran Kebijakan	Kejelasan kinerja kebijakan. 1. Pedoman Kebijakan <i>Universal Health Coverage</i> 2. Tujuan atau sasaran kebijakan UHC di Kota Semarang.
		Sumber Daya	Ketersediaan sumber daya. 1. Sumber Daya Manusia 2. Sumber anggaran 3. Sarana dan prasarana.
		Hubungan Antar Organisasi	Komunikasi dan koordinasi antar lembaga pelaksana kebijakan UHC di Kota Semarang. Hubungan organisasi yang baik akan mendukung keselarasan dan mempermudah proses pencapaian tujuan kebijakan.
		Karakteristik Agen pelaksana	Karakteristik, norma, dan pola hubungan. 1. Norma, pola hubungan, dan struktur birokrasi pelaksana 2. Inovasi pihak pelaksana kebijakan UHC di Kota Semarang.

No.	Fenomena	Gejala yang diamati	Item
		Kondisi Sosial, Ekonomi dan Politik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi sosial masyarakat yang mempengaruhi terlaksananya program UHC di Kota Semarang 2. Kondisi ekonomi di sekitar wilayah pelaksanaan kebijakan UHC di Kota Semarang. 3. Lingkungan politik yang demokratis, transparan dan loyal terhadap pelayanan program UHC di Kota Semarang.
		Disposisi Pelaksana	Sikap atau respon pelaksana dalam menghadapi tantangan dan permasalahan yang terjadi dalam pelaksanaan kebijakan UHC di Kota Semarang. Disposisi pelaksana memuat tentang komitmen, etos kerja, sikap, komitmen dan intensitas yang dimiliki oleh pihak pelaksana kebijakan dan seluruh komponen yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan UHC di Kota Semarang.

Sumber : Analisis Peneliti

1.8 Metode Penelitian

1.8.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan deskriptif kualitatif adalah pendekatan penelitian yang berdasarkan fenomena dan paradigma konstruktivisme dalam mengembangkan ilmu pengetahuan. Terdapat sebelas karakteristik pendekatan kualitatif, yaitu menggunakan latar alamiah, menggunakan manusia sebagai komponen utama, menggunakan wawancara atau studi dokumen untuk mencari data, menganalisis data secara induktif, menyusun teori dari bawah ke atas, menganalisis data secara deskriptif, lebih memfokuskan pada proses daripada hasil, mengkotakkan masalah penelitian berdasarkan fokus, menetapkan kriteria

tersendiri untuk memvalidasi data, menggunakan desain sementara sehingga disesuaikan dengan kebenaran di lapangan, dan hasilnya dirumuskan dan disepakati bersama, hal tersebut dikemukakan Moleong (2010).

Pendekatan kualitatif dipilih karena permasalahan yang diteliti cukup kompleks dan dinamis serta runtutan kegiatan dapat berubah sewaktu-waktu yang kondisional dan gejala yang ditemukan, sehingga data yang didapatkan melalui narasumber perlu disaring dengan metode yang ilmiah seperti wawancara.

Penelitian ini menggunakan tipe penelitian deskriptif kualitatif yang bertujuan untuk menyajikan gambaran mengenai implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* dalam upaya mengatasi masalah kesehatan masyarakat kurang mampu di Kota Semarang. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang menyajikan penjelasan dan memahami bagaimana pemerintah sebagai implementor dengan unit kesehatan di Kota Semarang dalam upaya menyediakan pelayanan jaminan kesehatan. Serta untuk menjelaskan dan memberikan pemahaman bagaimana tanggapan dan manfaat yang dirasakan masyarakat dengan adanya kebijakan tersebut.

1.8.2 Situs Penelitian

Situs penelitian berkaitan dengan lokus atau wilayah yang ingin dilaksanakan proses penelitian adalah di wilayah Kota Semarang dengan melakukan penelitian pada Dinas Kesehatan Kota Semarang, Dinas Sosial Kota Semarang, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Semarang, BPJS Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Pandanaran Kota Semarang.

1.8.3 Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah individu atau kelompok yang diharapkan penulis dapat menceritakan apa yang mereka ketahui tentang sesuatu yang berkaitan dengan fenomena atau kasus yang diteliti yang biasa disebut dengan informan. Teknik penentuan informan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive* untuk mendapatkan *key* informan dan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* sehingga teknik penentuan informan dilakukan dengan suatu pertimbangan tertentu dimana informan-informan yang peneliti tentukan merupakan orang-orang yang paham betul mengenai pelaksanaan kebijakan *Universal Health Coverage* di Kota Semarang.

Terdapat beberapa subjek penelitian terkait implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* untuk mengatasi masalah kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Kota Semarang yaitu :

1. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang.
2. Petugas Loker Pelayanan UHC Dinas Kesehatan Kota Semarang.
3. Kepala Bidang Perluasan Peserta dan Pemeriksaan Kepatuhan BPJS Kesehatan Kota Semarang.
4. Kepala Bidang Administrasi dan Tata Usaha Puskesmas Pandanaran)
5. Kepala Bidang Penanganan Fakir Miskin Sosial Dinas Sosial Kota Semarang
6. Kepala Bidang Pengelolaan Informasi dan Administrasi Kependudukan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Semarang.
7. Masyarakat pengguna UHC di Kota Semarang.

1.8.4 Jenis Data

Penelitian ini peneliti menggunakan jenis data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh dari narasumber di lapangan. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama baik dari individu atau perseorangan seperti hasil dari wawancara bebas terpimpin yang biasa dilakukan oleh peneliti. Data dibagi menjadi :

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari sumbernya, informan atau responden. Data primer bersifat pokok dalam penelitian. Data primer dalam penelitian ini adalah berupa observasi dan hasil wawancara langsung dengan informan yang mengetahui mengenai implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* di Kota Semarang, seperti Dinas Kesehatan Kota Semarang, Dinas Sosial Kota Semarang, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Semarang, BPJS Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Pandanaran Kota Semarang, dan masyarakat pengguna UHC di Kota Semarang.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung dari informan atau responden dan dari instansi berupa tabel maupun grafik. Data sekunder bersifat sebagai data pendukung pada penelitian. Data sekunder dapat diperoleh dari penelitian orang lain yang sejenis, artikel di internet, referensi buku, data yang berkaitan, jurnal dan laporan-laporan mengenai topik yang berkaitan dengan penelitian serta website resmi dari badan atau LSM terkait.

1.8.5 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data menggunakan wawancara langsung bersama informan. Wawancara dilaksanakan dengan menggunakan teknik wawancara semi- terstruktur, yaitu jenis wawancara tergolong dalam kategori in-depth interview (wawancara mendalam), pelaksanaannya lebih bebas jika dikompakrasikan dengan wawancara terstruktur. wawancara ini bertujuan untuk menggali permasalahan dengan terbuka, yang mana pihak yang diwawancara dianjurkan mengemukakan pendapat, dan ide-idenya.

a. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data untuk memperoleh keterangan lisan melalui tanya jawab dan bertatap muka dengan orang yang dapat menjelaskan keterangan pada peneliti. Penelitian ini menggunakan teknik wawancara yang untuk mengumpulkan informasi lebih dalam terkait bagaimana implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* dalam upaya mengatasi masalah kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Kota Semarang. Wawancara tersebut akan dilakukan pada Dinas Kesehatan Kota Semarang, BPJS Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Pandanaran dan masyarakat pengguna jaminan kesehatan UHC di Kota Semarang.

b. Studi Kepustakaan

Tujuan studi kepustakaan adalah untuk menganalisis dengan kritis bagian dari kumpulan informasi yang diterbitkan melalui ringkasan, klasifikasi, serta komparasi studi penelitian sebelumnya, tinjauan literatur, serta artikel teoritis. Studi

pustaka digunakan dengan mengidentifikasi, mengkaji serta mengumpulkan teori serta pendapat terkait dengan fenomena pada penelitian ini bersumber dari dari buku, regulasi baik undang-undang maupun aturan lainnya, jurnal atau artikel, serta sumber pustaka lain yang memiliki hubungan dengan penelitian penulisan terkait dengan implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* dalam upaya mengatasi masalah kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Kota Semarang.

c. Dokumentasi

Dokumentasi atau bentuk visualisasi digunakan guna memperkuat keabsahan data serta validasi data dengan integritas yang tinggi. Penelitian ini menggunakan dokumentasi sebagai bukti keabsahan data dengan mengabadikan bukti-bukti yang mendukung data maupun bentuk fisik dari implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* di Kota Semarang.

1.8.6 Analisis dan Interpretasi Data

Analisis data menurut Sugiyono (2008:244) adalah proses mencari secara sistematis data dan menyusun informasi yang diperoleh dari wawancara, catatan lapangan, dan sumber lain sehingga dapat dipahami dengan jelas dan, tentu saja, dikomunikasikan kepada orang lain. (Pratiwi, 2017). Prosedur penelitian mencakup langkah yang sangat penting yang disebut analisis data. Dalam penelitian kualitatif, analisis data dilakukan selama dan setelah tahap pengumpulan data selesai. Selain itu, menurut pendekatan analisis Miles dan Huberman dalam Sugiyono (Wanto, 2018) ada tiga tindakan simultan terjadi selama analisis data, sebagai berikut :

- a. *Data Reduction* atau reduksi data ialah proses memilih, berkonsentrasi pada penyederhanaan, mengabstraksikan, dan mengubah data kasar yang muncul dari catatan tertulis yang berhubungan dengan kerja lapangan. Proses analisis data dimulai pada langkah ini.
- b. *Data Display* atau penyajian data, yaitu kumpulan data terstruktur yang memungkinkan pengguna membuat keputusan dan mengambil tindakan. Penyajiannya berupa sinopsis dan analisis tentang bagaimana teori-teori tersebut berhubungan.
- c. *Conclusion Drawing / Verification* atau menarik kesimpulan adalah kegiatan menemukan makna yang melibatkan mengidentifikasi keturunan, pola, pembenaran, pengaturan potensial, rantai kausal, dan proposisi. Kesimpulannya adalah pernyataan bahwa ada masalah dengan penelitian ini.

1.8.7 Kualitas Data

Sugiyono (2012:267) mengemukakan bahwa penilaian keaslian data dalam kegiatan penelitian lebih fokus kepada kebenaran di lapangan dan reliabilitas. Namun terdapat salah satu teknik untuk menguji keabsahan data yakni melalui teknik triangulasi. Menurut Sugiyono (2012:274) menjelaskan 3 macam teknik triangulasi yang meliputi triangulasi sumber, teknis dan waktu

1. Triangulasi sumber adalah teknik yang digunakan untuk mengecek keabsahan data melalui sumber lain yang telah memperoleh data sebelumnya.

2. Triangulasi teknis yakni pengujian keabsahan data dengan melakukan pengecekan data terhadap sumber yang sama dengan metode/ teknis yang tidak sama. Misalnya mengecek data hasil dengan observasi, wawancara dokumentasi.
3. Triangulasi waktu, adalah menguji kebenaran data yang diperoleh dalam waktu yang tidak sama. Misalnya menguji data dari narasumber yang sama dalam waktu yang berbeda.

Penelitian ini digunakan teknik pemeriksaan keabsahan data berdasarkan teknik triangulasi dengan sumber, yang berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Hal ini dapat dicapai dengan jalan yang menurut Moleong (2010:330-331) sebagai berikut:

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara.
- b. Membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi.
- c. Membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.
- d. Membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang yang berpendidikan menengah/tinggi, orang berada, dan orang pemerintahan.
- e. Membandingkan hasil wawancara orang yang satu dengan orang yang lainnya atau dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.