

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Hasil judicial review terhadap Undang-Undang (UU) No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mensyaratkan bahwa setiap daerah di Indonesia berhak mengembangkan suatu sistem jaminan sosial. Dalam perkembangannya hingga saat ini cukup banyak daerah provinsi dan kabupaten/ kota yang mengembangkan Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah), mulai yang sekedar hanya berupa hibah atau bantuan sosial, sampai pada yang sudah dikelola secara professional oleh badan penyelenggara jaminan sosial daerah.

Munculnya otonomi daerah memiliki pengaruh terhadap kegiatan penyelenggaraan pemerintahan. Melalui UU No 22 Tahun 1999 yang kemudian direvisi kedalam UU No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan kemudian dijabarkan dalam Peraturan Pemerintah No 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota telah mengatur pembagian kewenangan antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota. Salah satu kewenangan tersebut adalah kewenangan atas penyelenggaraan kesehatan. Melalui regulasi tersebut pemerintah daerah diberikan kewenangan terhadap penyelenggaraan urusan kesehatan di wilayahnya. Keberhasilan pemerintah daerah dalam menyelenggarakan urusan kesehatan salah satunya ditentukan oleh kebijakan pemerintah daerah dalam urusan kebijakan kesehatan tersebut. Pemerintah daerah yang mampu melahirkan kebijakan yang baik memiliki hubungan terhadap keberhasilan penyelenggaraan urusan kesehatan.

Melalui desentralisasi, daerah diberikan wewenang untuk menentukan sendiri prioritas pembangunan kesehatan daerahnya sesuai kemampuan, kondisi dan kebutuhan setempat. Dengan demikian daerah diharapkan mampu melakukan

perencanaan kesehatan dengan baik. Hal inilah yang terjadi di Kota Semarang. Pemerintah Kota Semarang menginisiasi sebuah program yang diberikan sebagai bentuk jaminan kesehatan bagi warga masyarakatnya, dengan tujuan agar warga masyarakat khususnya di Kota Semarang bisa mendapatkan layanan berobat gratis. Apalagi dengan ditandatanganinya peraturan Walikota Nomor 43 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Program Universal Health Coverage (UHC) resmi diluncurkan Walikota Semarang Hendrar Prihadi, di RSUD KRMT Wongsonegoro, 25 oktober 2017. UHC (Universal Health Coverage) atau jaminan kesehatan untuk warga merupakan program Pemkot Semarang bekerja sama dengan BPJS (Badan Jaminan Sosial) Kesehatan. Program ini adalah sistem pelayanan jaminan kesehatan bagi warga Kota Semarang secara menyeluruh di mana biaya sepenuhnya ditanggung oleh Pemerintah Kota Semarang. Berkaitan dengan biaya kesehatan untuk warga itu, sudah dialokasikan dalam anggaran APBD Kota Semarang. Dalam pembiayaannya, lanjutnya, Pemkot Semarang menganggarkan dana melalui APBD 2017 sebesar Rp75 miliar.

Menurut Carl Friedrich yang dikutip dalam Wahab mengatakan bahwa: “kebijakan adalah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang untuk mencapai tujuan yang diinginkan” (Wahab, 2001:10). Kebijakan Program UHC (Universal Health Coverage) yang diinisiasi oleh Pemerintah Kota Semarang memiliki tujuan agar semua warga Kota Semarang tidak perlu khawatir untuk mendapatkajn akses pengobatan dengan alasan tidak memiliki biaya, tidak mengikuti kepesertaan jaminan kesehatan, menunggak bayar iuran BPJS maupun sebagainya karena melalui program ini Pemerintah Kota Semarang telah mensubsidi melalui dana APBD untuk menyukseskan program ini. Meskipun terbilang masih baru program ini berjalan, banyak warga berbondong- bondong tertarik mengenai program jaminan kesehatan ini dan mendaftarkan diri melalui PUSKESMAS (Pusat Kesehatan Masyarakat)

terdekat, Berdasarkan data yang dihimpun oleh BPJS Kesehatan kantor Cabang Semarang sampai 30 September 2017 jumlah penduduk Semarang yang telah terdaftar sebagai Peserta JKN – KIS sebanyak 1.472.500 Peserta dari jumlah total penduduk Kota Semarang sebanyak 1.648.279 jiwa atau 95 % penduduk Semarang terdaftar sebagai Peserta JKN-KIS dan data terbaru mengenai jumlah kepesertaan program UHC seperti yang dikutip melalui [TribunJateng.com](http://TribunJateng.com) bahwa Kepala Seksi Jaminan Kesehatan dan Kemitraan Dinas Kesehatan Kota Semarang, Yuniar Estiningsih mengatakan, saat ini sudah 91 persen penduduk Kota Semarang yang mengikuti program UHC sejak diluncurkan pada 2017 sehingga jumlah peserta UHC yang tercatat sudah mencapai 231 ribu keluarga. ([TribunJateng.com](http://TribunJateng.com))

Bedasarkan kutipan diatas mengenai semakin bertambahnya jumlah peserta yang telah mendaftar pada Program UHC tidak terlepas dengan adanya penyebaran informasi atau sosialisasi. Sosialisasi merupakan aspek yang sangat penting dalam seluruh proses kebijakan karena kebijakan yang telah di buat akan bermanfaat bila di sosialisasikan. Menurut Harton dan hunt (1987 1989) dalam (Yunipujira,2015) sosialisasi kebijakan pada prinsipnya adalah “cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya”. Suatu program kebijakan harus di sosialisasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang di inginkan. sosialisasi di pandang sebagai proses interaksi antara satu perangkat tujuan dan tindakan yang mampu untuk mencapai tujuan kebijakan dimana didalam sosialisasi kebijakan aktor, organisasi, prosedur, dan teknik di pakai secara bersama. Terlepasnya dari berbagai permasalahan seputar sosialisasi kebijakan, pada hakekatnya sosialisasi kebijakan ini harus dilakukan dalam konteks organisasi yang menyeluruh dengan tujuan dan target yang jelas, prioritas yang jelas sumber daya pendukung yang jelas pula. Sedangkan menurut Vembriarto (2004:106) dalam (Yunipujira,2015) sosialisasi kebijakan adalah “proses akomodasi dimana individu menahan, mengubah implus- implus dalam dirinya, dan mengambil cara hidup atau kebudayaan masyarakatnya.

Sehingga ini menyimpulkan adanya sosialisasi dan informasi mengenai program UHC ini sangat berdampak untuk menarik minat warga Kota Semarang . Namun seiring berjalannya waktu pelaksanaan program ini terdapat adanya keluhan dari masyarakat salah satunya melansir portal berita dengan judul Warga Keluhkan Kartu UHC Belum tercetak. Sebagaimana termuat dalam portal berita TribunJateng.com (Rabu, 28 Februari 2018). Ada calon penerima kartu UHC yang bernama Rani Iva Fadila, warga Kebonharjo, Kelurahan Tanjungmas, Semarang Utara. Ia sengaja datang lebih awal di loket pendaftaran jaminan UHC di Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Semarang untuk menanyakan kartu UHC yang belum jadi. Padahal sudah dua bulan lamanya mendaftar, namun sampai beberapa bulan berikutnya menunggu tanpa kepastian justru didapati bahwa kartunya belum jadi. Apalagi saat ditanyakan di Puskesmas Kebonharjo, namanya justru tidak ada dalam daftar penerima kartu UHC. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kejelasan informasi mengenai pendaftaran peserta masih terjadi miss communication. Padahal dalam upaya mensosialisasikan sebuah kebijakan itu juga bagian dari pelaksanaan kebijakan bahkan hingga proses pengimplementasiannya. (TribunJateng.com)

Hal-hal seperti ini telah memotivasi peneliti untuk menelaah dan mengkaji secara mendalam mengenai Evaluasi dan Implementasi Kebijakan Tatakelola Program UHC (*Universal Health Coverage*) Kota Semarang, serta bagaimana tahapan integrasinya pada sistem jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial- Kesehatan). Apalagi peran pemerintah sebagai pemberi layanan jaminan ini seharusnya bisa bekerja secara jelas dalam sosialisasi dan penginformasian secara berkala karena dengan dimunculkannya program baru pastinya sudah melalui persiapan yang matang sehingga meminimalisir permasalahan yang membuat masyarakat resah atau mengeluh mengenai ketidakpastian informasi dalam hal ini pencetakan kartu UHC bahkan mengenai teknis penggunaan UHC untuk berobat. Meskipun proses dan persyaratan diklaim sangat mudah namun belum tentu pemerintah dalam hal ini instansi terkait bisa memberikan informasi dan

kepastian secara terus menerus agar dalam pelaksanaannya tidak terjadi munculnya keluhan dari masyarakat.

### **1.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana proses implementasi kebijakan Program UHC (*Universal Health Coverage*) oleh Pemerintah Kota Semarang dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Semarang ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Untuk mendeskripsikan dan menjelaskan proses pemberian dan penerimaan sosialisasi kebijakan Program UHC (*Universal Health Coverage*) dari Pemerintah Kota Semarang dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Kota Semarang kepada masyarakat Kota Semarang serta Bagaimana pelaksanaan kebijakan Program UHC (*Universal Health Coverage*) oleh Pemerintah Kota Semarang dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Semarang bersama BPJS Kesehatan di Kota Semarang.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat mencapai tujuan seperti yang ditukiskan di atas dan dapat memberi kontribusi berupa:

#### **1.4.1 Manfaat Akademis**

1. Hasil penelitian ini diharapkan ikut memberi sumbangsih dalam ilmu pengetahuan mengenai implementasi kebijakan dalam hal ini program sistem jaminan kesehatan.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi guna mempelajari tentang penerapan sebuah proses kebijakan.
3. Menjadi refrensi bagi peneliti lain yang memiliki permasalahan yang serupa.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi Pemerintah Kota Semarang, dapat digunakan sebagai masukan dalam rangka mengembangkan strategi komunikasi yang efektif dalam menyosialisasikan Program UHC (*Universal Health Coverage*) serta proses implementasi di lapangan.

2. Bagi Masyarakat, Hasil penelitian ini di harapkan dapat ikut menginformasikan bahwa masyarakat Kota Semarang bisa ikut berpartisipasi untuk menyukseskan program jaminan sosial nasional dengan ikut menjadi peserta program UHC (*Universal Health Coverage*) agar program ini bisa berjalan sesuai tujuan pemerintah.
3. Bagi Peneliti, Penelitian ini di gunakan sebagai pembanding dengan teori evaluasi dan implementasi kebijakan yang telah ada yang disesuaikan dengan fenomena kebijakan UHC (*Universal Health Coverage*) di Kota Semarang

### **1.5 Tinjauan Literatur**

Penelitian terdahulu menjadi salah satu acuan penulis dalam melakukan penelitian sehingga penulis dapat mengembangkan beberapa teori yang digunakan dalam mengkaji penelitian yang dilakukan. Berdasarkan pengamatan kepustakaan dalam kajian “Evaluasi Proses Implementasi Kebijakan UHC (*Universal Health Coverage*) di Kota Semarang” belum ada yang mengkaji. Akan tetapi sudah ada penelitian yang relevan dengan yang penulis teliti, hanya saja obyek yang dikaji berbeda. Penulis mengangkat beberapa penelitian sebagai referensi dalam memperkaya bahan kajian pada penelitian penulis, antara lain:

1. Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan Kota Semarang – Eko Wahyu Basuki Penelitian ini membahas mengenai pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS di Kota Semarang belum terealisasi secara optimal. Karena masih ditemukan berbagai kendala seperti kurangnya kesadaran dari masyarakat tentang pentingnya jaminan sosial, kemudian peserta JKN pun juga belum paham mengenai sistem rujukan bejenjang dan prosedur pelayanan JKN disaat regulasi pun yang terus mengalami perubahan.
2. Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasiobal (JKN) di Kota Pekanbaru Tahun Anggaran 2014-2015– Gustian Putradi Penelitian ini menjelaskan bahwa secara garis besar prose implementasi program JKN di Kota Pekanbaru

sudah berjalan dengan baik, namun ada sedikit catatan dalam perbaikan hal pembayaran iuran per bulan oleh peserta JKN karena dalam kenyataannya masih kurang disiplin membayar. Untuk aspek konsekuensi program, pihak rumah sakit telah berhasil mensukseskan dan membantu menjalankan program ini sehingga untuk aspek efektifitas rata-rata masyarakat peserta JKN sudah merasa puas dan terbantu dengan adanya program JKN oleh pemerintah.

3. Evaluasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Semarang Tahun 2014-2015 – Destya Kusuma Dewi Penelitian ini menjelaskan bahwa Kebijakan JAMKESDA telah membantu masyarakat miskin dalam memperoleh bantuan pembiayaan pelayanan kesehatan. Adanya bantuan ini sangat membantu masyarakat yang memiliki ekonomi rendah, namun seiring makin bertambahnya harga kebutuhan untuk menunjang kesehatan selalu naik pada setiap tahunnya perlu adanya peningkatan jumlah anggaran agar kebutuhan kesehatan seluruh masyarakat miskin dapat tercover.
4. Evaluasi Implementasi Program Jaminan Pelayanan Kesehatan JAMKESDA Kabupaten Jepara 2012-2014- Nanda Galih Febriyan Penelitian ini menjelaskan bahwa Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah bagi masyarakat miskin yang dikoordinasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara yang bekerjasama dengan semua pihak-pihak pelayanan kesehatan telah berjalan cukup baik dalam memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin, sehingga tujuan untuk mensejahterkan masyarakat melalui kesehatan dapat tercapai. Hambatan yang terjadi dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah masyarakat belum memahami benar akan keberadaan program jaminan kesehatan ini, sering terjadi salah sasaran dalam pemberian program sehingga sasaran belum tepat pada pihak yang betul-betul membutuhkan, upaya dalam menangani permasalahan ini adalah dengan melibatkan semua pihak terkait dari hulu hingga hilir sehingga masyarakat pengguna adalah benar-benar masyarakat miskin yang membutuhkan.

## 1.6 Kerangka Pemikiran Teoritis

### 1.6.1 Evaluasi

Istilah Evaluasi memiliki arti yang berhubungan, masing-masing merujuk pada aplikasi beberapa skala nilai terhadap hasil kebijakan dan program. Secara umum istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*) dan penilaian (*assessment*), kata-kata yang menyatakan usaha untuk menganalisis hasil kebijakan dalam arti satuan nilainya. Dalam arti yang lebih spesifik, evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan. Ketika hasil kebijakan pada kenyataannya mempunyai nilai, hal ini karena hasil tersebut memberi sumbangan pada tujuan atau sasaran. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa kebijakan atau program telah mencapai tingkat kinerja yang bermakna, yang berarti bahwa masalah-masalah kebijakan dibuat jelas atau di atasi. (William Dunn, 1998:608).

Evaluasi Program, Evaluasi program adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan dengan sengaja untuk melihat tingkat keberhasilan program. Melakukan evaluasi program adalah kegiatan yang dimaksudkan untuk mengetahui seberapa tinggi tingkat keberhasilan dan kegiatan yang direncanakan (Suharsimi Arikunto, 1993:297)

Menurut Endang Mulyatiningsih (2011: 114-115), evaluasi program dilakukan untuk tujuan:

1. Menunjukkan sumbangan program terhadap pencapaian tujuan organisasi. Hasil evaluasi ini penting untuk mengembangkan program yang sama ditempat lain.
2. Mengambil keputusan tentang keberlanjutan sebuah program, apakah program perlu diteruskan, diperbaiki, atau dihentikan.

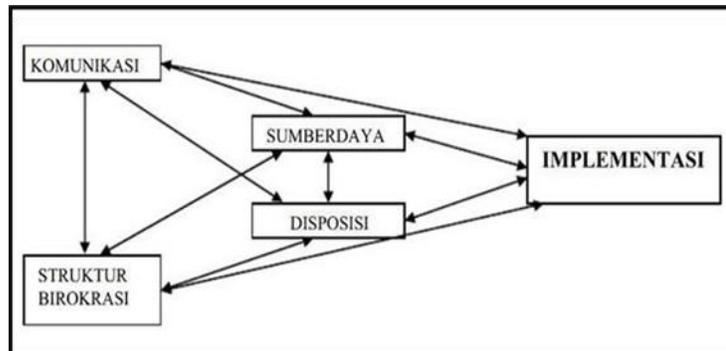
Oleh karena itu dalam evaluasi program, pelaksana akan berfikir dan menentukan bagaimana langkah melaksanakan penelitian.

#### 1.6.2 Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi Kebijakan Publik adalah salah satu kegiatan didalam proses kenijakan publik yang menentukan apakah sebuah kebijakan itu berkaitan erat dengan kepentingan publik dan kemudian bisa diterima oleh publik. Yang menjadi fokus peneliti adalah melihat bagaimana tingkat kepatuhan (*compliance*) dalam sebuah implementasi proses kebijakan, karena dengan melihat kepatuhan bisa menilai bagaimana sebuah kebijakan bisa di evaluasi dengan kesimpulan gagal atau berhasil. Kepatuhan (*compliance*) disini juga melihat apakah yang diperintahkan sudah sesuai dengan apa yang telah dilakukan, atau justru terjadi ketidakcocokan. Untuk melihat bagaimana implementasi proses kebijakan dijalankan terkait kepatuhan (*compliance*), maka peneliti mencoba melihat variabel-variabel yang bisa menjadi fokus dengan menggunakan model implementasi Geoge C. Edwards III yang melihat empat faktor sebagai pertimbangan melihat bagaimana implementasi kebijakan dijalankan, dan dengan metode ini juga dapat menjawab bagaimana variabel kepatuhan (*compliance*) atau faktor didalam proses implementasi kebijakan.

George C. Edwards III dalam Leo Agustino (2006:150) menawarkan dan mempertimbangkan empat faktor dalam mengimplementasikan kebijakan publik, yakni : Communication, Resources, Dispotition or Attitudes, and bureaucratic Structure” menjelaskan empat faktor dimaksud yakni:

Gambar Pendekatan Implementasi



1. Komunikasi; merupakan proses penyaluran informasi dari para pembuat kebijakan kepada para pelaksana sehingga mereka mengetahui apa yang harus dikerjakan. Agar komunikasi menjadi efektif maka harus dipilih orang-orang yang tepat untuk menyampaikan dan menerima informasi agar informasi itu akurat.
2. Sumber-sumber daya (*resources*); dalam hal ini sumber daya yang dimaksud adalah jumlah dan kemampuan para staf, kekuasaan dan wewenang serta fasilitas-fasilitas yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kepada publik.
3. Sikap-sikap (*disposisi*); sikap dari pelaksana program akan sangat berpengaruh di dalam pelaksanaan program. Sikap pelaksana yang positif terhadap suatu program atau kebijakan akan memungkinkan pelaksanaan dengan sukarela sesuai aturan.
4. Struktur; dua karakteristik birokrasi adalah SOPs (*Standart Operating Procedures*) dapat mempengaruhi implementasi, yaitu mempengaruhi perubahan-perubahan dalam kebijakan. Hal yang bisa terjadi adalah pemborosan sumber daya, peningkatan tindakan-tindakan yang tidak diinginkan, menghambat koordinasi dan membingungkan para pelaksana di tingkat bawah.

Keempat faktor implementasi tersebut dipandang krusial oleh setiap implementor dalam menjalankan kebijakan publik. Keempat faktor tersebut saling berinteraksi satu sama lain, artinya tidak adanya satu faktor, maka tiga faktor lainnya akan terpengaruh dan berdampak pada lemahnya implementasi kebijakan publik.

Jika melihat apa yang terjadi saat ini, keberhasilan program-program pembangunan di bidang kesehatan memiliki kaitan yang sangat erat dengan keterlibatan berbagai elemen sosial di masyarakat seperti adanya modal sosial yang sudah berkembang sejak lama. Modal sosial yang salah satunya dimanifestasikan dengan terjadinya interaksi yang tinggi di masyarakat terbukti dapat memberikan dampak positif terhadap kemandirian masyarakat (Bhuiyan, 2004). Fukuyama (2002) mendefinisikan modal sosial sebagai serangkaian nilai-nilai atau norma suatu kelompok masyarakat yang memungkinkan terjadinya kerjasama di antara mereka. Fujiwara dan Kawachi (2008) dalam Field (2010) menjelaskan bahwa modal sosial sebagai sumber-sumber daya yang diakses oleh individu-individu dan kelompok-kelompok dalam sebuah struktur sosial yang memudahkan kerjasama, tindakan kolektif dan terpeliharanya norma-norma.

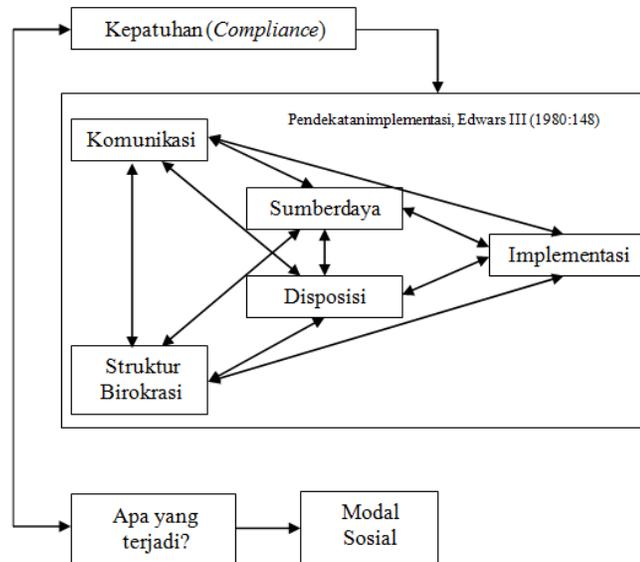
Bhisma Murthi (2010:12) menyatakan bahwa modal sosial merujuk pada hubungan-hubungan sosial dan koneksi antar individu, karena itu lebih merupakan relasi antar individu dari pada suatu atribut individu. Konsep kunci disini adalah bahwa modal sosial bukan merupakan sebuah karakteristik individu atau sifat kepribadian, melainkan suatu sumber daya yang terletak di dalam jejaring dan kelompok-kelompok orang yang sumber daya tersebut berguna untuk produksi kesehatan jika dimanfaatkan. Modal sosial sebagai sekumpulan aset yang sangat penting dalam masyarakat atau organisasi sosial yang terjadi akibat adanya interaksi sosial sesama anggota masyarakat, saling

bekerjasama dengan tujuan bersama dalam hal memecahkan permasalahan yang dihadapi, secara sadar tanpa adanya paksaan dari siapapun. Dengan adanya modal sosial juga bisa melihat apakah ada dukungan dari masyarakat dan melihat kondisi sosial, ekonomi, budaya masyarakat yang menjadi target kebijakan, serta kondisi politik yang mendukung sebuah kebijakan.

### **1.7 Operasionalisasi Konsep**

Konsep Program *Univeral Health Coverage* adalah penanganan pada tingkat pertama dan perawatan di tingkat pertama, pelayanan tidak memandang status sosial dan program tersebut ditujukan untuk semua kalangan masyarakat yang berdomisili di Kota Semarang. Program *Universal Health Coverage* atau jaminan kesehatan semesta merupakan program pemerintah pusat yang diteruskan oleh daerah karena adanya keterbatasan cakupan peserta kedaerah-daerah, kemudian akan dianalisis proses implementasi program UHC (*Universal Health Coverage Kota Semarang*). Fokusnya adalah melihat bagaimana tingkat kepatuhan (*compliance*) dalam sebuah implementasi proses kebijakan, karena dengan melihat kepatuhan bisa menilai bagaimana sebuah kebijakan bisa dievaluasi dengan kesimpulan gagal atau berhasil dengan menggunakan teori pendekatan implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh George C. Edward III yang menggunakan empat faktor dalam implementasi sebuah kebijakan, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Karena pada penelitian ini mengkaji Evaluasi Proses Implementasi Kebijakan Program UHC (*Universal Health Coverage*) Kota Semarang. Keempat faktor implementasi tersebut dipandang krusial oleh setiap implementor dalam menjalankan kebijakan publik. Keempat faktor tersebut saling berinteraksi satu sama lain, artinya tidak ada satu faktor, maka tiga faktor lainnya akan terpengaruh dan berdampak pada lemahnya implementasi kebijakan publik.

Yang secara skematis kerangka teori dapat digambarkan seperti di bawah ini:



## 1.8 Metode Penelitian

### 1.8.1 Desain dan Tipe Penelitian

Adapun tipe penelitian yang digunakan adalah deskriptif- kualitatif yaitu tipe penelitian yang mendeskripsikan objek penelitian berdasarkan data dan fakta, serta menganalisisnya melalui konsep-konsep yang telah dikembangkan sebelumnya, dengan peneliti sebagai instrumen dalam memecahkan permasalahannya. Di sini peneliti terjun langsung pada lokasi penelitian dan dengan hasil penelitian yang diperoleh sesuai dengan judul penelitian maka peneliti memberikan gambaran mengenai strategi sosialisasi program UHC (*Universal Health Coverage*) serta gambaran pelaksanaan program tersebut.

### 1.8.2 Situs Penelitian

Sesuai dengan judul penelitian ini, maka yang menjadi objek lokasi penelitian yang dipilih adalah Dinas Kesehatan Kota Semarang yang berada di MG. Setos Jl. Inspeksi Gajahmada lt.7 Kota Semarang, Jawa Tengah

### 1.8.3 Subjek Penelitian

Faktor pendukung bagi keberhasilan penelitian yaitu suatu subyek informan yang tepat, subyek penelitian adalah satu sumber dalam pengumpulan data-data yang relevan serta akurat dan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Di mana jenis penarikan sampel dalam penelitian ini ditentukan secara purposive sampling dengan dasar pertimbangan

bahwa informan yang dipilih adalah kelompok yang dianggap profesional dalam lingkup pemerintahan yang kaitannya dengan Proses implementasi Program UHC (*Universal Health Coverage*) tersebut yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang (pelaksana program UHC), BPJS Kota Semarang (lembaga yang bekerjasama dengan dinas kesehatan), serta masyarakat/komunitas lokal yang berkaitan dengan kepedulian terhadap proses program jaminan kesehatan Semarang

### 1.8.4 Jenis Data

Dalam penelitian ini, jenis data yang digunakan adalah data berupa dokumen dan data yang sudah ada sebelumnya untuk menjelaskan bagaimana proses sosialisasi sampai implementasi Program UHC di Kota Semarang.

### 1.8.5 Sumber Data

Data adalah sesuatu yang dapat dianalisis, jadi pengertian tidak hanya sebatas angka-angka tetapi juga perilaku, sikap, peristiwa, dan sebagainya. Data dalam penelitian kualitatif ini diperoleh dengan menggunakan sumber data berupa:

#### 1.8.5.1 Data Primer

Wawancara mendalam yaitu wawancara yang dilakukan penulis dengan menggunakan pedoman wawancara. Wawancara mendalam dilakukan secara langsung dengan pihak yang dapat memberikan informasi dan berkompeten sesuai dengan permasalahan dalam penelitian.

### 1.8.5.2 Data Sekunder

Data sekunder dari penelitian ini diperoleh dari studi pustaka yaitu mengumpulkan beberapa literatur yang erat hubungannya dengan permasalahan yang diteliti seperti buku-buku, browsing bahan bacaan di internet, serta dokumen-dokumen.

### 1.8.6 Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang penulis gunakan yaitu:

a. Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*)

Wawancara adalah metode pengambilan data dengan cara menanyakan sesuatu kepada seseorang yang menjadi informan atau responden. Wawancara dapat dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara atau dengan tanya jawab secara langsung (Afifudin dan Saebani, 2009:131)

b. Pengamatan/Observasi

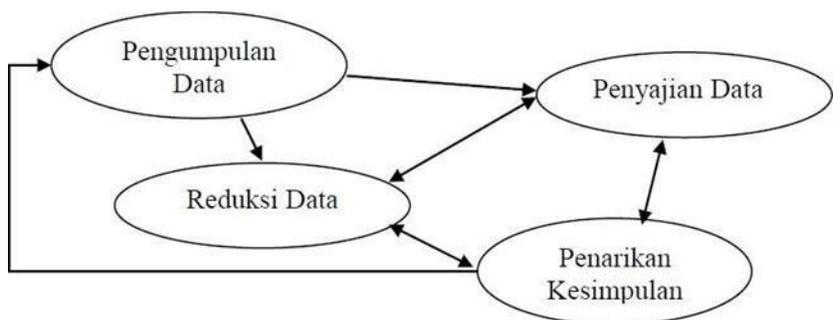
Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan terhadap objek yang diteliti. Observasi ini dilakukan ketika peneliti turun ke lapangan untuk mengamati perilaku dan aktivitas individu-individu di lokasi penelitian. Dalam pengamatan ini, peneliti merekam/mencatat dengan baik dengan terstruktur maupun semi struktur (Creswell, 2016:254). Di mana teknik observasi ini, peneliti mengamati proses berjalannya pemohonan dan pelayanan program UHC yang akan di jadikan program unggulan

c. Studi Kepustakaan

Teknik pengumpulandata melalui studi kepustakaan adalah di mana peneliti memanfaatkan bukti-bukti atau data-data empirik yang mampu menunjang pembahasan dalam penelitian dan sebelumnya telah terekam dalam berbagai tulisan atau literatur.

### 1.8.7 Analisis dan Interpretasi Data

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik analisis data yang bersifat kualitatif, artinya data diperoleh dari dokumen berupa jawaban atau keterangan bukan berupa angka-angka. Sedangkan teknik analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis deskriptif kualitatif, yaitu data yang diperoleh, dikumpulkan, dikelompokkan atau diinterpretasikan berdasarkan sifat data dan kemudian diadakan interpretasi terhadap data yang didasarkan pada fakta serta didukung oleh pemikiran yang kritis untuk memperoleh hasil yang lebih bermanfaat. Dalam rangka menjawab rumusan masalah yang ditetapkan penulis maka analisis data yang menjadi acuan dalam penelitian ini mengacu pada beberapa tahapan yang dijelaskan Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono (2013:335):



- a. Pengumpulan Informasi melalui observasi langsung di lapangan kemudian wawancara mendalam terhadap informan yang compatible terhadap penelitian untuk menunjang penelitian yang dilakukan agar memperoleh data sesuai dengan yang diharapkan.
- b. Reduksi Data adalah proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan dari catatan-catatan yang diperoleh di lapangan.
- c. Penyajian Data adalah kegiatan mengumpulkan informasi dalam bentuk teks naratif atau grafik jaringan yang bertujuan mempertajam

pemahaman penelitian terhadap informasi yang dipilih kemudian disajikan dalam uraian penjelasan.

- d. Pada tahap akhir adalah penarikan kesimpulan, penarikan kesimpulan dilakukan secara cermat dengan melakukan verifikasi berupa tinjauan ulang pada catatan-catatan di lapangan sehingga data-data teruji validitasnya.

#### 1.8.8 Kualitas Data

Penulis dalam melakukan penelitian ini menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Hal itu dapat dicapai dengan jalan (Moleong, 2007:330- 331)

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara.
- b. Membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakan 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, orang berada dan orang pemerintahan.
- e. Membandingkan hasil wawancara dengan dokumen yang berkaitan.