

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN *UNIVERSAL HEALTH
COVERAGE* (UHC) DI KECAMATAN SEMARANG UTARA**

SKRIPSI

Program Sarjana (S-1)

Jurusan Ilmu Politik



Oleh :

Siti Auliya

2006016036

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI WALISONGO

TAHUN 2024

NOTA PEMBIMBING

Lampiran : 4 (Empat)
Hal : Persetujuan Naskah Skripsi

Kepada Yth Dekan
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
UIN Walisongo Semarang
Di Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Setelah membaca, mengadakan koreksi, dan perbaikan sebagaimana mestinya, maka kami yang menyatakan skripsi dari mahasiswa:

Nama : Siti Auliya

NIM : 2006016036

Jurusan : Ilmu Politik

Judul Skripsi : Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) Di Kecamatan Semarang Utara

Dengan ini telah kami setuju dan mohon agar segera dapat diujikan. Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih. Wassalamualaikum Wr. Wb.

Semarang, 30 April 2024
Pembimbing



M. Nuqlir Bariklana, M.Si

SKRIPSI

Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) Di Kecamatan Semarang Utara

Disusun Oleh

Siti Auliya

NIM. 2006016036

Telah dipertahankan di depan majelis penguji pada tanggal 3 April 2024 dan telah dinyatakan lulus.

Susunan Dewan Penguji

Ketua



Muhammad Mahsun, MA

Sekretaris

M. Nuqlir Bariklana, M.Si

Penguji 1

Masrohatun, M.Si

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan ini, saya Siti Auliya menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul “**Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage (UHC)* Di Kecamatan Semarang Utara**” merupakan hasil karya penulisan sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya pihak lain yang diajukan guna memperoleh gelar kesarjanaan di Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang ataupun di lembaga pendidikan tinggi lainnya. Pengetahuan dan informasi yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka. Apabila ditemukan unsur-unsur plagiarisme di dalam tulisan skripsi ini, maka saya siap bertanggung jawab dan siap menerima konsekuensi yang ada. Terima kasih.

Semarang, 29 Maret 2024
Penulis,



Siti Auliya
NIM. 2006016036

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah, puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat Rahmat dan hidayah-Nya yang melimpah sehingga penulis akhirnya dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini. Tak lupa juga penulis panjatkan shalawat serta salam kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabatnya yang senantiasa kita nantikan syafa'atnya di hari akhir nanti.

Terselesaikannya skripsi dengan judul **“Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) Di Kecamatan Semarang Utara”**. Merupakan kebanggaan bagi penulis karena dapat menyelesaikan hasil akhir dari proses panjang pembelajaran yang penulis dapatkan selama di bangku perkuliahan. Penulisan skripsi ini menjadi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan program Strata Satu (S1) Jurusan Ilmu Politik, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang. Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini banyak mendapat dukungan, bimbingan, bantuan, dan kemudahan dari beberapa pihak sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik. Dengan ketulusan hati, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Rektor UIN Walisongo Semarang, Bapak Prof. Dr. Nizar, M.Ag selaku yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan sehingga dapat menyelesaikan studi di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik.
2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UIN Walisongo Semarang Bapak Prof. Dr. H. Imam Yahya, M.Ag, yang telah memberikan segala ilmu, membimbing, dan memotivasi dalam penulisan skripsi ini.
3. Jajaran Wakil Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UIN Walisongo Semarang, Bapak Dr. Tholkhatul Khoir, M.Ag selaku Wakil Dekan 1, Bapak Dr. Moh. Khasan, M.Ag selaku Wakil Dekan 2 dan Bapak Dr. H. Moch. Parmudi, M.Si selaku Wakil Dekan 3.

4. Ketua dan Sekretaris Jurusan Ilmu Politik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UIN Walisongo Semarang, Bapak Drs. H. Nur Syamsuddin, M.Ag. dan Bapak Muhammad Mahsun, M.A, yang telah memberikan arahan dan nasehat dalam proses penulisan skripsi.
5. Wali dosen Ibu Tika Ifrida Takayasa, M.Si yang telah memberikan segala ilmu, pengarahan, dan nasihat dalam penulisan skripsi ini.
6. Dosen Pembimbing Bapak M. Nuqlir Bariklana, M.Si yang telah memberikan segala ilmu, masukan, mengarahkan secara teknis mengenai isi dan alur, serta memberikan motivasi, nasehat dan dukungan selama proses penulisan skripsi ini.
7. Bapak Ibu Dosen pengajar di lingkungan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UIN Walisongo Semarang yang telah membekali berbagai macam pengetahuan dan pengalaman yang bermanfaat selama proses perkuliahan.
8. Bagian akademik dan staff administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UIN Walisongo Semarang yang telah membantu memperlancar keperluan penulis dalam penyusunan dan penulisan skripsi.
9. Seluruh informan penelitian yaitu Bapak Andreas, Bapak Joni, Bapak Adit, Ibu Tarmi, Ibu Asri, dan Bapak Saiman yang telah memberikan segenap informasi kepada penulis sehingga dapat menambah data penelitian dan penulis mampu menyelesaikan penulisan skripsi ini.
10. Ibu, alm. Papah, kakak-kakak, dan adik penulis yang selalu memberikan doa dan dukungan baik moral maupun material sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.
11. Teman-teman seperjuangan penulis dari Sekolah Menengah Akhir sampai berjuang bersama memasuki bangku perkuliahan Risman Wardana, Ananda Atha, Wafi Fajar, dan Abdul Syukur.
12. Teman-teman penulis yang selalu memberikan dukungan, bantuan serta menemani penulis selama proses pembuatan skripsi yaitu Afna Shabina, Artia Maulia, Delita Pebriyani, Umi Kholifah, Lia Yulistiani, Amelia Putri, Zahra Aulia, dan Nadia Al Zahra.

13. Laki-laki yang selalu menjadi semangat penulis untuk segera menyelesaikan skripsi ini yaitu Jeongwoo, Haruto, Junghwan, Asahi, Jaehyuk, Yoshi, Doyoung, Jihoon, Junkyu, dan Hyunsuk.
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penulisan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Mohon maaf penulis sampaikan apabila dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan. Untuk itu penulis mengarapkan kritik dan saran yang membangun sebagai bahan evaluasi dan meningkatkan kualitas dari penulis. Demikian penulis ucapkan terima kasih atas segala perhatian yang telah diberikan.

MOTTO

“It matters not what someone is born, but what they grow to be.”

(Tidak peduli seperti apa seseorang dilahirkan, tapi menjadi seperti apa mereka tumbuh nanti)

-Albus Dumbledore at Harry Potter and the Goblet of Fire

“Everything’s possible if you’ve got enough nerve.”

(Segalanya mungkin jika kamu punya cukup keberanian)

-Ginny Weasley at Harry Potter and The Sorcerer’s Stone

ABSTRAK

Pelayanan kesehatan masih menjadi pelayanan yang sulit didapatkan masyarakat khususnya masyarakat menengah kebawah. Pemenuhan hak masyarakat dalam mendapatkan jaminan kesehatan berupa pelayanan kesehatan yang layak menjadi tanggung jawab pemerintah. Melalui kebijakan di atasnya yang mengatur tentang pemenuhan hak masyarakat dalam memperoleh jaminan kesehatan melahirkan Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 tentang Jaminan Kesehatan yang kemudian melahirkan program *Universal Health Coverage* (UHC). Melalui program UHC, Pemerintah Kota Semarang beserta dinas-dinas terkait memberikan pelayanan kesehatan secara gratis kepada masyarakat Kota Semarang yang masuk ke dalam kategori ekonomi menengah kebawah secara gratis yang pembiayaannya dibayarkan melalui APBD Kota Semarang. Oleh karena itu, studi ini akan membahas permasalahan utama yaitu bagaimana proses implemementasi kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) di Semarang Utara sebagai salah satu wilayah yang penduduknya mengalami kemiskinan cukup ekstrem.

Penelitian ini akan menggunakan teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Merilee S. Grindle dalam menjawab permasalahan utama. Melalui teori Grindle, permasalahan utama akan dianalisis melalui dua perspektif yaitu perspektif isi kebijakan (*content of policy*) dan perspektif konteks implementasi (*context of implementation*). Melalui perspektif isi kebijakan akan menganalisis bagaimana isi kebijakan mempengaruhi proses implemementasi kebijakan UHC di Kota Semarang. Sedangkan melalui perspektif konteks implementasi akan menganalisis bagaimana dinamika dalam kebijakan UHC mempengaruhi proses implemementasi. Penulis menggunakan metode kualitatif dengan jenis penelitian lapangan yang melalui proses observasi, wawancara, dan dokumentasi dalam mendapatkan data untuk dianalisis.

Hasil penelitian ini, pemerintah dan dinas-dinas terkait sudah cukup baik menjalankan program dengan adanya koordinasi yang baik. Namun, masih terjadi kurang tanggapnya petugas pelaksana program dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Mulai dari pengaktifan kepesertaan yang memakan waktu cukup lama tidak sesuai dengan ketentuan yang tertulis didalam Standar Operasional Pelaksana (SOP) dan juga pemberian pelayanan kesehatan yang terkesan hanya sebagai bentuk formalitas. Perlu juga adanya inovasi agar masyarakat lebih mudah mengakses informasi terkait proses pendaftaran UHC dan perlunya keterbukaan petugas pelaksana kepada masyarakat terkait proses penetapan kepesertaan program UHC.

Kata Kunci : Implementasi Kebijakan, *Universal Health Coverage* (UHC), Jaminan Kesehatan

ABSTRACT

Health services are still a service that is difficult for people to obtain, especially for the lower middle class. Fulfilling people's rights to obtain health insurance in the form of adequate health services is the responsibility of the government. Through the above policy which regulates the fulfillment of people's rights in obtaining health insurance, the Mayor of Semarang Regulation Number 43 of 2017 concerning Health Insurance gave birth to the Universal Health Coverage (UHC) program. Through the UHC program, the Semarang City Government and related agencies provide free health services to the people of Semarang City who fall into the lower middle economic category for free, the financing of which is paid through the Semarang City APBD. Therefore, this study will discuss the main problem, namely how the process of implementing the Universal Health Coverage (UHC) policy in North Semarang is one of the areas whose population experiences quite extreme poverty.

This research will use the policy implementation theory put forward by Merilee S. Grindle to answer the main problem. Through Grindle's theory, the main problem will be analyzed through two perspectives, namely the content of policy perspective and the implementation context perspective. Through a policy content perspective, we will analyze how policy content influences the UHC policy implementation process in Semarang City. Meanwhile, through an implementation context perspective, we will analyze how the dynamics in UHC policies influence the implementation process. The author uses a qualitative method with a type of field research that goes through a process of observation, interviews and documentation to obtain data for analysis.

The results of this research show that the government and related agencies have implemented the program quite well with good coordination. However, there is still a lack of responsiveness by program implementing officers in providing services to the community. Starting from activating membership which takes quite a long time, not complying with the provisions written in the Implementing Operational Standards (SOP) and also providing health services which seem to be just a form of formality. There is also a need for innovation so that it is easier for the public to access information related to the UHC registration process and the need for implementing officers to be open to the public regarding the process of determining participation in the UHC program.

Keywords: Policy Implementation, Universal Health Coverage (UHC), Health Insurance

DAFTAR ISI

NOTA PEMBIMBING.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN KEASLIAN SKRISPSI.....	ii
MOTTO	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
1. Manfaat Teoritis	6
2. Manfaat Praktis.....	6
E. Tinjauan Pustaka	7
1. Kebijakan Pelayanan Kesehatan	7
2. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan.....	8
F. Kerangka Teori.....	12
1. Definisi Konseptual	12
2. Teori Implementasi Kebijakan Merilee S. Grindle.....	15
G. Metode Penelitian.....	17
1. Jenis dan Pendekatan Penelitian	17
2. Sumber dan Jenis Data	18
3. Teknik Pengumpulan Data	19
4. Teknik Analisis Data	20
H. Sistematika Penulisan	21
BAB II KERANGKA TEORI	25
A. Konsep Kebijakan Publik	25
1. Pengertian Kebijakan	25

2.	Pengertian Kebijakan Publik.....	27
3.	Tahapan Kebijakan Publik	29
4.	Faktor yang Mempengaruhi Pembuatan Kebijakan.....	31
5.	Kerangka Kerja Kebijakan Publik	33
B.	Konsep Implementasi Kebijakan	34
1.	Pengertian Implementasi Kebijakan.....	34
2.	Model Implementasi Kebijakan.....	36
C.	Teori Implementasi Kebijakan Grindle	39
1.	Pengertian Implementasi Kebijakan Grindle	39
2.	Model Implementasi Kebijakan Grindle	41
3.	Faktor Keberhasilan Implementasi Kebijakan Grindle	43
D.	Konsep Universal Health Coverage (UHC)	48
1.	Pengertian Universal Health Coverage (UHC)	48
2.	Prioritas Pembangunan <i>Universal Health Coverage</i> (UHC)	49
BAB III POTRET KECAMATAN SEMARANG UTARA DAN KEBIJAKAN		
<i>UNIVERSAL HEALTH COVERAGE</i> (UHC) KOTA SEMARANG		
51		
A.	Gambaran Umum Kota Semarang.....	51
1.	Kondisi Geografis Kota Semarang.....	51
2.	Kondisi Demografis Kota Semarang.....	52
3.	Kondisi Sosial, Budaya dan Ekonomi Kota Semarang	54
4.	Kondisi Kesehatan Kota Semarang.....	55
B.	Gambaran Umum Semarang Utara	56
1.	Kondisi Geografis Kecamatan Semarang Utara.....	56
2.	Kondisi Demografis Kecamatan Semarang Utara.....	57
3.	Kondisi Sosial Ekonomi dan Kesejahteraan Rakyat Kecamatan Semarang Utara	59
4.	Kondisi Kesehatan Kecamatan Semarang Utara.....	61
C.	Gambaran Umum <i>Universal Health Coverage</i> (UHC) di Semarang ..	63
1.	Dasar Hukum Universal Health Coverage (UHC).....	63
2.	Koordinasi Pelaksanaan Kebijakan <i>Universal Health Coverage</i> (UHC).....	64
BAB IV MENDISKUSIKAN ISI KEBIJAKAN <i>UNIVERSAL HEALTH</i>		
<i>COVERAGE</i> (UHC) DI KOTA SEMARANG		
66		

A.	Proses Implementasi Kebijakan <i>Universal Health Coverage</i> (UHC) Di Kota Semarang	66
B.	Isi Kebijakan (Content of Policy)	68
1.	Kepentingan yang Mempengaruhi (<i>Interest Affected</i>)	68
2.	Tipe Manfaat (Type of Benefits)	71
3.	Derajat Perubahan yang Ingin Dicapai (<i>Extent of Change Envision</i>) 74	
4.	Letak Pengambilan Keputusan (<i>Site of Decision Making</i>)	77
5.	Pelaksana Program (Program Implementors)	80
6.	Sumber Daya yang Digunakan (<i>Resources Committed</i>).....	83
	BAB V MENDISKUSIKAN KONTEKS DAN LINGKUNGAN KEBIJAKAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC)	91
A.	Konteks Implementasi atau Lingkungan Implementasi (<i>Context of Implementation</i>)	91
1.	Kekuasaan, Kepentingan dan Strategi Aktor yang Terlibat dalam Pelaksanaan Kebijakan (<i>Power, Interest, Strategy of Actor Involved</i>)	91
2.	Karakteristik Lembaga yang Berkuasa (<i>Institution and Regime Characteristic</i>).....	95
3.	Tingkat Kepatuhan dan Respon Pelaksana (<i>Responsiveness and Compliance</i>)	100
B.	Hasil Kebijakan (Outcomes)	101
1.	Dampak Pada Masyarakat.....	101
2.	Perubahan dan Penerimaan oleh Masyarakat	104
	BAB VI PENUTUP	106
A.	Kesimpulan	106
B.	Saran	107
	DAFTAR PUSTAKA.....	109

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 <i>Kerangka Berpikir Teori Implementasi Kebijakan Grindle (1980)</i>	42
Gambar 3. 1 Peta Kota Semarang	51
Gambar 3. 2 Peta Kecamatan Semarang Utara	56
Gambar 3. 3 Peta wilayah setiap keluarahan di Kecamatan Semarang Utara	57
Gambar 4. 1 Jumlah Kepesertaan BPJS Kota Semarang	75

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Letak Geografis Kota Semarang	52
Tabel 3. 2 Perbandingan Luas Wilayah di Kota Semarang	53
Tabel 3. 3 Peta wilayah setiap keluarahan di Kecamatan Semarang Utara	Error! Bookmark not defined.
Tabel 3. 4 Luas Daerah Menurut Kelurahan di Kecamatan Semarang Utara	58
Tabel 3. 5 Penduduk di Kecamatan Semarang Utara	59
Tabel 3. 6 Sebaran Kawasan Pemukiman Kumuh di Kecamatan Semarang Utara.	60
Tabel 3. 7 Jumlah Sekolah di Kecamatan Semarang Utara Tahun 2021.....	60
Tabel 3. 8 Sarana Kesehatan di Kecamatan Semarang Utara	Error! Bookmark not defined.
Tabel 3. 9 Tenaga Kesehatan di Semarang Utara	62
Tabel 3. 10 Kasus Stunting Kecamatan Semarang Utara 2022	62

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mendapatkan pelayanan yang terbaik sejatinya merupakan hak seluruh masyarakat sebagai warga negara. Oleh karena itu, pemerintah sebagai penyelenggara negara berkewajiban memenuhi hak dan kebutuhan masyarakat, yaitu salah satunya pemberian pelayanan (Yusuf 2018). Seperti yang dituangkan dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 ditegaskan bahwa “setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial” (Sofianto 2020). Isi dari undang-undang tersebut seakan menyetujui kenyataan sebenarnya bahwa pelayanan kesehatan masih menjadi pelayanan yang cukup mahal dan sedikit sulit untuk dijangkau oleh masyarakat, terutama masyarakat menengah kebawah.

Permasalahan utama yang sering dijumpai jika menyangkut bagaimana pelayanan diberikan kepada masyarakat khususnya pelayanan kesehatan yaitu permasalahan pembiayaan (Adnan and Jurusan 2016). Sampai saat ini, untuk mendapatkan pelayanan kesehatan masih sering bersinggungan dengan permasalahan biaya yang besar dan tak semuanya bisa diklaim menggunakan asuransi atau bantuan sosial membuat masyarakat masih kesulitan. Selain itu, perlakuan yang dibedakan oleh petugas pemberi pelayanan kesehatan juga menjadi salah satu permasalahan yang kerap terlihat. Oleh karena itu, diperlukan peran pemerintah dalam menjawab permasalahan terkait pelayanan kesehatan yang sampai saat ini masih ditemukan. Pemerintah perlu mengambil tindakan dengan cara membuat peraturan ataupun kebijakan terkait pemberian jaminan kesehatan bagi masyarakat.

Adanya UHC (*Universal Health Coverage*) menjadi gagasan baru yang patut dicoba sebagai salah satu cara yang bisa digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat tanpa terkecuali, khususnya masyarakat yang terkendala finansial. UHC (*Universal Health Coverage*) merupakan salah satu tujuan yang diusung dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) (Adiyanta 2020). Program UHC diharapkan dapat menjadi sistem jaminan kesehatan yang merata untuk semua warganya tanpa terkecuali, termasuk kelompok yang rentan seperti masyarakat miskin yang beresiko tinggi mengalami kesulitan finansial dalam mengakses layanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan melalui program UHC juga harus mencakup aspek-aspek seperti perawatan tingkat dasar, perawatan rawat inap tingkat dasar, perawatan tingkat lanjutan, pelayanan maternal neonatal, dan hak untuk mendapatkan perawatan kelas III di FKRTL (Fasilitas Kesehatan Tingkat Rawat Lanjutan) (Laily and Novianti 2020).

Melalui Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 mengenai Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, dan mengamanatkan Bupati/Walikota untuk meningkatkan pelaksanaan program JKN yang mengharapakan pemerintah turut berperan aktif. Di Indonesia sendiri, program UHC sudah diterapkan di berbagai daerah sebagai bentuk penerapan optimalisasi pelaksanaan program jaminan kesehatan. Dilansir dari laman Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, bahwa pemerintah terus mengupayakan memberika pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat. Keberhasilan UHC ini dilihat dari bagaimana akses peserta terhadap pelayanan kesehatan mengalami peningkatan. Saat ini sudah bisa dilihat selama proses program ini berjalan, banyak masyarakat yang sudah terbantu dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan dengan mudah hanya bermodalkan kartu kepesertaan JKN.

Studi tentang implementasi kebijakan UHC (*Universal Health Coverage*) ini telah diteliti oleh para sarjana atau peneliti sebelumnya dalam berbagai macam sudut pandang, baik dalam sudut pandang

kesehatan, hukum, ekonomi, maupun politik. Pada studi penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Nisnoni, D., & SULISTYOWATI 2020) menemukan hasil bahwa adanya UHC ini dapat membantu masyarakat yang memang belum memiliki JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dan dengan mudahnya mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Tentunya adanya program ini sangat membantu masyarakat yang memang membutuhkan bantuan pelayanan kesehatan. Menurut (Suprpto and Malik 2019). Sudah banyak juga kabupaten atau kota yang telah memberikan perhatian serta komitmen mereka kepada masyarakat agar memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik. Program UHC yang dijalankan juga tidak hanya berfokus pada pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat saja, tetapi juga memberikan pelayanan yang sama dengan masyarakat lain yang bukan peserta UHC.

Secara umum, topik penelitian yang telah dibahas oleh peneliti sebelumnya memiliki kesamaan dengan topik yang sedang dibahas oleh penulis yaitu bagaimana implementasi kebijakan tentang UHC berjalan. Selain itu bagaimana kebijakan terkait UHC berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Fokus kajian ini bagaimana kebijakan UHC diimplementasikan dan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan khususnya di Kecamatan Semarang Utara.

Mengambil fokus kajian di salah satu kecamatan di Kota Semarang bukanlah tanpa alasan. Menyandang status Ibu Kota bukan berarti Kota Semarang memiliki tingkat kemiskinan yang rendah. Berbekal data dari Badan Pusat Statistik, menunjukkan bahwa jumlah penduduk miskin di Kota Semarang pada tahun 2022 menyentuh angka 79,87 ribu jiwa. Selain itu, mata pencaharian di Kota Semarang tidak semuanya buruh industri ataupun pegawai swasta yang memang jaminan kesehatannya sudah terjamin dari tempat mereka bekerja.

Melihat kondisi sosial dan ekonomi masyarakat Kota Semarang, maka daripada itu hadir program UHC sebagai bentuk komitmen Pemerintah Provinsi Kota Semarang untuk memberikan kualitas pelayanan

kesehatan yang terbaik bagi masyarakat miskin. Melalui Peraturan Walikota Nomor 43 tahun 2017 tentang Penyelenggara Jaminan Kesehatan, Pemerintah Kota Semarang menggandeng BPJS Kesehatan serta Dinas Kesehatan Kota Semarang meresmikan program jaminan kesehatan dengan nama UHC (*Universal Health Coverage*) pada tanggal 1 November 2017. Seperti konsep UHC yang telah dipaparkan diatas, program ini ada untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kota Semarang. Melalui program ini, masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan rumah sakit kelas III yang dikelola oleh BPJS Kesehatan di Kota Semarang memiliki tujuan serupa dengan program UHC. Selain ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk Kota Semarang, program ini juga menjadi salah satu bentuk partisipasi Pemerintah Kota Semarang dalam mengurangi defisit BPJS Kesehatan. Program ini juga sebagai bentuk komitmen pemerintah kota dengan membiayai keanggotaan masyarakat yang belum terdaftar dalam JKN melalui APBD dengan ketentuan tertentu.

Menjadikan Kecamatan Semarang Utara sebagai fokus penelitian juga bukan tanpa sebab, seperti yang disampaikan oleh Wali Kota Semarang Mba Ita, karena wilayah ini merupakan kawasan dengan tingkat kemiskinan yang cukup ekstrem, dikatakan dalam kategori kemiskinan ekstrem karena pengeluaran perhari keluarga disana tak lebih dari 10 ribu rupiah (Laily and Novianti 2020). Pendapatan yang sedikit juga ditambah dengan kebutuhan sehari-hari yang cukup banyak membuat warga di Kecamatan Semarang Utara membutuhkan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan. Pada realitanya, penerapan program UHC di Kota Semarang masih jauh dari konsep awal *Universal Health Coverage* itu sendiri karena program ini belum sepenuhnya memberikan pelayanankesehatan bagi seluruh masyarakat tanpa terkecuali. Contohnya di Kecamatan Semarang Utara, menurut masyarakat program UHC memang cukup membantu mereka yang membutuhkan pengobatan tanpa

harus mengeluarkan uang sepeserpun. Namun, sangat disayangkan saat dilapangan sering terjadi ketimpangan yang dirasakan oleh masyarakat pengguna program UHC saat mereka membutuhkan pelayanan kesehatan. Masyarakat juga menyampaikan saat pemeriksaan keluhan yang dirasakan oleh masyarakat hanya diperiksa sebagai formalitas saja. Antrean yang memakan waktu juga masih menjadi permasalahan yang kerap ditemukan dalam pemberian pelayanan kesehatan di Puskesmas Kecamatan Semarang Utara. Mereka juga mengatakan, memang untuk mendapatkan pelayanan hanya perlu membawa kartu kepesertaan ataupun hanya dengan bermodalkan kartu tanda penduduk mereka bisa mendapatkan layanan kesehatan secara gratis. Tetapi itu hanya sampai pada faskes pertama setingkat puskesmas atau yang memang sudah terdaftar namanya di kepesertaan program UHC. Masyarakat juga menyampaikan pendapatnya bahwa untuk mendapatkan kartu kepesertaan dan pengaktifan harus menunggu selama 6 bulan lamanya. Pendapat lainnya yang disampaikan masyarakat yaitu pelaksanaan program ini kurang disosialisasikan dengan baik, karena masih ada masyarakat yang kurang paham cara mendapatkan keanggotaan serta bagaimana cara menggunakannya. Hal ini memberikan gambaran atau wujud dari implementasi kebijakan UHC dalam pelayanan kesehatan. Terwujudnya tujuan kebijakan tentunya memerlukan proses serta tidak menutup kemungkinan bahwa masih ada hambatan dalam pelaksanaannya. (Nugroho 2014).

Permasalahan ini menarik untuk dikaji oleh penulis yang termuat dalam judul “**Implementasi Kebijakan UHC (*Universal Health Coverage*) Di Kecamatan Semarang Utara**”. Topik tersebut perlu dikaji karena untuk mengetahui bagaimana kebijakan tersebut berjalan pada saat ini, khususnya pada masyarakat di Kecamatan Semarang Utara. Serta untuk mengetahui apakah kualitas pelayanan yang diberikan oleh petugas pemberi pelayanan saat ini dipengaruhi atau terkena dampak dari kebijakan yang ada.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas, penelitian ini akan mencoba menjawab satu masalah utama yaitu Bagaimana Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kecamatan Semarang Utara. Dari masalah utama tersebut penulis akan menganalisis permasalahan menggunakan dua perspektif besar yaitu perspektif isi kebijakan dan perspektif konteks kebijakan.

C. Tujuan Penelitian

Adapaun tujuan penelitian yang ingin mengetahui satu masalah utama yaitu Bagaimana Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kecamatan Semarang Utara. Masalah utama tersebut akan dianalisis oleh penulis menggunakan dua perspektif besar yaitu perspektif isi kebijakan dan perspektif konteks kebijakan.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan beberapa manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada ilmu pengetahuan terkait implementasi kebijakan UHC serta bagaimana suatu kebijakan mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diberikan. Selain itu, penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan referensi bagi para akademisi yang tertarik untuk menjalankan penelitian serupa

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan pandangan baru dan pertimbangan bagi pemerintah serta lembaga terkait dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Serta penelitian ini juga merupakan wadah untuk menerapkan

pengetahuan yang diperoleh peneliti selama masa kuliah, terutama dalam bidang organisasi dan kebijakan..

E. Tinjauan Pustaka

Pada penulisan proposal skripsi ini, penulis membuat *literature review* atau bisa disebut menggali informasi dari penelitian sebelumnya sebelum melakukan studi penelitian yang dibagi sesuai dengan tema yang akan diangkat. Hal ini dilakukan sebagai usaha peneliti agar dapat melihat kajian yang akan diteliti dari berbagai suatu pandangan sehingga nantinya penulis dapat menempatkan hasil penelitain. Topik studi tentang implementasi kebijakan pelayanan kesehatan sudah dilakukan oleh banyak peneliti yang dilihat dari segala sisi baik kesehatan maupun politik di Indonesia, baik dalam konteks lokal maupun nasional. Berdasarkan kajian literatur yang penulis lakukan terkait dengan topik ini dapat dikelompokkan menjadi dua tema kajian. Pertama, beberapa peneliti berfokus pada kajian tentang kebijakan pelayanan kesehatan. Tema lain yang akan ditekankan yaitu tentang implementasi kebijakan kesehatan. Dapat penulis paparkan di bawah ini terkait kedua tema yang telah dikaji oleh peneliti sesuai dengan pengelompokkan tema kajian.

1. Kebijakan Pelayanan Kesehatan

Kajian yang berkaitan dengan kebijakan pelayanan kesehatan telah dikaji oleh para peneliti maupun sarjana terdahulu yang biasanya berfokus pada perspektif hukum. Jika dilihat melalui perspektif politik, umumnya kebijakan yang dibuat harus dapat mengatasi permasalahan sosial yang terjadi. Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa kajian yang telah di review penulis bahwa kebijakan terkait pelayanan kesehatan ada untuk menjawab permasalahan terkait pelayanan kesehatan. Karena rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin juga diakibatkan dari rendahnya kualitas pelayanan kesehatan yang mereka dapatkan.

Seperti yang dikemukakan oleh (SIRAJUDIN, 2001.) di dalam artikelnya ia berpendapat bahwa permasalahan terkait pelayanan kesehatan yang masih sulit dijangkau oleh masyarakat miskin oleh karenanya kebijakan terkait pelayanan kesehatan perlu dibuat untuk menjawab permasalahan tersebut, karena kebanyakan masyarakat miskin kesulitan mendapatkan akses pelayanan kesehatan karena terhalang biaya. Oleh karena itu, pemerintah Kota Surabaya menginisiasikan kebijakan terkait program pelayanan kesehatan secara gratis untuk masyarakat miskin. Kebijakan ini dibuat sebagai usaha pemerintah untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang dapat dirasakan oleh seluruh masyarakatnya tanpa terkecuali.

Pendapat yang hampir serupa juga dikemukakan oleh (Suharmiati, Laksono, and Astuti 2017) dalam artikelnya. Ia berpendapat bahwa tujuan Pembangunan kesehatan yaitu dengan membuat kebijakan terkait pelayanan kesehatan yang ditujukan guna pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat dan meningkatkan jangkauan, baik dipertanian maupun sampai ke daerah terpencil. Ia juga mengatakan bahwa pelayanan kesehatan primer khususnya di daerah perbatasan masih rendah serta akses terhadap pelayanan masih rendah. Oleh karena itu kebijakan pelayanan kesehatan perlu dibuat untuk mengatasi permasalahan sosial tersebut. Seluruh masyarakat yang ada di mana pun berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama.

2. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan

Kajian yang berkaitan dengan implementasi kebijakan pelayanan kesehatan yang sudah diteliti oleh para peneliti maupun sarjana terdahulu yang biasanya berfokus pada perspektif administratif. Dari beberapa kajian yang telah penulis *review* dapat ditarik kesimpulannya bahwa implementasi kebijakan terkait pelayanan kesehatan sudah dijalankan dengan baik dan disambut

baik pula oleh masyarakat yang memang menjadi target dari kebijakan tersebut. Tetapi ada kalanya kebijakan yang dibuat mengalami hambatan dalam pengimplementasiannya. Terhambatnya proses implementasi suatu kebijakan yang ada biasanya dipengaruhi oleh jenis pelayanan yang diberikan belum maksimal ataupun perlakuan kurang baik yang diberikan oleh pelayan kesehatan.

Seperti yang terjadi di Kecamatan Kotamobagu Selatan yang dikaji oleh (Agustina. 2022) di dalam kajiannya dijelaskan bahwa di Kecamatan Kotamobagu, terdapat peningkatan jumlah keikutsertaan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Ini menunjukkan perjalanan yang baik dalam proses implementasi kebijakan pelayanan kesehatan. Hal ini menjadi salah satu bukti bahwa kebijakan terkait pelayanan kesehatan yang digratiskan untuk masyarakat tidak mampu membawa dampak yang baik. Masyarakat di Kecamatan Kotamobagu merasa bahwa kebijakan ini meringankan mereka ketika memang sedang membutuhkan pelayanan kesehatan di mana biasanya pelayanan kesehatan tidak murah. Adanya kebijakan terkait puskesmas 24 jam juga sangat membantu bagi masyarakat, karena mereka mengatakan jikalau ingin pergi berobat diwaktu yang tidak bisa ditentukan bisa dilakukan. Tetapi tidak dipungkiri juga bahwa masih ada beberapa kekurangan dalam implementasi kebijakan pelayanan kesehatan di Kecamatan Kotamobagu yaitu salah satunya kualitas pelayanan yang diberikan oleh pelayan kesehatan. Adanya sikap kurang ramah yang diberikan petugas kepada masyarakat menjadi salah satu yang masih dikeluhkan masyarakat. Sikap yang membedakan pemberian pelayanan ini bukan sikap yang seharusnya dilakukan oleh petugas, mengingat masyarakat memang seharusnya dilayani dengan baik terlepas biaya berobat mereka masuk kedalam kategori gratis.

Peneliti lainnya (Pratama et al. 2023) berpendapat bahwa implementasi terkait kebijakan pelayanan kesehatan berupa pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah untuk masyarakat kurang mampu yang dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara bersama dengan para penyedia layanan kesehatan lainnya telah berjalan dengan cukup lancar dalam memberikan layanan kesehatan gratis kepada masyarakat yang berada dalam kondisi ekonomi yang kurang mampu. Hal ini membantu mencapai tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui aspek kesehatan. Tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan program ini adalah kurangnya pemahaman masyarakat tentang keberadaan program jaminan kesehatan ini, yang mengakibatkan seringkali pemberian program tidak tepat sasaran kepada mereka yang sebenarnya membutuhkannya. Upaya untuk mengatasi permasalahan ini melibatkan semua pihak terkait, mulai dari tahap perencanaan hingga pelaksanaan, sehingga dapat memastikan bahwa masyarakat penerima manfaat adalah mereka yang benar-benar berada dalam kondisi ekonomi yang kurang mampu dan membutuhkan bantuan ini.

Hal lain juga dikemukakan oleh (Sukowati, Hadi, and Rengu 2012) dalam tulisannya menyampaikan bahwa implementasi kebijakan tentang pelayanan kesehatan khususnya di Kabupaten Blitar masih terdapat inkonsistensi. Di mana pada persyaratan administrasi tertentu sering berubah-ubah dan terjadi penambahan persyaratan di luar peraturan yang berlaku. Walaupun persyaratan yang berubah-ubah tidak terlulis di dalam peraturan yang berlaku, menurut masyarakat informasi yang disampaikan oleh petugas dapat diterima dengan baik oleh mereka karena penyampaian yang cukup informatif. Tetapi dalam penyampaian informasi juga masih sedikit terhambat sebab masih adanya masyarakat yang buta aksara terutama masyarakat lansia.

Kebijakan pelayanan kesehatan di Kabupaten Blitar juga dirasa sudah terimplementasi dengan cukup baik melihat jumlah kepesertaan masyarakat miskin yang tinggi. Ini menunjukkan bahwa kebijakan yang dibuat sudah tepat sasaran, di mana kebijakan ini memang diperuntukkan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Blitar. Tetapi ada akibat yang muncul dari berhasilnya kebijakan tersebut, yaitu terbatasnya anggaran daerah sebagai pembiayaan jaminan kesehatan. Akibat dari terbatasnya anggaran untuk pembiayaan, membuat proses administrasi bagi masyarakat miskin pemohon menjadi selektif dan secara tidak langsung menghambat implementasi kebijakan.

Kajian lain tentang implementasi kebijakan pelayanan kesehatan juga disampaikan oleh (Apriyanto, Kuntjoro, dan Lazuardi 2013) di dalam artikelnya. Bagaimana di daerah Kota Bitung menerapkan kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskinnya. Menurut kebijakan pelayanan kesehatan sudah dijalankan sesuai dengan kriteria yang efektif serta sudah dilaksanakan dengan baik dan benar karena sudah memenuhi kebutuhan ataupun keluhan masyarakat. Informasi terkait Jamkesmas disampaikan dengan cara transparan supaya masyarakat bisa lebih paham bagaimana program serta pelayanan yang diberikan jika menggunakan Jamkesmas. Selain itu, sistem pelayanan yang diberikan oleh pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat dirasakan sangat baik oleh masyarakat. Masyarakat berpendapat bahwa tidak ada perbedaan antara penerima bantuan maupun bukan penerima, mereka dilayani sesuai dengan urutan yang diterima ketika pendaftaran. Penerima bantuan Jamkesmas juga tidak mendapatkan diskriminasi penggunaan fasilitas kesehatan. Melihat beberapa indikator sudah terpenuhi bisa dikatakan di Kota Bitung sudah cukup baik dalam pengimplementasian kebijakan terkait pelayanan kesehatan.

Walaupun pada kenyataannya masih terdapat kelalaian yang dilakukan pemerintah seperti permasalahan beberapa masyarakat miskin yang belum mendapatkan kartu Jamkesmas.

Dapat diketahui persamaan maupun perbedaan dengan topik penelitian yang dikaji oleh penulis dari berbagai macam penemuan studi penelitian terdahulu yang telah di review oleh penulis. Dari temuan jurnal diatas dapat ditarik kesimpulannya bahwa kebijakan terkait pelayanan kesehatan dibuat untuk mengatasi beberapa permasalahan sosial yang ada terutama sulitnya masyarakat miskin untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Oleh karena itu adanya kebijakan tersebut diharapkan dapat membantu masyarakat miskin. Serta kebijakan yang dibuat sudah terimplementasi dengan cukup baik walaupun masih ada beberapa hambatan atau kekurangan di dalam pelaksanaannya.

F. Kerangka Teori

Pada bagian ini penulis hendak menjelaskan kerangka teori yang digunakan sebagai pisau analisis terhadap persoalan yang menjadi fokus dalam studi ini. Pembahasan tentang kerangka teori ini disajikan dalam dua bagian, yaitu definisi konseptual dan landasan teori. Definisi konseptual penting disajikan pada bagian ini guna memberikan konsepsi pada pembaca terkait dengan istilah-istilah kunci yang penulis gunakan dalam studi ini. Diantara definisi konseptual tersebut adalah kebijakan publik, implementasi kebijakan, dan UHC (*Universal Health Coverage*). Sedangkan, pembahasan tentang kerangka teori yang digunakan dalam studi ini merujuk pada teori implementasi kebijakan model Merilee S. Grindle. Teori ini digunakan untuk menganalisis sejauh mana implementasi kebijakan UHC berhasil dilaksanakan serta untuk mengetahui hambatan apa saja yang terjadi.

1. Definisi Konseptual

Untuk lebih menjelaskan terkait definisi konseptual yang akan digunakan sebagai istilah kunci dalam penelitian ini, yakni :

1) Kebijakan Publik

Kebijakan publik singkatnya dipahami sebagai sebuah aturan atau keputusan yang dibuat oleh pemerintah ataupun pemangku kekuasaan sebagai bentuk intervensi dari pemerintah guna menyelesaikan masalah-masalah sosial dari berbagai macam aspek kehidupan.

Seperti Thomas R. Dye mendefinisikan kebijakan publik sebagai suatu tindakan atau keputusan yang diambil oleh pemerintah untuk menyelesaikan masalah sosial yang berkaitan dengan masyarakat sebagai whole. Pendekatan ini menyoroti peran pemerintah dalam memecahkan masalah-masalah sosial. Dye juga mengatakan kebijakan publik sebagai kegiatan yang dibuat oleh pemerintah sehingga masyarakat wajib untuk mengikuti. Dye juga turut mengatakan sebuah upaya memahami dan mengartikan sesuatu yang harus dilakukan oleh pemerintah dalam menyelesaikan masalah, mencari penyebab, dan memberikan pengaruh serta dampak dari kebijakan yang dibuat (Papilaya 2020).

Kebijakan publik lainnya yang diartikan oleh A. Hoogerwert sebagai suatu elemen penting dari politik, juga diartikan sebagai usaha untuk mencapai tujuan tertentu dalam waktu yang tertentu pula. Dan juga menurutnya kebijakan publik merupakan hubungan antara elit pemerintah dengan lingkungannya (Desrinelti, Afifah, and Gistituati 2021).

Kebijakan publik memiliki peran yang sangat penting untuk mengatur kehidupan bernegara sebagai sistem pemerintahan serta menjadi alat yang digunakan oleh pemerintah. Bahkan, Riant Nugroho menempatkan kebijakan publik sebagai salah satu unsur utama dalam

struktur negara. Menurut Nugroho, negara adalah identitas politik yang sah dan memiliki paling sedikit empat unsur pokok. Pertama, yaitu lembaga negara. Kedua, ada rakyat sebagai warga negara. Ketiga, ada wilayah yang diakui sebagai kedaulatan negara. Terakhir, terdapat unsur kebijakan publik (Ramdhani and Ramdhani 2016).

Jika ditarik kesimpulannya kebijakan publik adalah suatu proses formal atau informal yang melibatkan pengambilan keputusan oleh pemerintah atau institusi pemerintah. Dengan tujuan utama kebijakan publik adalah untuk mencapai tujuan tertentu dalam masyarakat, seperti meningkatkan kesejahteraan sosial, menjaga keadilan, mempromosikan pertumbuhan ekonomi, dan melindungi lingkungan.

2) Implementasi Kebijakan

Dalam langkah mencapai tujuan yang telah dirancang sebelumnya dalam proses pengambilan keputusan maka diperlukan implementasi kebijakan. Proses implementasi kebijakan publik adalah tahap yang krusial dalam mewujudkan kebijakan publik secara menyeluruh. Bagian berikut akan membahas beberapa pandangan mengenai implementasi kebijakan publik.

George C. Edwards III mengartikan bahwa implementasi kebijakan merupakan serangkaian tindakan yang diambil pemerintah setelah kebijakan diadopsi untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan sumber daya, organisasi, serta individu dalam rangka mencapai tujuan kebijakan yang telah ditetapkan. (Marsari, Hairani, and Gistituati 2021).

Sedangkan Grindle berpendapat bahwa implementasi kebijakan bukan hanya sebuah hubungan dengan

penjabaran mekanisme segala keputusan politik ke dalam prosedur rutin lewat saluran birokrasi melainkan lebih dari itu. Implementasi kebijakan berhubungan masalah konflik keputusan dan siapa yang memperoleh sesuatu dari kebijakan.

Pendapat lain menurut Ripley dan Franklin (Mansur 2021) mengatakan bahwa implementasi kebijakan merupakan kebijakan, keuntungan, atau jenis output yang nyata yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan sebagai pemberi otoritas. Menurutnya, tindakan yang dilakukan oleh para birokrat yang dimaksudkan sebagai komponen pendukung berjalannya kebijakan merupakan suatu bentuk dari implementasi kebijakan.

Berdasarkan perspektif di atas dapat diketahui implementasi suatu kebijakan bukan hanya terkait dengan tindakan birokrat administratif yang bertugas melakukan program serta menciptakan keikutsertaan dari kelompok sasaran. Lebih dari itu, proses ini juga melibatkan dinamika kekuatan politik, ekonomi, dan sosial yang dapat memengaruhi perilaku semua pihak yang terlibat, baik secara langsung maupun tidak langsung. Akhirnya, hal ini akan berdampak pada konsekuensi logis terhadap hasil yang diharapkan dari kebijakan tersebut.

2. Teori Implementasi Kebijakan Merilee S. Grindle

Menurut Grindle dalam bukunya yang berjudul *Politics and Policy Implementation in the Third World* (Grindle, 1980) menciptakan hubungan yang memungkinkan segala tujuan kebijakan publik direalisasikan sebagai hasil dari aktivitas pemerintah merupakan tugas dari implementasi. Adanya kebijakan publik menimbulkan pertanyaan yang luas tentang tujuan, sasaran, serta cara yang diterjemahkan ke dalam program-program kegiatan

yang bertujuan untuk mencapai tujuan yang dinyatakan di dalam kebijakan tersebut. Tujuan dari program yang dituangkan dalam sebuah kebijakan yaitu untuk membawa sebuah perubahan yang kemudian disebut sebagai hasil dari kebijakan. Kemudian dari pelaksanaan program inilah yang menentukan hasilnya disebut sebagai implementasi kebijakan. Proses implementasi menyatakan bahwa keputusan yang dibuat ada tahap perancangan atau perumusan memiliki dampak yang cukup besar. Atau dengan kata lain, bagaimana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tentu berpengaruh pada proses implementasinya. Suatu kebijakan juga mempengaruhi proses implementasi ketika terlihat perubahan perilaku dari penerima manfaat yang sudah dituangkan dalam tujuan kebijakan dan juga bagaimana keterlibatan semua pihak sebagai pelaksana kebijakan.

Menurutnya Grindle, untuk mencapai tujuan dari implementasi kebijakan ditentukan oleh dua variable, yaitu:

- 1) Isi Kebijakan, meliputi:
 - a. Kepentingan yang terpengaruh
 - b. Jenis manfaat
 - c. Derajat perubahan yang diinginkan
 - d. Kedudukan pengambilan keputusan
 - e. Pelaksana program
 - f. Sumber daya yang dihasilkan
- 2) Konteks Implementasi, meliputi:
 - a. Kekuasaan, kepentingan, dan strategi aktor yang terlibat
 - b. Karakteristik lembaga dan penguasa
 - c. Kepatuhan dan daya tanggap

G. Metode Penelitian

1. Jenis dan Pendekatan Penelitian

a. Metode Penelitian Kualitatif

Pada penelitian ini, penulis menggunakan metode penelitian kualitatif guna memudahkan mengidentifikasi permasalahan dalam penelitian. Menurut John W. Creswell dalam bukunya (Creswell, 2016) metode kualitatif merupakan metode yang memiliki beragam pendekatan dibandingkan dengan metode lainnya seperti kuantitatif. Selain itu, metode ini juga digunakan untuk mencari serta memahami makna suatu permasalahan sosial atau kemanusiaan.

Pada penelitian yang menggunakan metode kualitatif, peneliti nantinya diharuskan melakukan usaha yang penting seperti mengajukan pertanyaan-pertanyaan, selain itu mengumpulkan data yang spesifik dari partisipan, serta menfasirkan data yang telah diperoleh menggunakan sebuah teori.

Jika dikaitkan dengan topik penelitian yang akan diteliti oleh peneliti, metode ini akan mudah diterapkan dalam penelitian. Pada topik penelitian ini membutuhkan partisipan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang berkaitan dengan permasalahan sosial.

b. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini akan menggunakan pendekatan studi kasus yang menurut John W. Creswell dalam bukunya (Creswell, 2016) studi kasus merupakan cara pengamatan lapangan secara mendalam yang berhubungan dengan kasus serta mengadopsi bermacam sumber informasi. Kasus yang dimaksud bisa berupa suatu peristiwa, program. Dan aktivitas. Studi kasus juga digunakan untuk mendeskripsikan kondisi, aktivitas, perbandingan. Dan bagian-bagian penting yang berhubungan sebagai penunjang kondisi serta perubahan yang terjadi.

c. Jenis penelitian

Pada penelitian ini nantinya akan menggunakan salah satu jenis penelitian yang ada di dalam metode penelitian kualitatif yaitu *field research* atau penelitian lapangan. Menurut Creswell dalam (Creswell, 2016) jenis penelitian lapangan merupakan penelitian yang berupa kunjungan atau penelitian yang diamati secara langsung sebagai kebutuhan data. Penelitian dengan jenis ini juga dilakukan untuk memperoleh data atau informasi yang lebih pasti dan akurat.

2. Sumber dan Jenis Data

Menurut Cresweel (2008:46) dalam karyanya yang berjudul *Educational Research* penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang peneliti berhubungan erat terhadap informan ataupun partisipasi dengan melakukan pertanyaan yang terbuka, mengumpulkan data dari jawaban-jawaban maupun teks dari narasumber, mendeskripsikan serta melaksanakan analisis pada jawaban tersebut dan melaksanakan penelitian dengan subjektif. Sumber data mencakup dua kategori yakni sumber data primer atau data yang didapat secara langsung baik dari informan maupun dari sumbernya, sedangkan data sekunder atau data yang didapatkan secara tidak langsung dari sumbernya. Penelitian ini berpijakan terhadap dua jenis data supaya kajian menjadi lebih kuat, antara lain:

a. Data Primer

Data primer merupakan Data yang langsung dikumpulkan oleh peneliti dari sumber pertamanya baik secara lisan maupun tulisan. Sumber data pimer dalam penelitian ini adalah petugas pelayanan kesehatan di Faskes Kecamatan Semarang Utara, BPJS Kesehatan Dinas Kesehatan, dan Masyarakat.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan informasi yang diperoleh secara tidak langsung dari sumber aslinya. Sumber-sumber kepustakaan, platform online, publikasi cetak, serta catatan lapangan dapat menjadi cara untuk memperoleh data yang terkait dengan implementasi kebijakan UHC sebagai jaminan kesehatan nasional.

3. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan dalam bentuk observasi, wawancara, dan dokumentasi. sebagai aktivitas strategis dalam penelitian, berpilar dari penelitian ini yaitu memperoleh dengan menggunakan metode triangulasi data. Triangulasi digunakan peneliti untuk mengkresek dari sumber sumber data yang didapat. Creswell (2009) upaya memberikan batasan terhadap penelitian dengan merangkum informasi-informasi pada observasi serta wawancara yang berstruktur maupun tidak terstruktur, dokumenter, dan merekap catatan informasi. Penentuan sample informan yang akan diwawancara menggunakan teknik purposive sampling. Penulis nantinya akan menentukan informan atau narasumber dengan menentukan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan dan dapat memberikan informasi terkait permasalahan yang akan dibahas.

Strategi yang diterapkan dalam pengumpulan data, sebagai berikut:

a. Observasi

Menurut Creswell (2010:267) observasi kualitatif adalah teknik pengumpulan data di mana peneliti melakukan pengamatan secara langsung aktivitas serta perilaku para aktor di lapangan. Dalam teknik observasi yang diutamakan yaitu mengunggulkan pengamatan serta pengetahuan peneliti. Observasi merupakan peneliti yang mengamati secara langsung perilaku dan aktivitas individu di lokasi penelitian.

Dalam konteks observasi sebagai teknik pengumpulan data penelitian mengenai parkir liar, peneliti melakukan pengamatan yang berkaitan dengan mengamati perilaku para aktor yang terlibat dalam praktik parkir ilegal atau tidak resmi di area tertentu. Penelitian ini mungkin melibatkan pemantauan secara langsung terhadap berbagai aspek perilaku terkait pengimplementasian kebijakan UHC.

b. Wawancara

Wawancara merupakan percakapan yang mempunyai tujuan untuk mencari informasi. Percakapan ini terjadi antara pewawancara dan narasumber. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara tatap muka dan berbagi informasi dan ide secara tatap muka yang dilakukan melalui tanya jawab, yang memungkinkan dibangunnya makna atas pendapat tertentu. Teknik yang digunakan saat melakukan wawancara adalah menggunakan pendekatan wawancara semi-terstruktur.

c. Dokumentasi

Menurut Creswell (2007) dalam upaya penelitian peneliti dapat mengarsipkan beberapa dokumen-dokumen informasi. Dokumen yang dimaksud seperti dokumen umum (misalnya surat kabar, jurnal, kearsipan institusi) maupun dokumen pribadi (misalnya buku diary, email, dan pesan-pesan pribadi). Peneliti akan melihat beberapa dokumen terkait peraturan UHC.

4. Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan Teknik yang memungkinkan peneliti membuat kesimpulan tentang penelitian mereka menggunakan data yang diperoleh. Tujuan analisis untuk memberikan data lebih penting dan bermanfaat untuk memperoleh kesimpulan, analisis merupakan komponen penting dari metode ilmiah.

Penelitian ini menerapkan teknis analisis data model Miles dan Huberman (1992:16) , yaitu :

a. Reduksi Data

Reduksi data merupakan suatu proses penyederhanaan data informasi, mengolah data yang diperoleh menjadi laporan, kemudian memadatkan dan memfokuskan pada isu – isu penting. Tema dan sistem terstruktur, mengompresi data memberikan hasil yang jelas dan juga mempermudah pencarian hasil.

b. Penyajian Data

Pada tahap ini data atau informasi disajikan secara tematik kepada pembaca yang bertujuan untuk memahami gambaran keseluruhan dari suatu bagian kajian tertentu. Dalam penelitian kualitatif, biasanya lebih fokus pada apa yang dikatakan dan dilakukan dalam situasi tertentu.

c. Penarikan Kesimpulan/Verifikasi

Ini adalah tahap akhir di mana peneliti terus menganalisis data baik saat dikumpulkan atau setelah dikumpulkan. Dalam penelitian kualitatif, kesimpulan ditarik secara induktif yaitu peneliti memulai dengan kasus-kasus khusus berdasarkan pengalaman praktis dan kemudian merumuskan sebagai model umum, konsep, teori, prinsip atau definisi.

H. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan merupakan suatu urutan rencana penelitian yang akan ditulis secara naratif. Dalam sistematika penulisan juga memuat penjelasan rangkaian tiap bab dalam penyusunan proposal skripsi yang menunjukkan hubungan kronologis secara sistematis. Maka berikut peneliti membuat sistematika sesuai dengan pedoman penyusunan skripsi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UIN Walisongo Semarang dengan rincian sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini akan berisi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian. Pada bab ini juga memuat tinjauan pustaka, metode penelitian, dan sistematika dalam penulisan skripsi. Di atas juga telah dijelaskan terkait latar belakang mengenai implementasi kebijakan terkait UHC di Kecamatan Semarang Utara. Selain itu, juga dirumuskan dua rumusan masalah yang berkaitan dengan latar belakang yang telah dijabarkan. Serta tujuan dan manfaat penelitian dipaparkan dari segi teoritis maupun praktis. Pun tertuang hasil review penelitian terdahulu. Dan juga pada bab ini juga dijelaskan penggunaan teknik dan metode pengumpulan data.

BAB II KERANGKA TEORI

Pada bab ini akan berisi terkait teori yang relevan untuk digunakan pada objek penelitian yaitu implementasi kebijakan UHC di Kecamatan Semarang Utara. Pada penelitian ini, penulis akan merujuk pada teori implementasi kebijakan model Merilee S. Grindle. Teori ini akan digunakan untuk menganalisis sejauh mana implementasi kebijakan UHC berhasil dilaksanakan serta untuk mengetahui hambatan apa saja yang terjadi.

BAB III GAMBARAN OBJEK PENELITIAN

Bab ketiga memuat gambaran secara umum tentang objek yang akan diteliti. Gambaran tersebut meliputi kondisi geografis, demografi, ekonomi, pendidikan, dan sosial budaya Kota Semarang. Pada penelitian ini juga akan menggambarkan indeks kesehatan warga kota Semarang dan pusat pelayanan kesehatan di Kota Semarang sebagai objeknya.

BAB IV IMPLEMENTASI KEBIJAKAN UHC (*UNIVERSAL HEALTH COVERAGE*) DI KECAMATAN SEMARANG UTARA DENGAN PENDEKATAN VARIABEL ISI KEBIJAKAN TEORI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN MERIELE S. GRINDLE

Pada bab keempat akan menjelaskan jawaban dari rumusan masalah yang tertera pada poin pertama terkait implementasi kebijakan UHC. Dalam hal ini, akan dijawab pertanyaan mengenai bagaimana implementasi terkait kebijakan UHC yang dilakukan oleh Pemkot Semarang sebagai inovasi dalam pelayanan kesehatan dengan dianalisa dan dinarasikan melalui pendekatan teori implementasi kebijakan yang digagas oleh Merilee S. Grindle secara deskriptif. Selain itu berisi jawaban atas rumusan masalah yang kedua yakni apa saja hambatan yang dialami selama kebijakan tersebut diimplementasikan.

BAB V IMPLEMENTASI KEBIJAKAN UHC (*UNIVERSAL HEALTH COVERAGE*) DI KECAMATAN SEMARANG UTARA DENGAN PENDEKATAN VARIABEL KONTEKS IMPLEMENTASI TEORI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN MERIELE S. GRINDLE

Tak jauh berbeda dengan bab keempat, pada bab kelima ini berisikan analisa dari rumusan masalah kedua terkait dampak dari implementasi kebijakan UHC terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Kecamatan Semarang Utara. Pembahasan pada bab ini merupakan analisa dari jawaban yang telah dikumpulkan dari para informan atau narasumber seperti petugas pengurus keanggotaan UHC di Mall Pusat Pelayanan, Dinas Kesehatan Kota Semarang, BPJS Kesehatan Kota Semarang, petugas pemberi pelayanan di Kecamatan Semarang Utara, serta masyarakat di Kecamatan Utara selaku penerima pelayanan kesehatan dan sasaran implementasi kebijakan. Serta nantinya dikorelasikan dengan teori implementasi kebijakan menurut Merilee S. Grindle.

BAB VI PENUTUP

Pada bab ini akan berisi kesimpulan, saran, ataupun rekomendasi dari penelitian yang dilakukan oleh penulis. Dalam bab ini, peneliti menarik kesimpulan dari pembahasan tentang

implementasi kebijakan terkait UHC yang meliputi hambatan maupun dampaknya pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Sedangkan pada saran, peneliti akan memberikan pandangannya pada pemerintah dan penyelenggara pelayanan kesehatan kesehatan di Kota Semarang dan di Kecamatan Semarang Utara.

BAB II

KERANGKA TEORI

A. Konsep Kebijakan Publik

1. Pengertian Kebijakan

Sangat diperlukan untuk mengkaji terlebih dahulu mengenai konsep kebijakan atau *policy* sebelum membahas lebih jauh mengenai konsep kebijakan publik. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kebijakan memiliki arti yaitu rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam melaksanakan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak yang berkaitan dengan pemerintahan, organisasi atau sejenisnya dalam menyampaikan pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip, serta garis pedoman untuk mengatur sesuatu dalam mengusahakan mencapai suatu sasaran atau tujuan.

Dikutip dari (Agustino, 2008) Carl J Federick mendefinisikan suatu kebijakan sebagai rangkaian kegiatan atau tindakan yang direncanakan seseorang, suatu kelompok, atau pemerintahan dalam suatu lingkungan yang terdapat suatu permasalahan atau hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap usuan kebijaksanaan dalam rangka untuk mencapai tujuan tertentu. Pendapat tersebut juga menunjukkan bahwa isi kebijakan melibatkan perilaku yang memiliki maksud dan tujuan sebagai bagian penting dari definisi kebijakan itu sendiri, karena suatu kebijakan perlu menunjukkan apa yang sesungguhnya dikerjakan daripada apa yang diusulkan dalam beberapa kegiatan untuk menyelesaikan suatu masalah.

Sedangkan menurut Solichin Abdul Wahad dalam (Akib 2010) mengistilahkan bahwa kebijakan merupakan silang pendapat atau merupakan hasil dari perdebatan orang-orang yang ahli dibidangnya. Maka dari itu, ia memberikan beberapa pedoman untuk memahami istilah kebijakan dengan cara:

- a) Kebijakan harus dibedakan berdasarkan keputusannya

- b) Kebijakan yang sesungguhnya tidak dapat dibedakan hanya melalui administrasinya
- c) Kebijakan meliputi tingkah laku serta tujuan yang ingin diraih
- d) Kebijakan meliputi ada ataupun tidak adanya tindakan
- e) Kebijakan harus memiliki tujuan akhir yang ingin diraih
- f) Setiap kebijakan mempunyai tujuan atau sasaran tertentu baik yang dituangkan secara jelas maupun tidak
- g) Kebijakan tercipta melalui sebuah proses yang berlangsung sepanjang waktu
- h) Kebijakan meliputi segala macam hubungan antar organisasi maupun intra organisasi
- i) Kebijakan mencerminkan peran dari lembaga-lembaga pemerintah
- j) Kebijakan itu dirumuskan atau didefinisikan secara subjektif.

Menurut Irfan Islamy yang dikutip dari (Imronah 1984) kebijakan harus dibedakan dari kebijaksanaan. Meskipun "policy" diterjemahkan sebagai kebijakan dan "wisdom" sebagai kebijaksanaan, konsep kebijaksanaan mengimplikasikan pertimbangan yang lebih mendalam, sementara kebijakan mencakup aturan-aturan yang terkandung di dalamnya. Sedangkan menurut James E. Anderson, sebagaimana dikutip dari (Nurmayana Siregar, Se 2022) kebijakan adalah "serangkaian tindakan yang dimaksudkan yang diikuti oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku dalam menangani suatu masalah atau masalah yang dikhawatirkan". Konsep yang ditawarkan oleh Anderson lebih tepat dirasa karena memusatkan perhatian pada sesuatu yang sebenarnya harus dilakukan bukan hanya pada sesuatu yang direncanakan. Selain itu, konsep ini dengan tegas membedakan antara kebijakan (*policy*) dengan keputusan (*decision*) yang memiliki arti memilih diantara berbagai alternatif yang ada.

Pendapat lainnya dari Richard Rose dalam (Tisngati et al. 2015) ia berpendapat bahwa kebijakan seharusnya dipahami sebagai sebuah

kegiatan yang saling berhubungan serta memiliki dampak bagi mereka yang terhubung di dalamnya sebagai suatu keputusan yang berdiri sendiri. Pendapat tersebut setidaknya menjelaskan bahwa kebijakan dan keputusan merupakan hal yang berbeda, karena pada dasarnya kebijakan merujuk pada arah atau kegiatan untuk mencapai tujuan tertentu bukan hanya sekadar keputusan untuk melakukan sesuatu.

Berdasarkan pendapat berbagai ahli di atas maka dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa kebijakan merupakan bentuk tindakan atau kegiatan yang dengan sengaja dilakukan oleh seseorang, suatu kelompok, atau pemerintah yang di dalamnya terdapat unsur keputusan yang berupaya dilakukan untuk menjawab permasalahan atau mencapai tujuan tertentu.

2. Pengertian Kebijakan Publik

Kebijakan publik memiliki lingkup studi yang sangat luas dari berbagai macam bidang seperti ekonomi, politik, sosial, budaya, hukum, dan sebagainya. Jika dilihat dari hierarkinya, kebijakan publik bisa bersifat nasional, regional, maupun lokal seperti undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden, peraturan menteri, bahkan sampai ke keputusan bupati/walikota. Istilah kebijakan publik memiliki banyak pengertian berdasarkan sudut pandang yang digunakan. Menurut Easton, kebijakan publik dapat didefinisikan sebagai "*the authoritative allocation of values for the whole society*" atau sebagai pengalokasian nilai-nilai yang berwibawa bagi seluruh masyarakat. Sementara menurut Laswell dan Kaplan, kebijakan publik merupakan "*a project program of goal, value, and practice*" atau sesuatu program yang direncanakan untuk mencapai tujuan dan nilai-nilai dalam praktik yang terarah.

Menurut Pressman dan Widavsky sebagaimana dikutip dalam (Desrinelti, Afifah, and Gistituati 2021) mendefinisikan kebijakan publik sebagai hipotesis yang memuat kondisi awal dan akibat yang

dapat diprediksi merupakan bagian dari kebijakan publik. Penting untuk membedakan kebijakan publik dari bentuk kebijakan lainnya, seperti kebijakan swasta, yang dipengaruhi oleh faktor-faktor di luar pemerintah. Sedangkan Robert Eyestone yang dikutip dalam (Agustino, 2008) mendefinisikan bahwa kebijakan publik sebagai hubungan antara pemerintah dengan lingkungannya. Definisi tentang kebijakan publik tersebut masih dianggap terlalu luas untuk dipahami, karena apa yang dimaksud dengan kebijakan publik melalui definisi tersebut dapat mencakup banyak hal.

Menurut Riant Nugroho dalam (Imanuddin Hasbi, 2021) ada dua sifat yang melekat pada kebijakan publik, yakni: 1) kebijakan publik adalah konsep yang sederhana untuk dipahami karena bertujuan untuk mencapai tujuan nasional; 2) kebijakan publik mudah diukur karena kemajuan dalam mencapai tujuan dapat diukur dengan jelas. Sedangkan menurut Woll yang dikutip dalam (Ramdhani, mengatakan bahwa kebijakan publik merujuk pada serangkaian tindakan yang dilakukan oleh pemerintah untuk mengatasi masalah yang ada dalam masyarakat, baik melalui intervensi langsung maupun melalui berbagai lembaga yang memengaruhi kehidupan sosial.

Thomas R. Dye dalam (Papilaya 2020) mendefinisikan kebijakan publik sebagai “*is whatever government choose to do or not to do*” artinya apapun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau untuk tidak dilakukan. Definisi tersebut lebih menekankan bahwa kebijakan publik adalah sebuah perwujudan atau tindakan dan bukan hanya semata-mata pernyataan keinginan pemerintah atau pejabat publik. Sementara itu, ketika pemerintah memutuskan untuk tidak melakukan suatu tindakan, itu juga dianggap sebagai bagian dari kebijakan publik karena memiliki dampak yang sama dengan keputusan untuk melakukan sesuatu.

Beberapa pakar mendefinisikan kebijakan publik sebagai langkah-langkah yang diambil oleh pemerintah dalam menanggapi krisis atau

permasalahan yang ada dalam masyarakat. Chandler dan Plano dalam (Wahab 2016) menggambarkan kebijakan publik sebagai strategi penggunaan sumber daya yang tersedia untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi oleh pemerintah atau masyarakat. Selanjutnya dijelaskan bahwa kebijakan publik merupakan upaya berkelanjutan dari pemerintah untuk mendukung kelompok-kelompok yang kurang beruntung dalam masyarakat, memberikan mereka kesempatan untuk hidup dan berpartisipasi dalam proses pembangunan secara keseluruhan.

David Easton, seperti yang dikutip dalam (Agustino, 2008), mendefinisikan kebijakan publik sebagai "penetapan nilai-nilai yang berwibawa bagi seluruh masyarakat". Definisi ini menegaskan bahwa hanya pemerintah, yang memiliki kewenangan dalam sistem politik, yang memiliki kekuasaan untuk bertindak dalam masyarakatnya. Keputusan pemerintah untuk bertindak atau tidak bertindak tercermin dalam alokasi nilai-nilai. Ini disebabkan oleh peran pemerintah sebagai "otoritas dalam sistem politik", yang terlibat dalam urusan politik sehari-hari dan bertanggung jawab atas penyelesaian masalah tertentu di masyarakat, di mana mereka diharapkan untuk membuat keputusan yang akan diakui dan mengikat sebagian besar anggota masyarakat selama periode waktu tertentu.

Berdasarkan pandangan beberapa ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik merupakan rangkaian langkah yang diambil atau tidak diambil oleh pemerintah dengan tujuan memecahkan masalah-masalah publik atau untuk kepentingan publik secara umum. Kebijakan untuk bertindak biasanya diatur dalam peraturan perundang-undangan yang dikeluarkan oleh pemerintah, sehingga memiliki sifat yang mengikat dan memaksa.

3. Tahapan Kebijakan Publik

Pembuatan kebijakan publik merupakan suatu proses yang rumit karena melibatkan berbagai proses dan faktor yang harus

dipertimbangkan. Beberapa pakar politik membagi proses pembuatan kebijakan publik menjadi beberapa tahap untuk mempermudah analisis. Meskipun demikian, urutan tahapan ini dapat berbeda menurut pandangan para ahli. William Dunn, sebagaimana dikutip dalam (Wahab 2016), mengidentifikasi tahapan-tahapan kebijakan publik sebagai berikut:

a) Tahap Penyusunan Agenda

Pejabat terpilih dan diangkat bertanggung jawab untuk menetapkan masalah-masalah yang akan menjadi perhatian publik. Sebelumnya, masalah-masalah ini bersaing untuk dimasukkan ke dalam agenda kebijakan. Akhirnya, beberapa masalah akan dimasukkan ke dalam agenda kebijakan oleh para perumus kebijakan. Pada tahap ini, ada kemungkinan bahwa beberapa masalah tidak disentuh sama sekali, sementara yang lain diberikan perhatian khusus, atau bahkan beberapa masalah tertunda untuk waktu yang tidak ditentukan karena alasan-alasan tertentu.

b) Tahap Formulasi Kebijakan

Setelah masalah-masalah dimasukkan ke dalam agenda kebijakan, para pembuat kebijakan membahasnya. Masalah-masalah tersebut didefinisikan dengan tujuan menemukan solusi terbaik. Solusi-solusi ini berasal dari berbagai alternatif kebijakan yang ada. Dalam proses perumusan kebijakan, setiap alternatif bersaing untuk dipilih sebagai kebijakan yang akan diimplementasikan untuk menyelesaikan masalah. Dalam tahap ini, setiap aktor akan bersaing dan berupaya untuk mengusulkan solusi terbaik.

c) Tahap Adopsi Kebijakan

Dari beragam opsi kebijakan yang diajukan oleh perumus kebijakan, akhirnya satu dari opsi tersebut diambil dengan

dukungan mayoritas di legislatif, melalui konsensus antara direktur lembaga, atau melalui keputusan pengadilan.

d) Tahap Implementasi Kebijakan

Sebuah program kebijakan hanya akan menjadi catatan elit jika tidak dijalankan, yaitu tidak dilaksanakan oleh lembaga administrasi dan agen pemerintah di tingkat operasional. Pelaksanaan kebijakan yang telah diambil dilakukan oleh unit-unit administrasi yang menggerakkan sumber daya keuangan dan tenaga kerja. Pada tahap implementasi ini, berbagai kepentingan akan bersaing satu sama lain. Beberapa implementasi kebijakan mungkin akan didukung oleh para pelaksana, namun yang lain mungkin akan menemui resistensi dari pihak pelaksana.

e) Tahap Evaluasi Kebijakan

Pada tahap ini, kebijakan yang sudah diterapkan akan dievaluasi untuk menilai sejauh mana keberhasilannya dalam mencapai dampak yang diinginkan, yakni menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh masyarakat. Oleh karena itu, ditetapkan parameter atau kriteria sebagai dasar untuk menilai apakah kebijakan publik yang telah dilaksanakan telah mencapai dampak atau tujuan yang diharapkan atau belum.

4. Faktor yang Mempengaruhi Pembuatan Kebijakan

Menurut Suharno (Wahab 2016) proses perumusan kebijakan merupakan tugas yang rumit dan kompleks yang tidaklah sederhana yang mungkin diharapkan. Meskipun begitu, administrator dari sebuah organisasi, institusi, atau lembaga diharapkan memiliki tanggung jawab, kemauan, dan keterampilan yang diperlukan untuk merancang kebijakan dengan mempertimbangkan risiko yang diinginkan (risiko yang diinginkan) maupun yang tidak diinginkan (risiko yang tidak diinginkan).

Pembuatan kebijakan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Salah satu aspek penting yang perlu diwaspadai dan kemudian dapat diantisipasi adalah terjadinya kesalahan umum dalam proses pembuatan kebijakan. Beberapa faktor yang mempengaruhi pembuatan kebijakan yaitu:

a) Adanya pengaruh tekanan dari luar

Tuntutan dari luar tidak jarang membuat pembuat kebijakan harus memenuhinya dalam proses pembuatan kebijakan. Tidak menutup kemungkinan bahwa ada aktor-aktor atau pihak yang menginginkan kebijakan yang menguntungkan bagi beberapa pihak dan menyebabkan pembuatan kebijakan mendapatkan tekanan.

b) Adanya pengaruh kebiasaan lama

Praktik lama dalam sebuah organisasi, yang disebut sebagai sunk cost menurut Nigro, seperti kebijakan investasi modal yang masih belum profesional dan terkadang terlalu birokratis, cenderung akan dipertahankan oleh para administrator meskipun keputusan atau kebijakan terkait telah dikritik karena dianggap salah dan perlu diperbaiki. Kebiasaan lama ini seringkali secara terus-menerus diikuti, terutama jika kebijakan yang ada dinilai memuaskan.

c) Adanya pengaruh sifat-sifat pribadi

Keputusan dan kebijakan yang dibuat oleh para pengambil keputusan seringkali sangat dipengaruhi oleh karakteristik pribadi mereka. Sifat-sifat personal memiliki peran signifikan dalam penentuan keputusan dan kebijakan.

d) Adanya pengaruh dari kelompok luar

Kelompok luar atau pihak-pihak yang memiliki kepentingan tertentu atau lingkungan sosial dari para pembuat kebijakan juga memiliki peran yang besar dalam mempengaruhi proses pembuatan kebijakan.

e) Adanya pengaruh keadaan masa lalu

Faktor ini mengacu pada bagaimana pengalaman latihan dan pengalaman kerja masa lalu berdampak pada pembuatan kebijakan dan keputusan. Sebagai contoh, seseorang mungkin khawatir untuk memberikan wewenang kepada orang lain karena takut akan penyalahgunaan.

5. Kerangka Kerja Kebijakan Publik

Menurut Suharno dalam (Wahab 2016) kerangka kebijakan publik ditentukan oleh beberapa variabel, yaitu:

- a) Mencapai tujuan, yang mencakup kerumitan tujuan yang ingin dicapai. Semakin rumit tujuan kebijakan, semakin sulit untuk mencapai kinerja kebijakan. Sebaliknya, semakin sederhana tujuan kebijakan, semakin mudah untuk mencapainya.
- b) Preferensi nilai yang perlu dipertimbangkan. Kebijakan yang melibatkan berbagai nilai akan lebih sulit dicapai daripada kebijakan yang hanya mengejar satu nilai.
- c) Dukungan sumber daya kebijakan. Kinerja kebijakan akan dipengaruhi oleh sumber daya keuangan, materiil, dan infrastruktur yang tersedia.
- d) Keterlibatan aktor dalam pembuatan kebijakan. Kualitas kebijakan akan dipengaruhi oleh kualitas aktor kebijakan yang terlibat dalam proses pembuatan kebijakan, termasuk pendidikan, kompetensi, pengalaman, dan integritas moral mereka.
- e) Konteks lingkungan, termasuk aspek sosial, ekonomi, politik, dan lainnya. Kinerja kebijakan akan dipengaruhi oleh kondisi sosial, ekonomi, dan politik tempat kebijakan tersebut diterapkan.
- f) Strategi untuk mencapai tujuan. Cara yang digunakan untuk menerapkan kebijakan akan mempengaruhi kinerja kebijakan. Strategi dapat bersifat pendekatan dari atas ke bawah atau dari bawah ke atas, serta bisa otoriter atau demokratis.

B. Konsep Implementasi Kebijakan

1. Pengertian Implementasi Kebijakan

Suatu kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan biasanya dikaitkan dengan istilah implementasi. Dalam langkah mencapai tujuan yang telah dirancang sebelumnya dalam proses pengambilan keputusan atau kebijakan yang telah dibuat maka diperlukan implementasi kebijakan. Proses implementasi kebijakan publik adalah tahap yang krusial dalam mewujudkan kebijakan publik secara menyeluruh. Menurut Webster dalam (Mansur 2021) ia merumuskan secara singkat bahwa untuk mengimplementasikan suatu kebijakan maka perlu menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu yang menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu.

Sedangkan George C. Edwards III mengartikan bahwa implementasi kebijakan merupakan serangkaian tindakan yang diambil pemerintah setelah kebijakan diadopsi untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan sumber daya, organisasi, serta individu dalam rangka mencapai tujuan kebijakan yang telah ditetapkan. (Marsari, Hairani, and Gistituati 2021). Sedangkan Van Meter dan Van Horn dalam (GFallis 2013) mengartikan implementasi sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh indivisdu-individu atau pejabat pemerintah atau bahkan swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditentukan dalam keputusan kebijakan.

Pendapat lain menurut Ripley dan Franklin (Mansur 2021) mengatakan bahwa implementasi kebijakan merupakan kebijakan, keuntungan, atau jenis output yang nyata yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan sebagai pemberi otoritas. Menurutnya, tindakan yang dilakukan oleh para birokrat yang dimaksudkan sebagai komponen pendukung berjalannya kebijakan merupakan suatu bentuk dari implementasi kebijakan. Sedangkan Grindle berpendapat bahwa implementasi kebijakan bukan hanya sebuah hubungan dengan penjabaran mekanisme segala keputusan politik ke dalam prosedur

rutin lewat saluran birokrasi melainkan lebih dari itu. Implementasi kebijakan berhubungan masalah konflik keputusan dan siapa yang memperoleh sesuatu dari kebijakan.

Pressman dan Wildavsky dalam (Agustino, 2008) mengartikan implementasi Untuk melaksanakan kebijakan, yang melibatkan pemenuhan janji-janji sebagaimana tercantum dalam dokumen kebijakan, menghasilkan output sesuai dengan tujuan kebijakan, dan menyelesaikan misi yang harus direalisasikan dalam tujuan kebijakan. Implementasi kebijakan melibatkan tindakan menyampaikan hasil kebijakan dari para pelaksana kepada kelompok sasaran sebagai langkah untuk mencapai tujuan kebijakan. Keberhasilan tujuan kebijakan diharapkan tercapai ketika hasil kebijakan dapat diterima dan dimanfaatkan secara efektif oleh kelompok sasaran, sehingga pada akhirnya, hasil kebijakan dapat terwujud dalam jangka panjang.

Sedangkan menurut Purwanto dalam (Akib 2010) Untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang implementasi, dapat dilakukan dengan dua pendekatan. Pertama, memahami implementasi sebagai bagian dari proses atau siklus kebijakan. Implementasi merupakan satu tahap dari serangkaian proses atau siklus kebijakan. Kedua, menganggap implementasi kebijakan sebagai suatu bidang studi. Perspektif ini penting dalam upaya para ahli untuk memahami masalah yang terkait dengan implementasi itu sendiri. Memandang implementasi sebagai bidang studi melibatkan aspek-aspek kunci seperti ontologi, epistemologi, dan aksiologi terkait dengan subjek yang dipelajari, cara pemahaman terhadap objek tersebut, dan rekomendasi tindakan yang diperlukan.

Menurut penjelasan Schneieder dalam (muhammad, 2014) ada lima faktor yang mempengaruhi kesuksesan implementasi, yakni: keberlanjutan, integritas teoritis, cakupan, kapasitas, dan konsekuensi yang tidak diinginkan. Sabatier, seperti yang dikutip dalam karya Purwanto dan Sulistyastuti, mengidentifikasi enam variabel utama

yang berperan dalam keberhasilan atau kegagalan implementasi, yaitu: kejelasan dan konsistensi tujuan kebijakan, dukungan teori yang kuat, dasar hukum yang jelas dalam proses implementasi untuk memastikan kepatuhan, komitmen dan keahlian para pelaksana, dukungan dari para pemangku kepentingan, serta stabilitas kondisi sosial, ekonomi, dan politik.

Berdasarkan perspektif diatas dapat diketahui implementasi suatu kebijakan bukan hanya terkait dengan tindakan birokrat administratif yang bertugas melakukan program serta menciptakan keikutsertaan dari kelompok sasaran. Lebih dari itu, proses ini juga melibatkan dinamika kekuatan politik, ekonomi, dan sosial yang dapat memengaruhi perilaku semua pihak yang terlibat, baik secara langsung maupun tidak langsung. Akhirnya, hal ini akan berdampak pada konsekuensi logis terhadap hasil yang diharapkan dari kebijakan tersebut.

2. Model Implementasi Kebijakan

Ada beberapa model yang menjadi pedoman dalam merancang dan menjalankan implementasi kebijakan publik. Cara implementasi kebijakan tersebut dilakukan akan mempengaruhi unsur-unsur yang terlibat di dalamnya, termasuk aparatur dan masyarakat. Adapun beberapa model implementasi kebijakan publik menurut beberapa ahli adalah sebagai berikut:

a) Model George C. Edwards III

Dalam studi implementasi kebijakan, fokus awalnya adalah pada apa yang menjadi kondisi-kondisi prasyarat untuk kesuksesan kebijakan publik serta mengidentifikasi hambatan utamanya. Edwards III menyajikan empat faktor yang perlu dipertimbangkan dalam proses implementasi kebijakan publik, yaitu: komunikasi, sumber daya, sikap atau disposisi, dan struktur birokrasi. Penjelasan tentang keempat faktor tersebut

mencakup aspek komunikasi, alokasi sumber daya, sikap pelaksana, dan struktur organisasi birokratik.

b) Model Donald Van Meter dan Carel Van Horn

Van Meter dan Van Horn merumuskan model implementasi kebijakan sebagai sebuah ringkasan yang menggambarkan hubungan antara berbagai variabel yang memengaruhi efisiensi suatu kebijakan. Terdapat enam faktor yang memengaruhi pelaksanaan, termasuk:

1) Standar dan sasaran kebijakan

Prestasi implementasi kebijakan bisa dinilai dari sejauh mana standar dan tujuan kebijakan mencerminkan realitas sosio-kultural di tingkat pelaksanaan. Ketika standar dan tujuan kebijakan terlalu idealis, akan sulit untuk diwujudkan.

2) Sumber daya

Sumber daya memainkan peran krusial dalam keberhasilan implementasi kebijakan, dengan sumber daya manusia menjadi faktor terpenting di samping sumber daya finansial dan waktu.

3) Karakteristik organisasi pelaksana

Entitas yang menjalankan kebijakan terbagi menjadi organisasi formal dan informal yang terlibat dalam proses implementasi. Kinerja implementasi kebijakan dipengaruhi oleh atribut dari agen pelaksana. Pertimbangan penting dalam menentukan agen pelaksana kebijakan adalah cakupan atau jangkauan wilayah yang terlibat.

4) Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan

Untuk menjalankan kebijakan publik secara efisien, penting bagi para pelaksana kebijakan untuk memahami standar tujuan yang dikehendaki. Komunikasi yang konsisten dan

seragam diperlukan untuk menyampaikan informasi kepada para pelaksana tentang standar dan tujuan tersebut. Tingkat kesalahan dapat diminimalkan dengan peningkatan koordinasi dan komunikasi di antara pihak yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan.

5) Disposisi atau sikap para pelaksana

Menurut Van Metter dan Van Horn dalam (Agustino, 2008) “Kebijakan publik biasanya bersifat *top down*, dan sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan, atau permasalahan yang harus diselesaikan”. Menurut Van Metter dan Van Horn juga ada tiga jenis respons yang memengaruhi kesediaan dan kemampuan pelaksana untuk menjalankan suatu kebijakan. Pertama, adalah pemahaman dan kedalaman pengetahuan terhadap kebijakan, yang akan menentukan apakah mereka menerima, netral, atau menolak kebijakan tersebut. Kedua, adalah tingkat intensitas keterlibatan terhadap kebijakan.

6) Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik

Selanjutnya, tingkat dukungan dari lingkungan eksternal juga mempengaruhi keberhasilan kebijakan publik. Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik yang tidak mendukung dapat menjadi sumber masalah dan menyebabkan kegagalan dalam implementasi kebijakan.

c) Model Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sebatier

Menurut Mazmanian dan Sebatier dalam (Nurmayana Siregar, Se 2022) ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, yaitu:

- 1) Variabel Independen, yang meliputi seberapa mudah masalah dapat dikendalikan, termasuk indikator dukungan dari teori dan teknologi, keragaman perilaku kelompok

sasaran, serta tingkat perubahan perilaku yang diinginkan. Variabel ini juga dikenal sebagai karakteristik dari masalah.

- 2) Variabel Intervening, yang mencakup kemampuan kebijakan untuk mengorganisir proses implementasi, dengan indikator seperti kejelasan dan konsistensi tujuan, penerapan teori kausal, alokasi dana yang tepat, integrasi hierarkis di antara lembaga pelaksana, serta kebijakan rekrutmen dan keterbukaan terhadap pihak eksternal. Variabel ini juga dikenal sebagai karakteristik kebijakan.
- 3) Variabel Eksternal, yang mencakup faktor-faktor di luar kebijakan yang memengaruhi proses implementasi, seperti kondisi sosio-ekonomi dan teknologi, dukungan dari publik, sikap dan dukungan dari konstituen, dukungan dari pejabat yang lebih tinggi, serta komitmen dan kualitas kepemimpinan dari pejabat pelaksana.

Proses implementasi kebijakan dipahami melalui tiga perspektif berbeda, yaitu dari pembuat kebijakan dengan substansi kebijakannya, pejabat pelaksana di lapangan sebagai pelaksana, dan aktor individu sebagai kelompok sasaran.

C. Teori Implementasi Kebijakan Grindle

Penulis mengadopsi teori implementasi kebijakan untuk menganalisis permasalahan utama yang akan dibahas yaitu Bagaimana Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kecamatan Semarang Utara.

1. Pengertian Implementasi Kebijakan Grindle

Menurut Grindle dalam (Grindle 1980) implementasi merupakan aktivitas pemerintah dalam menciptakan suatu hubungan yang memungkinkan segala tujuan kebijakan publik dapat terealisasi. Grindle juga berpendapat bahwa kebijakan bermula ketika sudah menentukan tujuan dan sasaran, perancangan program juga sudah

dilakukan, dan anggaran sudah ditentukan untuk mewujudkan tujuan suatu kebijakan. Menurutnya hasil dari suatu kebijakan bergantung pada implementasi kebijakan, maka dari itu kedua hal itu tidak dapat dipisahkan. Keberhasilan dan kegagalan suatu program dapat dilihat bagaimana program secara keseluruhan dituangkan dan bagaimana implementasi kebijakan yang digunakan untuk mengevaluasi sejalannya tujuan kebijakan dan hasil program kebijakan.

Dengan kata lain, hubungan antara kebijakan dan program dalam suatu implementasi kebijakan merupakan fungsi dari implementasi program yang berpengaruh pada hasil dari implementasi kebijakan. Hasil penelitian dan analisis selalu diikutsertakan dalam proses implementasi kebijakan sebagai bentuk pelaksanaan program yang nyata dan menjadi alat yang bisa dijadikan sasaran kebijakan yang luas.

Secara singkat implementasi juga diartikan sebagai sebuah konsep yang menghubungkan antara tujuan kebijakan dengan perwujudan melalui hasil kegiatan pemerintah seperti yang dikatakan Grindle dalam (Grindle 1980) bahwa:

“secara umum tugas implementasi adalah membangun hubungan yang memungkinkan tujuan kebijakan yang ingin diwujudkan sebagai hasil kegiatan pemerintahan. Oleh karena itu, implementasi kebijakan membutuhkan sistem realisasi yang dirancang secara spesifik dengan harapan dapat mencapai tujuan tertentu”.

Dengan demikian Grindle mengungkapkan bahwa dasarnya implementasi bertugas membangun suatu hubungan yang dapat memudahkan berbagai tujuan kebijakan agar mampu terwujud sebagai dampak dari aktivitas pemerintah. Implementasi kebijakan berusaha mewujudkan berbagai tujuan melalui aktivitas yang diadakan oleh pemerintah serta berhubungan dengan dampak yang dihasilkan dari kebijakan itu sendiri. Grindle memandang implementasi kebijakan tidak hanya pada proses pelaksanaan kebijakan dalam mewujudkan

tujuan yang sudah direncanakan, melainkan juga memperhatikan dampak yang diberikan dari kebijakan yang telah dilaksanakan.

2. Model Implementasi Kebijakan Grindle

Model implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Grindle dalam dikenal (Agustino, 2008) dengan “*implementation as a political and administrative process*” atau implementasi sebagai proses politik dan administrasi. Melalui model ini, Grindle mendeskripsikan berbagai kegiatan yang dilakukan oleh pemangku kepentingan dari awal proses pengambilan keputusan sampai hasil akhir yang diharapkan dari program yang direncanakan atau melalui hubungan antar pembuat keputusan. Pada saat proses pengambilan keputusan yang melibatkan banyak pihak dilaksanakan bisa pula terlihat proses politiknya, sedangkan itu proses administrasi dapat terlihat dari proses umum termuatnya program dalam suatu kebijakan. Implementasi dianggap menyajikan pendekatan berpikir yang komprehensif karena melibatkan berbagai aspek dalam suatu kebijakan termasuk pelaksana kebijakan, penerima kebijakan, konflik yang berpotensi di antara para pelaksana kebijakan, serta sumber daya yang diperlukan untuk pelaksanaan (Agustino, 2008).

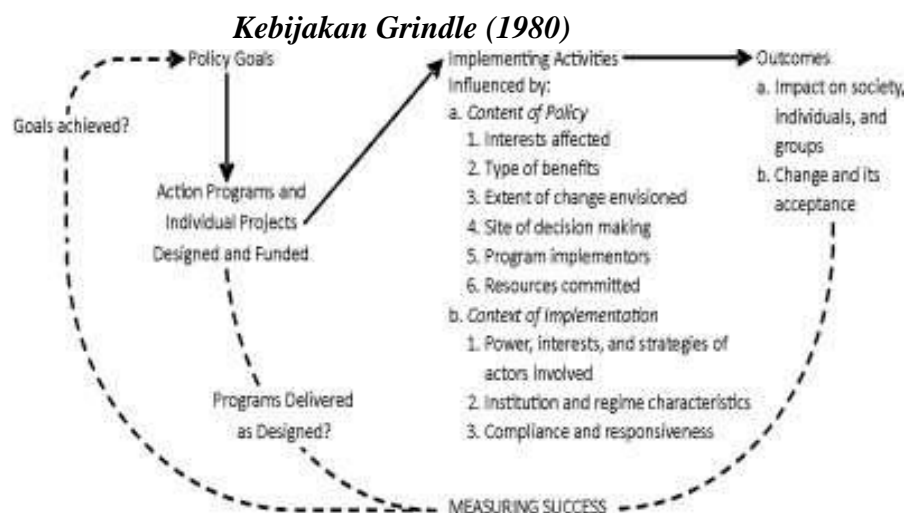
Pandangan Grindle mengenai implementasi kebijakan bahwa sebuah kebijakan seharusnya memiliki tujuan yang jelas dan mencerminkan nilai-nilai serta substansi dari kebijakan tersebut dimaksudkan untuk mengimplementasikan kebijakan melalui program yang telah ditetapkan, disusun, dan dibiayai. Grindle menjelaskan bahwa implementasi kebijakan bukan hanya berfokus pada aspek birokrasi sebagai pelaksana, tetapi juga harus memperhatikan keseluruhan proses terutama harus lebih berfokus secara mendalam pada kelompok sasaran program. Menurut teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Grindle, ada berbagai faktor pengaruh yang berperan dalam mewujudkan keberhasilan suatu kebijakan dan dapat terlihat pada proses perolehan hasil akhir

(*outcomes*) apakah terwujud atau tidaknya tujuan yang sudah direncanakan.

Menurut Grindle, keberhasilan suatu implementasi kebijakan publik dapat dilakukan dengan mengukur proses pencapaian (*outcomes*) yaitu tercapai atau tidaknya tujuan yang sudah direncanakan. Mengukur keberhasilan implementasi kebijakan dapat dilihat melalui dua hal, yaitu:

- a. Proses pelaksanaan kebijakan, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan kebijakan sesuai dengan desain yang telah ditentukan dengan merujuk pada aksi kebijakannya.
- b. Tercapai atau tidaknya tujuan kebijakan. Hal ini diukur melalui 2 faktor, yaitu:
 - Dampak atau efek yang diberikan kepada masyarakat baik secara individu atau kelompok.
 - Tingkat perubahan yang terjadi serta penerimaan kelompok sasaran terhadap Tingkat perubahan yang diberikan.

Gambar 2. 1 Kerangka Berpikir Teori Implementasi



Gambar diatas menjelaskan bahwa setiap kebijakan memerlukan tujuan yang jelas sebagai bentuk tujuan yang ingin dicapai oleh kebijakan itu sendiri. Tujuan implementasi kebijakan itu sendiri diwujudkan melalui program tertentu yang telah direncanakan, dibuat, dan dibiayai. Program yang telah dibuat juga harus dijalankan sesuai dengan rencana awal dan mencakup dua hal utama. Pertama, yaitu isi dari kebijakan itu sendiri, yang mencakup kepentingan yang mempengaruhi, tipe manfaat kebijakan, derajat perubahan yang ingin dicapai, letak pengambilan keputusan, pelaksana program, serta sumber daya yang digunakan. Kedua, yaitu lingkungan implementasi yang mencakup kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat, karakteristik lembaga yang berkuasa, tingkat respon dan kepatuhan pelaksana. Setelah program yang dibuat telah dijalankan dengan mencakup hal-hal utama, maka dilakukan evaluasi terkait implementasi kebijakan yang telah dilakukan untuk menilai program berdasarkan tujuan kebijakan. Penilaian program didasarkan dengan bagaimana kebijakan memberikan dampak kepada kelompok sasaran baik secara individu maupun kelompok dan bagaimana perubahan yang terjadi pada kelompok sasaran serta bagaimana kelompok sasaran menerimanya.

3. Faktor Keberhasilan Implementasi Kebijakan Grindle

Dalam bukunya, Grindle menjelaskan implementasi kebijakan dalam prosesnya dipengaruhi oleh beragam faktor dan beragam pelaksanaan dalam melaksanakan sistem kebijakan itu sendiri. Dapat dimengerti bahwa kinerja suatu kebijakan serta aktivitas suatu aturan kebijakan memiliki susunan yang saling berhubungan dengan Kumpulan sasaran dan bagaimana jumlah penyebab yang berasal dari lingkungan sekitar baik politik, sosial, maupun lainnya yang berakibat pada penyusunan kebijakan.

Grindle juga menjelaskan demi mewujudkan keberhasilan implementasi kebijakan perlu adanya kerja sama baik dari kebijakan,

lingkungan kebijakan, serta lembaga yang terlibat. Hal tersebut harus terlaksana dengan kebijakan yang tepat, sehingga tujuan yang telah ditentukan bisa sejalan dan kebijakan bisa dijalankan secara optimal. Pada proses implementasi selanjutnya akan dipengaruhi oleh faktor-faktor dan variabel yang saling berhubungan antara satu dengan lainnya yaitu isi kebijakan dan konteks implementasi. Dalam teori implementasi kebijakan Grindle, isi kebijakan (*content of policy*) meliputi kepentingan yang mempengaruhi, tipe manfaat kebijakan, derajat perubahan yang ingin dicapai, letak pengambilan keputusan, pelaksana program, serta sumber daya yang digunakan. Kemudian konteks implementasi (*context of implementation*) meliputi lingkungan implementasi yang mencakup kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat, karakteristik lembaga yang berkuasa, tingkat respon dan kepatuhan pelaksana. Berikut uraian dari faktor-faktor dan variabel yang mempengaruhi kebijakan implementasi menurut Grindle, yaitu:

a. Isi Kebijakan (*Content of Policy*)

1. Kepentingan yang Mempengaruhi (*Interest Affected*)

Pada indikator ini berargumen bahwa dalam proses implementasi kebijakan tentunya melibatkan banyak kepentingan yang memiliki andil terhadap keberlangsungan kebijakan itu sendiri. Selama prosesnya implementasi kebijakan juga dapat dipengaruhi oleh beberapa kepentingan baik dari kepentingan kelompok maupun individu. Beberapa kepentingan sebetulnya sudah diperlihatkan dari proses perencanaan sebuah kebijakan bahkan sampai kebijakan tersebut dilaksanakan. Artinya, kebijakan tak bisa terlepas dari kepentingan-kepentingan yang mengikutinya. Sampai sejauhmana kepentingan-kepentingan tersebut membawa pengaruh terhadap proses implementasi kebijakan itu sendiri (Nurmayana Siregar, Se 2022).

2. Tipe Manfaat (*Type of Benefits*)

Kebijakan yang telah dibuat diharapkan mampu memberikan solusi dan manfaat bagi permasalahan sosial yang ada di lingkungan masyarakat. Kebijakan yang dibuat mampu memberikan dampak positif dan mampu memberikan perubahan yang lebih baik. Manfaat dari kebijakan yang dibuat bisa memberikan gambaran dan menjelaskan bahwa pada suatu kebijakan memiliki berbagai macam manfaat yang menghasilkan serta memberikan manfaat positif pada kebijakan yang telah terlaksana (Tisngati et al. 2015).

3. Derajat Perubahan yang Ingin Dicapai (*Extent of Change Envision*)

Setiap kebijakan yang dibuat tentunya memiliki target yang harus diraih. Pada indikator ini menjelaskan bahwa proses implementasi kebijakan perlu memiliki suatu target perubahan nyata yang harus diraih oleh pembuat kebijakan. Tujuan dari implementasi kebijakan yaitu memberikan perubahan yang lebih baik, maka dari itu sebuah kebijakan perlu memiliki target seberapa besar perubahan yang ingin dicapai saat menetapkan sebuah kebijakan. Melalui target perubahan yang ditetapkan, para pembuat dan pelaksana kebijakan dapat melihat kebijakan tersebut memberikan perubahan ataukah sebaliknya (Imronah 1984).

4. Letak Pengambilan Keputusan (*Site of Decision Making*)

Pada implementasi kebijakan, indikator letak pengambilan keputusan merupakan indikator penting yang harus dijelaskan di mana letak pengambilan keputusan dari suatu kebijakan yang akan diimplementasikan. Letak pengambilan keputusan perlu diperhatikan supaya meminimalisir adanya tumpang tindih kebijakan yang dibuat karena setiap keputusan yang diambil dalam pembuatan

kebijakan mempunyai manfaat dan akan membawa perubahan sesuai dengan tujuan yang ditentukan (Sopah, Kusumawati, and Wahyudi 2020).

5. Pelaksana Program (*Program Implementors*)

Dalam menjalankan suatu kebijakan atau program yang telah dibuat dan mencapai tujuan dari kebijakan itu sendiri harus diikuti serta didukung dengan pelaksana kebijakan yang kompeten dan kapabel. Pelaksana program memiliki peran penting dalam mewujudkan tujuan-tujuan kebijakan yang sudah ditentukan dan tentunya juga didukung oleh elemen pendukung lainnya (Akib 2010).

6. Sumber Daya yang Digunakan (*Resources Committed*)

Pelaksanaan implementasi kebijakan harus didukung pula dengan sumber daya yang memudahkan agar prosesnya dapat berjalan dengan lancar. Sumber daya yang dimaksud dalam indikator ini bukan hanya sumber daya manusia, melainkan sumber daya lainnya seperti sumber daya anggaran dan sumber daya yang dijadikan objek dalam kebijakan. Sumber daya yang mencukupi diharapkan mampu mendukung terlaksananya implementasi kebijakan dengan lancar dan mampu mewujudkan tujuan-tujuan kebijakan (Askari 2014).

b. Konteks Implementasi (*Context of Policy*)

1. Kekuasaan, Kepentingan dan Strategi Aktor yang Terlibat dalam Pelaksanaan Kebijakan (*Power, Interest, Strategy of Actor Involved*)

Dalam suatu kebijakan perlu juga perlu memperhatikan terkait kekuasaan atau kekuatan, kepentingan, serta strategi yang digunakan oleh aktor yang terlibat guna memperlancar jalannya pelaksanaan suatu implementasi kebijakan. Berdasarkan berbagai kegiatan yang terjadi di lapangan akan memperlihatkan bahwa kekuasaan, kepentingan, dan strategi

aktor turut andil didalamnya. Tiap-tiap pihak akan memperlihatkan kepentingannya walaupun tidak terlihat secara keseluruhan. Jika hal ini tidak diperhatikan dengan matang maka sangat besar kemungkinan program yang hendak diimplementasikan akan jauh dari tujuan awal (Agustino, 2008).

2. Karakteristik Lembaga yang Berkuasa (*Institution and Regime Characteristic*)

Lingkungan dimana suatu kebijakan tersebut dilaksanakan juga menjadi pengaruh dalam keberhasilan kebijakan itu sendiri. Indikator ini akan menjelaskan bagaimana karakteristik dari suatu lembaga serta rezim yang sedang memimpin yang tentunya akan memberikan pengaruh terhadap proses implementasi kebijakan. Karakteristik suatu lembaga lebih mengarah [ada lingkungan kebijakan tersebut dilaksanakan yang secara tidak langsung memberikan gambaran bagaimana ciri dari penguasa atau lembaga tersebut sebagai pelaksana kebijakan, baik dari gaya kepemimpinan maupu keberpihakanya (Rohilie 2015).

3. Tingkat Kepatuhan dan Respon Pelaksana (*Responsiveness and Compliance*)

Hal ini menjadi indikator penting lainnya dalam proses implementasi kebijakan. Indikator ini menjelaskan seberapa jauh respon dan kepatuhan dai pelaksana program dalam memberikan tanggapan terhadap sebuah kebijakan. Pada proses implementasi kebijakan keberhasilan dalam prosesnya juga harus didukung dari daya tanggap dan konsistensi pelaksana (Agustina et al. 2022).

D. Konsep Universal Health Coverage (UHC)

1. Pengertian Universal Health Coverage (UHC)

Universal Health Coverage (UHC) adalah sistem jaminan kesehatan yang menjamin bahwa semua anggota populasi mempunyai hak yang setara dalam memperoleh pelayanan yang mencakup aspek promosi kesehatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, dan semua layanan tersebut memiliki standar mutu yang tinggi dan biaya yang terjangkau. Konsep UHC terdiri dari dua elemen utama, pertama, akses yang merata dan berkualitas tinggi terhadap layanan kesehatan untuk semua warga. Yang selanjutnya yaitu perlindungan finansial terhadap risiko-risiko yang timbul saat warga memanfaatkan layanan kesehatan (Dinkes Yogyakarta 2019).

Menurut (Pradana et al. 2022) Universal Health Coverage (UHC), atau Cakupan Kesehatan Universal, adalah sebuah konsep dan tujuan dalam kebijakan kesehatan global yang bertujuan untuk memastikan bahwa semua individu dan komunitas memiliki kesempatan yang merata dan setara terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, termasuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, tanpa ada diskriminasi finansial atau sosial. UHC bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan beban finansial yang berlebihan yang dapat ditimbulkan oleh penggunaan layanan kesehatan. Ini berarti bahwa biaya pelayanan harus sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat, dan perlindungan finansial harus disediakan untuk melindungi individu dan keluarga dari risiko kesehatan yang dapat menguras sumber daya keuangan mereka.

Berdasarkan pemikiran diatas dapat disimpulkan tujuan akhir dari UHC adalah meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan, mengurangi disparitas kesehatan, dan mendukung pembangunan berkelanjutan. Implementasi UHC memerlukan kolaborasi antara pemerintah, sektor kesehatan, sektor keuangan, dan

masyarakat untuk mencapai akses kesehatan yang universal dan bermutu tinggi bagi semua.

2. Prioritas Pembangunan *Universal Health Coverage* (UHC)

UHC sejatinya dibentuk bukan hanya sebagai bentuk jaminan perorangan saja, namun juga mengupayakan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Oleh karena itu, untuk menunjang prioritas Pembangunan, UHC memiliki 16 indikator jenis layanan kesehatan dasar yang terbagi ke dalam 4 kategori:

1.1 KIA

Layanan dasar ini berfokus pada pelayanan yang menunjang kebutuhan kesehatan ibu dan anak, seperti:

- a. Keluarga Berencana (KB)
- b. Antenatal Care (ANC)
- c. Imunisasi
- d. Pneumonia

1.2 Penyakit Menular

Layanan kesehatan dasar ini memprioritaskan pelayanan kesehatan menular yang harus segera ditangani, seperti:

- a. Tuberkulosis (TBC)
- b. Human Immunodeficiency Virus (HIV)
- c. Malaria
- d. Sanitasi

1.3 Penyakit Tidak Menular

Layanan kesehatan dasar ini memprioritaskan pelayanan kesehatan tidak menular tetapi tetap membutuhkan pelayanan cepat, seperti:

- a. Tekanan Darah
- b. Glukosa Darah
- c. Kanker Serviks
- d. Tembakau

1.4 Kapasitas dan Akses

Layanan kesehatan yang memudahkan masyarakat mendapatkan akses dan pelayanan lainnya, seperti:

- a. Akses RS
- b. Tenaga Kesehatan
- c. Farmasi
- d. International Health Regulations (IHR)

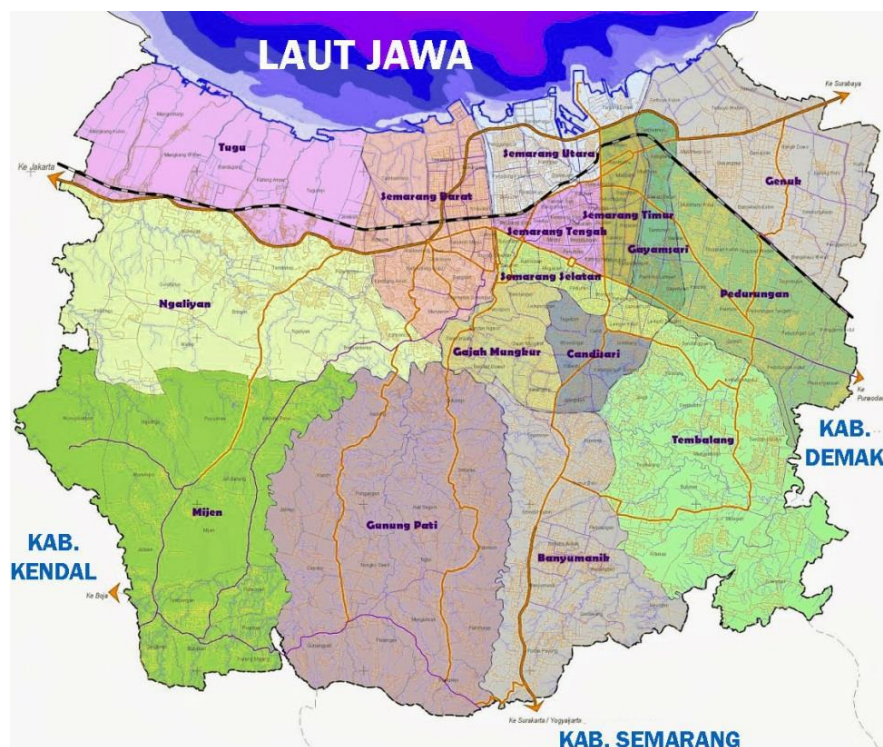
BAB III
POTRET KECAMATAN SEMARANG UTARA DAN KEBIJAKAN
UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) KOTA SEMARANG

A. Gambaran Umum Kota Semarang

1. Kondisi Geografis Kota Semarang

Kota Semarang merupakan sebuah kota yang terletak di Provinsi Jawa Tengah. Kota ini merupakan Ibu Kota Provinsi Jawa Tengah dan kota ini juga berfungsi sebagai Pusat Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah. Kota Semarang yang merupakan salah satu kota paling berkembang ini memiliki luas wilayah sebesar 373,70 km² atau setara 37.366.836 Ha.

Gambar 3. 1
Peta Kota Semarang



Sumber: <https://distaru.semarangkota.go.id/>

Kota Semarang terletak secara strategis di jalur ekonomi utama Pulau Jawa, dengankoordinat geografis antara 6°50'–7°10' lintang selatan dan 109°35'–110°50' bujur timur. Secara geografis, Kota Semarang berbatasan dengan Laut Jawa di utara, Kabupaten Demak di timur, Kabupaten Kendal di barat, dan Kabupaten Semarang di selatan. Suhu udara di Kota Semarang berkisar antara 20-30°C, dengan suhu rata-rata sekitar 27°C. Ketinggian Kota Semarang bervariasi dari 0,75 hingga 359,00 meter di atas permukaan laut, terbagi menjadi daerah dataran tinggi dan dataran rendah. Daerah dataran tinggi, dikenal sebagai Semarang Atas, memiliki ketinggian antara 90-359 meter di atas permukaan laut, sementara daerah dataran rendah, atau Semarang Bawah, memiliki ketinggian antara 0,75-3,5 meter di atas permukaan laut. Berikut tabel yang memaparkan letak geografis Kota Semarang:

Tabel 3. 1
Letak Geografis Kota Semarang

Uraian	Letak Lintang	Keterangan
Sebelah Utara	6° 50 ' LS	Laut Jawa
Sebelah Selatan	7° 10 ' LS	Kab. Semarang
Sebelah Barat	109° 50 ' BT	Kab. Kendal
Sebelah Timur	110° 35 ' BT	Kab. Demak

Sumber: <https://semarangkota.bps.go.id/>

Berkat posisinya yang strategis secara geografis menjadikan Kota Semarang sebagai pondasi utama dalam pembangunan di Jawa Tengah. Peran Kota Semarang sangat signifikan dalam pertumbuhan Jawa Tengah, terutama karena memiliki Pelabuhan yang memfasilitasi jaringan transportasi laut, jalur kereta api, jalan raya, dan bandara sebagai potensi utama bagi sistem transportasi di Jawa Tengah.

2. Kondisi Demografis Kota Semarang

Secara segi administratif, Kota Semarang terbagi menjadi 16 wilayah kecamatan dan 117 kelurahan. Kecamatan dengan wilayah

paling luas terletak di selatan, yang sebagian besar berupa perbukitan dengan potensi besar dalam pertanian dan perkebunan, yaitu Kecamatan Mijen dengan luas 57,55 km² dan Kecamatan Gunungpati dengan luas 54,11 km². Sedangkan Kecamatan dengan wilayah paling sempit adalah Kecamatan Semarang Selatan dengan luas 5,93 km² dan Kecamatan Semarang Tengah dengan luas 6,14 km². Kecamatan yang paling kecil ini adalah pusat kota Semarang dan juga merupakan pusat ekonomi atau bisnis kota tersebut, sehingga sebagian besar wilayahnya memiliki bangunan-bangunan bersejarah, seperti Kawasan Simpang Lima, Kawasan Tugu Muda, Pasar Bulu, Pasar Peterongan, Pasar Johar, dan sekitarnya yang dikenal sebagai "Kota Lama" Semarang. Berikut perbandingan luas wilayah Kota Semarang yang dituang dalam luas masing-masing kecamatan yang ada di Kota Semarang:

Tabel 3. 2
Perbandingan Luas Wilayah di Kota Semarang

No	Kecamatan	Luas Wilayah (km ²)
1	Mijen	56,52
2	Gunung Pati	58,27
3	Banyumanik	29,74
4	Gajah Mungkur	9,34
5	Semarang Selatan	5,95
6	Candisari	6,40
7	Tembalang	39,47
8	Pedurungan	21,11
9	Genuk	25,98
10	Gayamsari	6,22
11	Semarang Timur	5,42
12	Semarang Utara	11,39
13	Semarang Tengah	5,17
14	Semarang Barat	21,68

15	Tugu	28,13
16	Ngaliyan	42,99
	JUMLAH	373,78

Sumber: Badan Pusat Statistik Kota Semarang, diolah 2022

Menurut data yang dihimpun oleh Badan Pusat Statistik Kota Semarang, bahwa penduduk Kota Semarang pada tahun 2022 sebanyak 1.659.975 jiwa. Jumlah penduduk tersebut membuat Kota Semarang menduduki peringkat ke-5 kabupaten/kota dengan jumlah penduduk terbanyak di Jawa Tengah. Berikut data tentang jumlah penduduk di Kota Semarang selama 3 tahun terakhir yang menunjukkan perkembangan dan pertumbuhan yang mengalami peningkatan:

Tabel 3. 3

**Peningkatan Jumlah Penduduk Kota Semarang
Tahun 2020-2022**

No	Tahun	Jumlah Penduduk	Presentasi Peningkatan
1	2020	1.653.524	
2	2021	1.656.564	0.30
3	2022	1.659.975	0.34

Sumber: Badan Pusat Statistik Kota Semarang, diolah 2022

3. Kondisi Sosial, Budaya dan Ekonomi Kota Semarang

Kota Semarang terus maju sebagai pusat ekonomi yang tidak hanya dikenal sebagai pusat perdagangan tetapi juga sebagai destinasi pariwisata yang berkembang pesat. Pertumbuhan ini tercermin dalam pertumbuhan berbagai jenis hotel di Semarang. Sektor ekonomi dan jasa didukung oleh infrastruktur transportasi yang berkualitas, termasuk Bandara Ahmad Yani untuk transportasi udara, serta kereta api yang dapat diakses dari beberapa stasiun di kota dan layanan bus Trans Semarang yang mudah dijangkau.

Kota Semarang memiliki populasi yang beragam etnis dan berasal dari berbagai latar belakang, mencakup percampuran dan persilangan etnis. Para pendatang datang ke Semarang dengan tujuan membuka usaha, mencari pekerjaan, bahkan menetap di berbagai wilayah kota. Mayoritas penduduk Kota Semarang menganut agama Islam, sementara juga terdapat komunitas Kristen, Katolik, Hindu, dan Buddha yang signifikan. Keanekaragaman budaya ini menjadi potensi penting dalam mendukung sektor pariwisata kota, menarik minat wisatawan dari luar. Dampak dari keberagaman budaya ini tercermin dalam berbagai aspek seperti seni, arsitektur, praktik keagamaan, dan kuliner. Budaya lokal di Kota Semarang didominasi oleh budaya Jawa, dengan tambahan pengaruh budaya Pesisir, Arab, dan Tionghoa.

4. Kondisi Kesehatan Kota Semarang

Kemajuan dalam pembangunan kesejahteraan sosial juga tercermin dalam bidang kesehatan. Selain pendidikan, kesehatan juga memiliki peran krusial dalam menentukan kualitas sumber daya manusia di Kota Semarang. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan menjelaskan bahwa ada beberapa indikator yang dapat menilai kualitas pelayanan kesehatan di suatu daerah, seperti Angka Kelangsungan Hidup Bayi, Angka Usia Harapan Hidup, dan Persentase Balita Gizi Buruk.

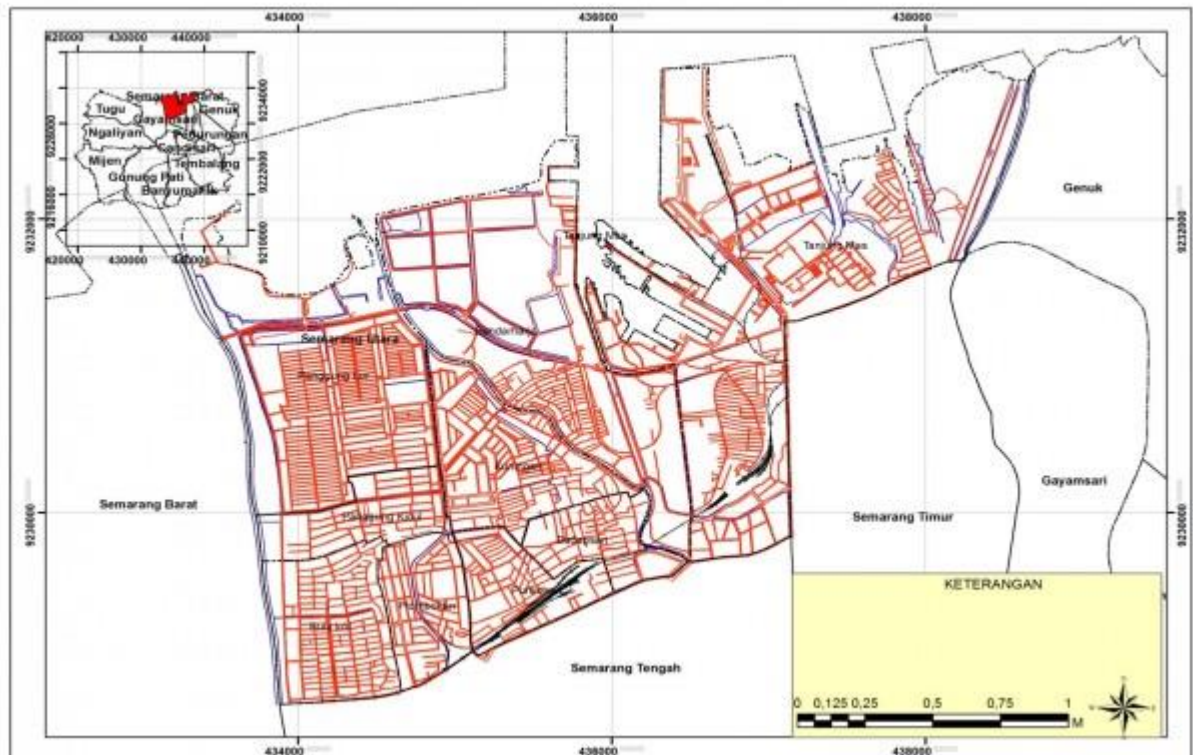
Dalam bidang kesehatan, prestasi Kota Semarang dapat dilihat dari berbagai penghargaan yang diperolehnya, termasuk gelar sebagai Kota Sehat Swasti Sabha Wistara, yang merupakan penghargaan tertinggi dalam penilaian Kota Sehat, Kota dengan status *Open Defecation Free* (ODF)/Stop Buang Air Besar Sembarangan, serta Kota dengan aplikasi Kesehatan Ibu dan Anak Terbaik dengan program bernama "SAYANG BUNDA" untuk mengurangi angka kematian ibu di Kota Semarang. Selain itu, Kota Semarang juga mencatatkan prestasi dengan Angka Harapan Hidup (AHH) tertinggi di Jawa Tengah dan kota besar lainnya, yaitu 77,34 tahun.

B. Gambaran Umum Semarang Utara

1. Kondisi Geografis Kecamatan Semarang Utara

Kecamatan Semarang Utara merupakan salah satu kecamatan yang berada di Kota Semarang dan terletak di wilayah bagian utara dengan berjarak hanya 5 km dari pusat Kota Semarang. Kecamatan Semarang Utara berada di ketinggian 0 sampai dengan 5 mdpl. Luas wilayah Kecamatan Semarang Utara berada di sekitar 11,39km² atau 1.135,275 ha. Kecamatan Semarang Utara berbatasan langsung dengan laut Jawa di sebelah utara, sedangkan di sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Semarang Timur, kemudian di sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Semarang Tengah, dan di sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Semarang Barat.

Gambar 3. 2
Peta Kecamatan Semarang Utara



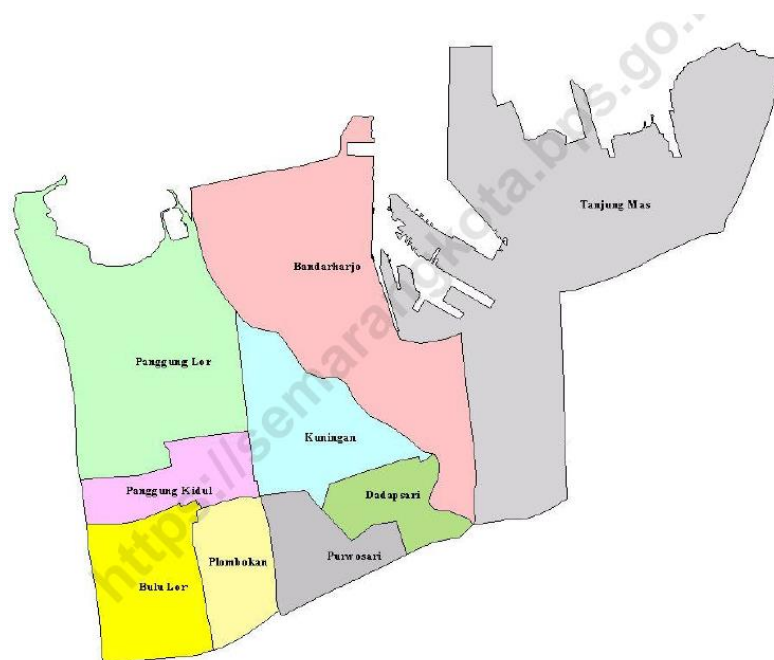
Sumber: kecsmgutara.semarangkota.go.id

2. Kondisi Demografis Kecamatan Semarang Utara

Secara administratif, Kecamatan Semarang Utara terbagi menjadi 9 wilayah kelurahan yaitu Bulu Lor, Plombokan, Panggung Kidul, Panggung Lor, Kuningan, Purwosari, Dadapsari, Bandarharjo, dan Tanjung Mas. Dengan wilayah kelurahan yang paling luas yaitu Kelurahan Tanjung Mas dengan luas wilayahnya sebesar 3,64 km² dan dengan wilayah kelyrahan terkecilnya yaitu Kelurahan Panggung Kidul dengan luas wilayahnya sebesar 0,40 km². Kecamatan Semarang Utara terbagi menjadi 89 RW dan 724 RT. Kelurahan dengan jumlah RT terbanyak berada di Kelurahan Tanjung Mas yang terbagi menjadi 129 RT, sedangkan kelurahan dengan jumlah RT paling sedikit berada di Kelurahan Panggung Kidul yang terbagi menjadi 29 RT.

Gambar 3.3

Peta wilayah setiap kelurahan di Kecamatan Semarang Utara



Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

Besaran luas daerah setiap kelurahan di Kecamatan Utara dituangkan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 3. 4
Luas Daerah Menurut Kelurahan di Kecamatan Semarang Utara

No	Kelurahan	Luas Wilayah (km²)
1	Bulu Lor	0,63
2	Plombokan	0,55
3	Panggung Kidul	0,40
4	Panggung Lor	2,43
5	Kuningan	0,81
6	Purwosari	0,46
7	Dadapsari	0,38
8	Bandarharjo	2,09
9	Tanjungmas	3,64
Semarang Utara		11,39

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

Berdasarkan catatan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Semarang, jumlah penduduk Kecamatan Semarang Utara pada tahun 2021 tercatat sebanyak 123.029 jiwa dengan rata-rata kepadatan penduduk 10.799 jiwa per km². Kelurahan Tanjung mas memiliki penduduk terbanyak dengan jumlah 28.546 jiwa. Adapun sebaran penduduk setiap kelurahan di Kecamatan Semarang Utara adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 5
Penduduk di Kecamatan Semarang Utara

No	Kelurahan	Laki- Laki	Perempuan	Luas Wilayah (km²)
1	Bulu Lor	7.097	7.437	14.534
2	Plombokan	4.140	4.204	8.344
3	Panggung Kidul	3.126	3.157	6.283
4	Panggung Lor	6.330	7.010	13.340
5	Kuningan	7.271	7.359	14.630
6	Purwosari	4.032	4.301	8.333
7	Dadapsari	4.210	4.418	8.628
8	Bandarharjo	10.179	10.212	20.391
9	Tanjungmas	14.359	14.187	28.546
Semarang Utara		60.744	62.285	123.029

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

3. Kondisi Sosial Ekonomi dan Kesejahteraan Rakyat Kecamatan Semarang Utara

Menurut informasi dari Surat Keputusan Walikota Semarang Nomor 050/275 Tahun 2021, terdapat sekitar 76,01 hektar wilayah permukiman kumuh di Kota Semarang, termasuk di dalamnya adalah daerah permukiman kumuh di Kecamatan Semarang Utara. Kecamatan Semarang Utara memiliki potensi sosial ekonomi yang tinggi karena adanya kawasan komersial yang menarik minat banyak orang dari luar wilayah untuk tinggal dan menetap di sana. Akibatnya, permintaan akan lahan meningkat, dan banyak penduduk yang membangun di lahan-lahan yang terbatas, yang pada akhirnya memunculkan lebih banyak wilayah permukiman kumuh. Ironisnya, hal ini menyebabkan jumlah penduduk miskin di Kecamatan Semarang Utara menjadi yang terbanyak di Kota Semarang karena keberadaan banyak kawasan

kumuh yang perlu perhatian lebih lanjut. Sebaran kawasan pemukiman kumuh di Kecamatan Semarang Utara sendiri tersebar di 8 titik, yaitu:

Tabel 3. 6
Sebaran Kawasan Pemukiman Kumuh di Kecamatan Semarang Utara

No	Kelurahan	Luas Kawasan Kumuh (Ha)
1.	Bandarharjo	4,26
2.	Bulu Lor	2,85
3.	Dadapsari	25,32
4.	Kuningan	14,10
5.	Panggung Kidul	5,47
6.	Plombokan	4,83
7.	Purwosari	2,84
8.	Tanjungmas	17,34
Jumlah		76,01

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

Sedangkan jika melihat fasilitas pendidikan di Kecamatan Semarang Utara jika dilihat didalam data monografi Kecamatan Semarang yang diterbitkan oleh BPS Kota Semarang, fasilitas yang dimiliki sangat lengkap dari tingkat dasar hingga perguruan tinggi. Fasilitas pendidikan tersebut tersebar di seluruh kelurahan yang ada di Kecamatan Semarang Utara. Pada tahun 2021 tercatat terdapat 94 fasilitas pendidikan negeri maupun swasta, dengan rincian setiap jenjang pendidikan sebagai berikut:

Tabel 3. 7
Jumlah Sekolah di Kecamatan Semarang Utara Tahun 2021

No	Jenjang Pendidikan	Jumlah
1	TK/RA	44
2	SD	32

2	MI	4
3	SMP	8
4	SMA	2
5	SMK	3
6	Akademi/Perguruan Tinggi	1
Jumlah		94

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

4. Kondisi Kesehatan Kecamatan Semarang Utara

Kondisi derajat kesehatan di Kecamatan Semarang Utara dapat ditinjau dari beberapa aspek yaitu sarana kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, dan permasalahan kesehatan yang terdapat di Kecamatan Semarang Utara. Adapun sarana kesehatan yang ada di Kecamatan Semarang Utara sebagai berikut:

Tabel 3. 8

Sarana Kesehatan di Kecamatan Semarang Utara

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit	0
2	RS Bersalin	0
3	Poliklinik	4
4	Puskesmas	1
5	Puskesmas Pembantu	3
6	Tempat Praktek Dokter	53
7	Apotek	8
8	Posyandu	92
9	Pos KB	20

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

Tabel 3. 9
Tenaga Kesehatan di Semarang Utara

No	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter	6
2	Perawat	19
3	Bidan	7
Jumlah		32

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

Dinas Kesehatan Kota Semarang menyampaikan ada sekitar 1.465 bayi di Kota Semarang yang mengalami stunting. Penyebab bayi mengalami stunting kebanyakan karena pemenuhan gizi yang kurang. Pada tahun 2022, Kecamatan Semarang masih menjadi wilayah di tingkat kecamatan yang memiliki jumlah kasus stunting terbanyak dengan jumlah 223 kasus. Adapun sebaran kasus stunting di setiap kelurahan yang ada di Kecamatan Semarang Utara adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 10
Kasus Stunting Kecamatan Semarang Utara 2022

No	Kelurahan	Jumlah Stunting
1.	Panggung Lor	0
2.	Purwosari	4
3.	Plombokan	4
4.	Bulu Lor	5
5.	Panggung Kidul	5
6.	Dadapsari	18
7.	Kuningan	28
8.	Bandarharjo	70
9.	Tanjungmas	89
Jumlah		223

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

C. Gambaran Umum *Universal Health Coverage* (UHC) di Semarang

1. Dasar Hukum *Universal Health Coverage* (UHC)

Universal Health Coverage (UHC) mengacu pada UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 ditegaskan bahwa “setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial”. Kemudian turun melalui Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 mengenai Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, dan mengamanatkan Bupati/Walikota untuk meningkatkan pelaksanaan program JKN yang mengharapkan pemerintah turut berperan aktif. Di Indonesia sendiri, program UHC sudah diterapkan di berbagai daerah sebagai bentuk penerapan optimalisasi pelaksanaan program jaminan kesehatan.

Sejalan dengan Peraturan Walikota Nomor 43 tahun 2017 tentang Penyelenggara Jaminan Kesehatan, Pemerintah Kota Semarang menggandeng BPJS Kesehatan serta Dinas Kesehatan Kota Semarang meresmikan program jaminan kesehatan dengan nama UHC (*Universal Health Coverage*) pada tanggal 1 November 2017. Seperti konsep UHC yang telah dipaparkan diatas, program ini ada untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kota Semarang. Melalui program ini, masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan rumah sakit kelas III yang dikelola oleh BPJS Kesehatan di Kota Semarang memiliki tujuan serupa dengan program UHC.

1.1 Capaian Target UHC

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD 2021-2026) pencapaian Universal Health Coverage ditargetkan, yaitu sedikitnya 98% dari total populasi menjadi anggota JKN. Capaian UHC tidak ahanya berorientasi pada besarnya jumlah kepesertaan yang didapat tetapi juga harus berorientasi pada tiga hal berikut:

- a. Proporsi masyarakat yang dapat mengakses pelayanan kesehatan esensial yang berkualitas
- b. Proporsi masyarakat yang menghabiskan pendapatakan untuk pelayanan kesehatan
- c. Serta keadilan terhadap akses pelayanan dan akses pendanaan

1.2 Prioritas Pembangunan

Program Universal Health Coverage (UHC) merupakan salah satu langkah yang diambil oleh Pemerintah Kota Semarang dengan tujuan menanggulangi permasalahan sosial ekonomi dan kesehatan. Pada RPJMD 2016-2021 yang tercantum pada Indeks Pembangunan Manusia dan Indeks Angka Kemiskinan menjadi acuan prioritas Pembangunan Pemerintah Kota Semarang. Kemudian melalui kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional pada Pasal 4 Ayat 1 dan di jelaskan pada Pasal 4 Ayat 2 Poin c bahwa peserta PBI Jaminan Kesehatan Daerah yaitu Peserta PBI yang iuran kesehatannya dibebankan pada Pemerintah Kota Semarang. Langkah pemberian biaya kesehatan kepada masyarakat Kota Semarang ditujukan untuk memenuhi skala prioritas pembangunan yang tertuang di dalam RPJMD Kota Semarang.

2. Koordinasi Pelaksanaan Kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC)

Program UHC Kota Semarang tentunya melibatkan berbagai lembaga yang turut andil dan memiliki kepentingannya sendiri didalam kebijakan UHC di Kota Semarang. Pada proses pelaksanaannya terdapat berbagai lembaga yang saling berkoordinasi, diantaranya ada

Dinas Kesehatan sebagai teknis lapangan, Dinas Sosial sebagai sistem pembantu, Bappeda sebagai perencana, dan BPJS Kesehatan selaku lembaga penyelenggara. Masing-masing dinas saling bekerjasama dalam proses pelaksanaan tugas dan fungsinya.

BAB IV
MENDISKUSIKAN ISI KEBIJAKAN *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE*
(UHC) DI KOTA SEMARANG

A. Proses Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) Di Kota Semarang

Pemerintah Kota Semarang berkomitmen untuk memberikan jaminan kesehatan masyarakat Kota Semarang melalui program UHC yang diatur berdasarkan Peraturan Walikota Nomor 43 Tahun 2017 tentang Jaminan Kesehatan. Pemberian jaminan kesehatan memiliki tujuan untuk meringankan beban masyarakat khususnya dalam mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa terkecuali. Seluruh masyarakat di Kota Semarang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak baik masyarakat menengah maupun masyarakat miskin menengah kebawah. Setelah tujuan kebijakan sudah ditentukan, maka selanjutnya yaitu melakukan upaya untuk mewujudkan tujuan melalui program-program yang telah dibuat serta dianggarkan dalam proses pelaksanaan pemberian jaminan kesehatan.

Jika tujuan kebijakan sudah ditentukan, maka proses selanjutnya yaitu bagaimana mewujudkan tujuan pemberian jaminan kesehatan melalui program yang di desain dan di biayai yaitu program UHC. Proses implementasi kebijakan melalui program UHC tentunya melibatkan berbagai aktor mulai dari pemerintah kota, suku-suku dinas terkait, hingga badan penyelenggara khusus di bidang layanan kesehatan. Proses implementasi kebijakan diawali dengan perencanaan berjalannya dan tercapainya program UHC di setiap tahunnya serta penentuan jumlah anggaran yang dibutuhkan setiap tahunnya untuk program UHC yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Semarang dan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kota Semarang. Pelaksanaan dilakukan berbagai suku dinas diantaranya Dinas Kesehatan Kota Semarang sebagai pelaksana regulasi yang bertanggung jawab penuh dalam memenuhi kebutuhan masyarakat terkait pemberian pelayanan kesehatan yang disalurkan melalui fasilitas kesehatan yang berada

di bawah naungan Dinas Kesehatan Kota Semarang atau yang berkerja sama dengan Pemerintah Kota Semarang, kemudian menjalankan program UHC sesuai dengan target dan tujuan awal terbentuknya program, mengakomodir segala bentuk persyaratan yang ditentukan pihak penyelenggara untuk kemudian dimasukkan kedalam regulasi khusus program UHC dan memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan SOP. Dinas Kesehatan data yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan sebagai pendukung persyaratan kepesertaan program UHC, serta Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) Kota Semarang yang memiliki tugas untuk mengelola secara administrasi, menentukan persyaratan kepesertaan, serta membantu Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam menyalurkan dana yang telah ditentukan untuk membiayai program UHC. Keterlibatan aktor-aktor dalam menjalankan program UHC sayangnya tidak dijelaskan secara jelas di dalam berdasarkan Peraturan Walikota Nomor 43 Tahun 2017 tentang Jaminan Kesehatan yang menjadi aturan awal terbentuknya program UHC.

Menurut Grindle, salah satu yang memengaruhi selama proses implementasi kebijakan yaitu isi kebijakan itu sendiri. Pertama, kepentingan kelompok sasaran atau masyarakat dalam proses implementasi kebijakan jaminan kesehatan melalui program UHC dapat menjadi penghambat atau pendukung berjalannya kebijakan. Karena menurut Grindle, jika tujuan dalam kebijakan sulit untuk dikendalikan maka akan sulit pula mengimplementasikan suatu kebijakan. Kedua, tipe manfaat yang ingin direalisasikan melalui program UHC yaitu memberikan pelayanan kesehatan secara gratis yang mencakup seluruh masyarakat Kota Semarang. Ketiga, derajat perubahan yang ingin diraih oleh Pemerintah Kota Semarang dan Dinas Kesehatan Kota Semarang yaitu menjadikan 98% masyarakat Kota Semarang mendapatkan jaminan kesehatan yang pembiayaannya melalui APBD, walaupun pada kenyataannya dari 98% masih ada masyarakat Kota Semarang yang membayarkan iurannya sendiri.

Keempat, letak pengambilan keputusan yaitu berkaitan dengan siapa dan seperti apa keputusan yang diambil selama menjalankan program UHC.

Sangat disayangkan ketika koordinasi antar suku dinas terkait dan badan penyelenggara sudah terlihat baik, pengambilan keputusan terkait pemberian pelayanan masih ditemukan tidak sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) baik pelayanan pendaftaran maupun pemberian pelayanan kesehatan khususnya di Kecamatan Semarang Utara. Kelima, pelaksana program menjadi unsur utama dalam melaksanakan program UHC. Suku-suku dinas terkait dan pihak penyelenggara serta staff pelaksana merupakan orang-orang kompeten dibidangnya, namun masih terlihat kurangnya koordinasi baik antara dinas dan puskesmas kecamatan setempat. Keenam, sumber daya yang digunakan dalam implementasi kebijakan UHC yaitu sumber daya anggaran yang cukup besar tetapi jika dilihat setiap tahunnya mengalami penurunan, kemudian sumber daya manusia yang masih kurang dalam koordinasi antar satu sama lain baik pemberi layanan maupun masyarakat, dan kurangnya sumber daya teknologi yang seharusnya dimiliki untuk memudahkan masyarakat mengakses terkait pendaftaran keanggotaan UHC yang memakan waktu cukup lama.

Dengan demikian, mengukur keberhasilan suatu implementasi kebijakan diukur melalui isi kebijakan. Apakah tujuan yang telah ditentukan tertulis di dalam isi kebijakan tersebut dan apakah proses pelaksanaan kebijakan sudah sesuai dengan desain yang telah direncanakan.

B. Isi Kebijakan (Content of Policy)

1. Kepentingan yang Mempengaruhi (*Interest Affected*)

Proses implementasi kebijakan tentunya melibatkan banyak kepentingan yang memiliki andil terhadap keberlangsungan kebijakan itu sendiri. Selama prosesnya implementasi kebijakan juga dapat dipengaruhi oleh beberapa kepentingan baik dari kepentingan kelompok maupun individu. Beberapa kepentingan sebetulnya sudah diperlihatkan dari proses perencanaan sebuah kebijakan bahkan sampai kebijakan tersebut dilaksanakan. Artinya, kebijakan tak bisa terlepas dari kepentingan-kepentingan yang mengikutinya. Sampai sejauhmana kepentingan-

kepentingan tersebut membawa pengaruh terhadap proses implementasi kebijakan itu sendiri (Nurmayana Siregar, Se 2022).

Untuk menjalankan suatu kebijakan, maka akan melibatkan aktor-aktor untuk menjalankannya demi terwujudnya tujuan yang sudah ditentukan. Pada kebijakan terkait UHC yang tertuang dalam Perwal Nomor 43 Tahun 2017 dituangkan secara tertulis siapa saja aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakn tersebut. Aktor yang terlibat di dalamnya yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang sebagai teknis lapangan serta Dinas Sosial Kota Semarang sebagai dinas pendukung. Kenyataan di lapangan juga menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kota Semarang memegang tanggung jawab penuh dalam menjalankan program UHC serta dibantu oleh beberapa dinas di belakangnya yang tidak tertulis didalam kebijakan. Bappeda Kota Semarang dan BPJS Kesehatan memiliki peran yang cukup krusial dalam berjalannya program UHC tetapi tidak dijelaskan di dalam kebijakan terkait jaminan kesehatan.

Tiap-tiap kepentingan aktor pelaksana kebijakan tentunya akan mempengaruhi proses implementasi kebijakan UHC di Kota Semarang, adapun pihak-pihak yang terlibat yaitu :

a) Pemerintah Daerah

Pemerintah Daerah Kota Semarang melakukan koordinasi dalam penyusunan Perwal, melakukan koordinasi berjalannya tugas perangkat daerah, melaksanakan Perwal bersama pihak-pihak terkait, dan melakukan evaluasi terhadap Perwal yang berjalan.

b) Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA)

Melakukan koordinasi dan sinkronisasi dinas-dinas terkait. Bappeda memiliki tugas berkoordinasi dengan dinas maupun pihak terkait dalam proses berjalannya program baik dari awal proses kerja sama sampai dengan proses evaluasi. Bappeda juga bertugas menyelaraskan isi dari tujuan kebijakan sudah termuat dalam proses pelaksanaan program, serta mendorong perencanaan anggaran program.

c) Dinas Kesehatan Kota Semarang

Dinas kesehatan pelaksana regulasi yang bertanggung jawab penuh dalam memenuhi dan menjalankan, serta mengakomodir perintah dari Wali kota selaku regulator yang tertuang di dalam Perwal. Memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan SOP dan administrasi yang memudahkan masyarakat. Dinas kesehatan terlibat dalam penentuan anggaran sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Melakukan sinkronisasi data dan evaluasi dengan pihak penyelenggara.

d) Dinas Sosial Kota Semarang

Memberikan data yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan sebagai pendukung persyaratan kepesertaan program UHC. Mengarahkan masyarakat yang ingin mendapatkan kepesertaan sesuai dengan persyaratan yang ditentukan oleh Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan.

e) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) Kota Semarang

Sebagai penyelenggara jaminan sosial yang diberikan kewenangan langsung oleh regulator. Memiliki kewenangan untuk mengelola secara administrasi dan menentukan persyaratan kepesertaan yang nantinya dituangkan dalam peraturan yang dibuat oleh Pemerintah daerah.

Selain dinas-dinas dan badan yang terkait, kelompok sasaran kebijakan juga memiliki andil dalam mempengaruhi proses implementasi kebijakan UHC di Kota Semarang, yaitu :

a) Masyarakat

Mengikuti program yang disediakan oleh pemerintah dengan memenuhi ketentuan-ketentuan yang telah diatur di dalam Perwal.

Berdasarkan kepentingan-kepentingan yang telah dipaparkan diatas, setiap pelaksana kebijakan memiliki kepentingan yang dapat mempengaruhi proses implementasi kebijakan. Mulai dari tahapan awal pembuatan kebijakan, proses pelaksanaan, hingga pengawasan memiliki

kepentingan-kepentingan yang saling berhubungan. Jika dilihat lebih jauh, segala kepentingan-kepentingan yang melibatkan para aktor yang terlibat mengarah pada tujuan kebijakan yang telah ditentukan. Artinya para aktor pelaksana berupaya untuk tujuan yang ditetapkan bisa terlaksana dengan semestinya. Masyarakat sebagai penerima kebijakan juga memiliki andil untuk mendukung berjalannya kebijakan, karena jika masyarakat abai maka kebijakan tidak dapat terlaksana sebagaimana seharusnya.

2. Tipe Manfaat (Type of Benefits)

Kebijakan yang telah dibuat diharapkan mampu memberikan solusi dan manfaat bagi permasalahan sosial yang ada di lingkungan masyarakat. Kebijakan yang dibuat mampu memberikan dampak positif dan mampu memberikan perubahan yang lebih baik. Manfaat dari kebijakan yang dibuat bisa memberikan gambaran dan menjelaskan bahwa pada suatu kebijakan memiliki berbagai macam manfaat yang menghasilkan serta memberikan manfaat positif pada kebijakan yang telah terlaksana (Tisngati et al. 2015).

Berdasarkan PERMENKES Nomor 6 Tahun 2022 Tentang Penggunaan Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan dalam Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah memiliki manfaat yaitu :

- a) Manfaat secara langsung seperti, memberikan perlindungan kesehatan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah berupa akses fasilitas kesehatan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya.
- b) Manfaat tidak langsung dan berjangka panjang seperti, meningkatkan angka indeks kesehatan Kota Semarang dan menekan angka indeks kemiskinan di Kota Semarang.

Menurut Grindle, tipe manfaat yang baik dalam sebuah kebijakan yaitu di dalam kebijakan tersebut tertulis tipe manfaat seperti apa yang diinginkan secara jelas. Tidak hanya secara jelas apa manfaat yang diinginkan, tapi juga bagaimana cara yang diperlukan untuk mencapai manfaat tersebut.

Kemudian manfaat UHC di Kota Semarang melalui kebijakan penyelenggaraan jaminan kesehatan, yaitu:

- a) Memberikan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar masyarakat Kota Semarang dapat memperoleh manfaat dalam pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasar yang pembiayaannya ditanggung oleh Pemerintah Daerah Kota Semarang.
- b) Menyediakan sarana dan prasarana kesehatan yang mampu memudahkan masyarakat mendapatkan akses kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau Puskesmas.
- c) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan fasilitas yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya milik Pemerintah Kota Semarang.
- d) Meningkatkan kualitas kesehatan dengan memberikan jaminan pelayanan kesehatan secara gratis.

Beberapa poin manfaat dari kebijakan tidak termuat secara langsung pada kebijakan UHC di Kota Semarang, sehingga ada beberapa poin yang penulis analisis sendiri melalui dokumen kebijakan. Manfaat kebijakan UHC di Kota Semarang juga di jelaskan oleh Bapak Joni selaku staff Bappeda Kota Semarang, beliau mengatakan:

“Pemerintah Kota Semarang menindaklanjuti undang-undang yang ada dengan membuat Perwal Jaminan Kesehatan sebagai bentuk perwujudan pemerintah kota dalam memberikan perlindungan

sosial di bidang kesehatan melalui program *Universal Health Coverage* (UHC). Melalui Perwal dan program ini juga merupakan pewujudan visi dan misi yang dimiliki oleh Wali kota Kota Semarang yang pada saat itu menjabat.” (wawancara, Joni, 15 Januari 2024).

Seperti hal yang juga disampaikan oleh Ibu Wulan selaku Kepala Bagian Kepsertaan di BPJS Kesehatan Semarang, beliau menyampaikan:

“Betul adanya bahwa BPJS Kesehatan ditunjuk oleh Pemerintah Kota Semarang selaku regulator kebijakan tentang jaminan kesehatan sebagai penyelenggara program pemberian jaminan kesehatan bagi masyarakat di Kota Semarang yang belum terdaftar kepesertaan. Masyarakat yang nantinya terdaftar jaminan kesehatan ini akan ditanggung biaya pengobatannya oleh Pemerintah Daerah Kota Semarang melalui APBD yang diatur oleh pihak Dinas Kesehatan.” (wawancara, Wulan, 30 Januari 2024).

Untuk mewujudkan tujuan dan manfaat dari kebijakan UHC tentunya Dinas Kesehatan bersama dengan dinas terkait dan pihak penyelenggara memiliki cara untuk mencapai tujuan tersebut. Seperti yang tertulis di dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) Uji Petik Kepesertaan UHC. Untuk tercapainya tujuan kebijakan UHC yaitu dengan memberikan bantuan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, maka pemerintah dengan dinas terkait dalam program tersebut melakukan pengelompokan data dari setiap puskesmas untuk kemudian dilakukan survei yang gunanya nanti akan mendata seberapa banyak masyarakat yang memang membutuhkan bantuan pelayanan kesehatan secara gratis.

Pembuatan kebijakan sudah seharusnya memperhatikan dampak dan manfaat yang akan diberikan kepada masyarakat selaku sasaran dari kebijakan. Adanya kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Semarang memberikan solusi atas permasalahan kesehatan dengan

memberikan bantuan pembiayaan pengobatan kepada masyarakat tidak mampu yang tidak terdaftar kepesertaan, sehingga meringankan masyarakat terutama masyarakat miskin yang biaya keperluan sehari-harinya kekurangan.

3. Derajat Perubahan yang Ingin Dicapai (*Extent of Change Envision*)

Setiap kebijakan yang dibuat tentunya memiliki target yang harus diraih. Pada indikator ini menjelaskan bahwa proses implementasi kebijakan perlu memiliki suatu target perubahan nyata yang harus diraih oleh pembuat kebijakan. Tujuan dari implementasi kebijakan yaitu memberikan perubahan yang lebih baik, maka dari itu sebuah kebijakan perlu memiliki target seberapa besar perubahan yang ingin dicapai saat menetapkan sebuah kebijakan. Melalui target perubahan yang ditetapkan, para pembuat dan pelaksana kebijakan dapat melihat kebijakan tersebut memberikan perubahan ataukah sebaliknya (Imronah 1984).

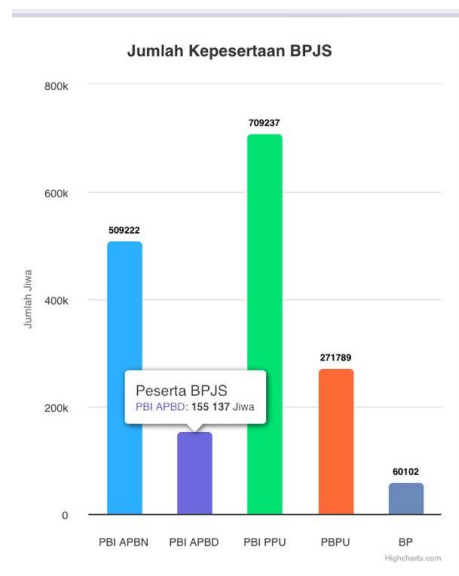
Adanya kebijakan terkait pemberian jaminan kesehatan kepada masyarakat tentunya ingin memberikan keringanan bagi masyarakat yang masih sulit dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya. Berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024 peserta yang memiliki jaminan kesehatan haruslah menyentuh 98% dari angka penduduk Indonesia. Melalui Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2022 Tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, mendorong Gubernur dan Bupati/Wali Kota melakukan langkah-langkah agar setiap penduduk di wilayahnya terdaftar sebagai peserta aktif dalam program jaminan kesehatan.

Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan mengatur kriteria peserta yang layak menjadi peserta program jaminan kesehatan, fasilitas kesehatan yang akan diberikan kepada peserta jaminan kesehatan, serta tujuan diberikannya jaminan kesehatan kepada masyarakat. Merujuk pada RPJMN Tahun 2020-2024 dan Inpres Nomor 1 Tahun 2022, Dinas Kesehatan Kota

Semarang selaku pelaksana regulasi menekankan bahwa target yang telah dicapai oleh Pemerintah Kota Semarang pada tahun 2022 sebanyak 97,53% walaupun target tersebut tidak tercantum di dalam PERWAL Nomor 43 Tahun 2017. Perubahan yang ingin dicapai melalui program ini juga disampaikan oleh Bapak Andreas selaku Kepala Bagian Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang, beliau mengatakan:

“Benar bahwa program UHC ini nama dari program jaminan kesehatan yang biasa ada disetiap kota. Kota Semarang mengambil nama UHC sebagai program jaminan kesehatan karena diharapkan program ini dapat mencakup kesehatan semesta masyarakat di Kota Semarang. Saat ini program UHC sudah mencakup 98% kepesertaan masyarakat Kota Semarang, jadi melalui program ini diharapkan semua warga Kota Semarang dapat merasakan pelayanan kesehatan dengan mudah.” (wawancara, Andreas, 8 Januari 2024).

Gambar 4. 1
Jumlah Kepesertaan BPJS Kota Semarang



Sumber: <http://119.2.50.170:9095/dashboardNew/DinkesKotaSemarang>

Pada wawancara tersebut juga ada beberapa dokumen yang mendukung pernyataan Kepala Bagian Jaminan Kesehatan Dinkes tersebut. Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang menargetkan berapa banyak masyarakat Kota Semarang yang harus memiliki jaminan kesehatan dan capaian riil masyarakat yang terjadi sudah mendapatkan jaminan kesehatan. Namun, kebanyakan peserta UHC ialah peserta yang iurannya dibayarkan melalui tempat mereka bekerja atau Pekerja Penerima Upah (PPU). Capaian yang telah disampaikan oleh pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang juga diperkuat oleh pernyataan yang disampaikan Bapak Joni selaku staff Bappeda Kota Semarang, beliau menyampaikan:

“Keberadaan program UHC ini memang diharapkan dapat menampung visi dan misi Wali Kota Semarang, dan oleh karenanya kami selaku pihak-pihak yang merasa memiliki tanggung jawab menjalankan program ini berupaya untuk mencapai target yang sudah ditentukan dari kebijakan ini dibuat. Saat ini memang sudah hampir 98% warga Kota Semarang yang memiliki jaminan kesehatan. Jadi masyarakat, khususnya masyarakat miskin yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan tidak perlu kerepotan terkait pembiayannya.” (wawancara, Joni 15 Januari 2024).

Kesimpulan yang di dapat penulis yaitu, bahwa pemerintah sendiri tidak memiliki target khusus berapa jumlah masyarakat yang harus terdaftar dalam kepesertaan secara tertulis. Namun, pemerintah dan dinas-dinas terkait memiliki komitmen untuk terus berupaya agar seluruh masyarakat Kota Semarang memiliki jaminan kesehatan baik itu yang ditanggung Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, ataupun yang ditanggung secara mandiri.

4. Letak Pengambilan Keputusan (*Site of Decision Making*)

Pada implementasi kebijakan, indikator letak pengambilan keputusan merupakan indikator penting yang harus dijelaskan di mana letak pengambilan keputusan dari suatu kebijakan yang akan diimplementasikan. Letak pengambilan keputusan perlu diperhatikan supaya meminimalisir adanya tumpang tindih kebijakan yang dibuat karena setiap keputusan yang diambil dalam pembuatan kebijakan mempunyai manfaat dan akan membawa perubahan sesuai dengan tujuan yang ditentukan (Sopah, Kusumawati, and Wahyudi 2020).

Kebijakan tentang program UHC di Kota Semarang tentunya memiliki acuan untuk mengambil keputusan pada peraturan-peraturan di atasnya, adapun peraturan-peraturannya, yaitu:

- a) Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2022 Tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional,
- b) PERMENKES Nomor 6 Tahun 2022 Tentang Penggunaan Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan dalam Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah,
- c) Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan,
- d) Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2016-2021,
- e) Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2016-2026,
- f) Rencana Strategis (RENSTRA) Dinas Kesehatan Tahun 2016-2021,
- g) Rencana Strategis (RENSTRA) Dinas Kesehatan Tahun 2016-2026.

Kebijakan-kebijakan di atas merupakan acuan pemerintah dalam melakukan pemberian jaminan kesehatan kepada masyarakat. Melalui rencana strategis yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan akan mempermudah

kegiatan pelaksanaan kebijakan serta mempermudah masyarakat dalam menilai apakah target yang ingin dicapai sudah terlaksana dengan tepat.

Pelaksanaan kebijakan terkait program UHC tentunya melibatkan banyak pihak yang memiliki perannya masing-masing sesuai dengan bidangnya. Pengambilan keputusan dan perencanaan program biasanya dinas-dinas yang terkait dan pihak penyelenggara akan berkoordinasi bagaimana program akan berjalan kedepannya. Jika menyangkut perencanaan yang membutuhkan anggaran besar atau berkaitan dengan kerja sama antara pihak dinas dan penyelenggara maka perlu koordinasi antar seluruh dinas terkait agar tidak terjadi kesalahan informasi.

Koordinasi yang terjadi antara dinas dan penyelenggara di lapangan dalam pelaksanaan kebijakan merupakan bagian dari pengambilan keputusan. Antara dinas dan penyelenggara sudah menunjukkan koordinasi yang cukup baik dalam berjalannya program UHC di Kota Semarang. Terlihat bahwa Bappeda selaku pendiring rencana program memiliki andil yang cukup banyak di dalam berjalannya program. Bukan hanya Bappeda, Pemerintah Kota Semarang juga tentu memiliki andil dalam berjalannya program ini. Seperti yang disampaikan oleh Bapak Joni selaku staff Bappeda Kota Semarang, beliau menyampaikan:

“Bappeda tentunya terlibat dalam setiap keputusan yang akan diambil dalam berjalannya program UHC. Contohnya dari awal pembentukan kebijakan yang menjadi payung hukum UHC kami tentunya dilibatkan. Ketika ada perpanjangan kerja sama setiap tahun antara Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, kami dilibatkan sebagai saksi. Perencanaan anggaran setiap tahunnya kami juga dilibatkan agar sesuai dengan RPJMD yang telah direncanakan.” (wawancara, Joni, 15 Januari 2024).

Pernyataan yang disampaikan diatas juga diperkuat oleh Pak Adit selaku staff di Dinas Sosial Kota Semarang Bidang Penanganan Fakir Miskin, beliau menyampaikan:

“Betul setiap bulan kami akan melakukan *cleansing* data yang gunanya untuk membantu Dinas Kesehatan Kota Semarang mengetahui apakah peserta penerima jaminan kesehatan ini masih layak mendapatkan atau sudah tidak perlu dibiayai agar anggaran yang digunakan oleh daerah tidak membengkak. Selain itu, kami juga mengikuti persyaratan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan terkait penerimaan peserta, jika memang masyarakat sudah terdaftar sebagai penerima jaminan kesehatan yang dibiayai oleh negara, maka tidak bisa didaftarkan melalui program UHC.” (wawancara, Adit, 16 Januari 2024).

Pernyataan dari staff Bappeda dan staff Dinas Sosial Kota Semarang memperkuat pernyataan yang sebelumnya disampaikan oleh Bapak Andreas selaku Kepala Bagian Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang, beliau mengatakan:

“Tentunya program ini melibatkan banyak pihak dalam proses pelaksanaannya, tentu Dinas Kesehatan tidak bisa menjalankan program ini tanpa bantuan dinas-dinas terkait lainnya. Bappeda selaku perencana tentunya memiliki andil dalam perencanaan sampai evaluasi program disetiap tahunnya. Dinas Sosial sebagai dinas yang membantu berjalannya program dengan memberikan daftar dan mengarahkan masyarakat miskin yang memang layak dalam menerima bantuan jaminan kesehatan. Juga BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara yang akan menyalurkan serta mengelola dana yang diberikan oleh pemerintah agar bisa dirasakan oleh masyarakat dengan bentuk pelayanan kesehatan.” (wawancara, Andreas, 15 Desember 2023).

Namun, sangat disayangkan pada kenyataannya yang terjadi dilapangan sangat disayangkan karena pengambilan keputusan yang dilakukan oleh aktor-aktor terkait dan bahkan penyelenggara masih tidak sesuai dengan ketentuan yang ada di dalam SOP Pendaftaran Peserta UHC. Estimasi waktu pendaftaran yang tercantum di dalam SOP Pendaftaran sampai dengan proses SOP Persetujuan Data UHC hanya memerlukan waktu kurang lebih 2 jam saja. Kenyataannya, masyarakat harus menunggu sekitar 6 bulan lamanya sampai kartu aktif dan bisa digunakan.

Tetapi terlepas dari lamanya proses pengaktifan kartu jaminan UHC, usaha yang dilakukan dinas-dinas terkait dan juga penyelenggara jaminan kesehatan, tak dipungkiri bahwa jumlah kepesertaan yang ditargetkan bisa sesuai dengan tujuan diawal pembentukan kebijakan. Pemerintah dan dinas terkait memerlukan waktu yang cukup lama karena proses pemadanan data yang harus melewati proses panjang dan hal ini yang harus di perbaiki agar masyarakat bisa menikmati manfaat dari kebijakan tersebut.

5. Pelaksana Program (Program Implementors)

Dalam menjalankan suatu kebijakan atau program yang telah dibuat dan mencapai tujuan dari kebijakan itu sendiri harus diikuti serta didukung dengan pelaksana kebijakan yang kompeten dan kapabel. Pelaksana program memiliki peran penting dalam mewujudkan tujuan-tujuan kebijakan yang sudah ditentukan dan tentunya juga didukung oleh elemen pendukung lainnya (Akib 2010).

Pelaksana program kebijakan merupakan faktor yang paling penting dalam keberhasilan implementasi sesuatu kebijakan. Pelaksana kebijakan dianggap sebagai penggerak utama dalam berjalannya suatu kebijakan agar kebijakan tersebut mampu mencapai tujuannya. Pelaksana kebijakan disebut sebagai orang yang menyediakan sekaligus memberikan

pelayanan kepada masyarakat. Pelaksana kebijakan juga menjadi poros untuk meliha seberapa jauh program yang sudah terlaksana.

Proses implementasi kebijakan UHC tentunya melibatkan banyak pihak mulai dari perencanaan, penganggaran, keputusan yang diambil selama proses berjalannya program, dan sampai proses evaluasi. Perencanaan dan penganggaran program ini tentunya melibatkan Pemerintah Kota Semarang, Bappeda Kota Semarang, Dinas Kesehatan Kota Semarang, serta BPJS Kota Semarang. Selama proses berjalannya program UHC, tentunya ada kerja sama antara Pemerintah Kota Semarang dengan BPJS Ketenagakerjaan sebagai penyelenggara jaminan kesehatan. Pemerintah Kota Semarang bersama dengan Bappeda menjadi saksi dalam proses terjalannya kerja sama antara pemerintah dengan penyelenggara. Kemudian Bappeda juga terlibat dalam penentuan anggaran yang dibutuhkan untuk menjalankan program UHC karena merupakan salah satu dari tujuan yang ada di dalam RPJMD Kota Semarang.

Kemudian penentuan terkait persyaratan keanggotaan jaminan kesehatan merupakan tugas dari BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Penentuan fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan yang bisa diakses oleh masyarakat juga merupakan tugas dari Persyaratan yang diajukan oleh BPJS Kesehatan selaku penyelenggara tentunya juga dipenuhi oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang. Contohnya terkait persyaratan berkas-berkas yang harus dimiliki masyarakat saat ingin mengajukan kepesertaan program UHC juga disosialisasikan dengan baik oleh Dinas Kesehatan sesuai dengan SOP yang telah ditentukan.

Dinas Kesehatan juga memiliki kewajiban untuk mengukur apakah anggaran yang sudah direncanakan cukup untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat di Kota Semarang. Memastikan apakah fasilitas kesehatan yang diberikan kepada masyarakat sudah sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Pelayanan yang diberikan oleh fasilitator

pelayanan kesehatan juga harus diperhatikan agar masyarakat sebagai sasaran dalam program ini merasa puas.

Selain itu, Dinas Kesehatan yang dibantu oleh Dinas Sosial akan melakukan pengecekan disetiap bulan terkait kepesertaan yang masih harus ditanggung pembiayaannya oleh pemerintah daerah ataukah tidak. Banyaknya perubahan keadaan dimasyarakat juga menjadi pertimbangan Dinas Kesehatan Kota Semarang bersama dengan Dinas Sosial Kota Semarang untuk mencegah terjadinya pembiayaan yang berlebihan. Seperti kasus yang disampaikan oleh Pak Adit selaku staff di Dinas Sosial Kota Semarang Bidang Penanganan Fakir Miskin, beliau menyampaikan :

“Benar setiap bulan kami akan melakukan pemadanan data dengan pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan tujuan mencocokkan apakah data kepesertaan ini masih bisa aktif dibiayai atau tidak. Banyak kasus orang yang sudah tidak ada, tapi masih terdaftar sebagai kepesertaan UHC, ini yang menjadi permasalahan yang diselesaikan Dinas Kesehatan bersama dengan Dinas Sosial.”
(wawancara, Adit, 16 Januari 2024).

Selain perencanaan, pengambilan keputusan selama program berjalan, dan bagaimana pelaksanaan program yang dijalankan oleh dinas-dinas terkait dan penyelenggara, tentunya ada peran mereka dalam proses evaluasi. Evaluasi dilakukan oleh Pemerintah Kota Semarang bersama dengan dinas-dinas terkait dan juga penyelenggara. Seperti yang disampaikan oleh Bapak Joni selaku staff Bappeda Kota Semarang, beliau menyampaikan:

“Tentunya saat evaluasi semua dinas terkait akan terlibat, karena melihat juga sejauh mana capaian yang sudah dicapai melalui program UHC. Selain itu ini menjadi tanggung jawab semua pihak yang terkait baik Pemerintah Kota Semarang, Bappeda, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, bahkan juga BPJS Kesehatan. Karena untuk mengukur juga apakah kinerja kita ini sudah sesuai atau

belum untuk mewujudkan tujuan yang ingin dicapai.” (wawancara, Joni, 15 Januari 2024).

Melalui pernyataan yang disampaikan dari masing-masing dinas terkait selalu pelaksana program, ditemukan bahwa dinas-dinas terkait dan penyelenggara merupakan orang-orang yang kompeten dibidangnya. Pelaksanaan program UHC bisa berjalan dengan cukup baik sampai saat ini dikarenakan pelaksana programnya yang kompeten. Koordinasi yang baik juga menjadi alasan berjalannya program UHC sampai saat ini, karena koordinasi yang baik membuat program ini berjalan sesuai ke arah tujuan yang jelas. Transparansi dan keterbukaan terkait informasi program UHC juga menjadi salah satu faktor penting bahwa program ini berjalan dengan baik karena tidak ada hal yang harus ditutupi oleh pelaksana program.

6. Sumber Daya yang Digunakan (*Resources Committed*)

Pelaksanaan implementasi kebijakan harus didukung pula dengan sumber daya yang memudahkan agar prosesnya dapat berjalan dengan lancar. Sumber daya yang dimaksud dalam indikator ini bulan hanya sumber daya manusia, melainkan sumber daya lainnya seperti sumber daya anggaran dan sumber daya yang dijadikan objek dalam kebijakan. Sumber daya yang mencukupi diharapkan mampu mendukung terlaksananya implementasi kebijakan dengan lancar dan mampu mewujudkan tujuan-tujuan kebijakan (Askari 2014).

Sumber daya yang dimaksud dalam proses implementasi kebijakan meliputi banyak hal demi mendukung terwujudnya tujuan suatu kebijakan. Seperti yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan bahwa setiap tahunnya ada anggaran yang diatur demi berjalannya program UHC dan terwujudnya tujuan secara maksimal. Setiap tahunnya anggaran untuk program UHC akan berubah sesuai dengan jumlah kepesertaan yang berubah pula disetiap tahunnya. Pada tahun 2023, anggaran yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kota Semarang yang didiskusikan bersama dengan dinas-dinas terkait sekitar 60 Miliar. Selanjutnya anggaran ini yang nantinya akan diserahkan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang

kepada BPJS Kesehatan selaku penyelenggara program jaminan kesehatan untuk diolah dan disalurkan ke fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat Kota Semarang. Seperti yang dikatakan oleh Bapak Andreas selaku Kepala Bagian Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang, beliau mengatakan:

“Karena program UHC ini merupakan salah satu cara pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik, maka dana yang digunakan untuk program ini juga tidak sedikit. Sekiranya untuk tahun 2023 saja itu menghabiskan anggaran hampir 60 Miliar hanya untuk pelayanan bidang kesehatan ini. Jika ditanya kenapa anggarannya sangat besar, karena yang ditanggung oleh pemerintah melalui APBD ini hampir seluruh masyarakat di Kota Semarang yang tentunya tidak memiliki keanggotaan jaminan kesehatan.” (wawancara, Andreas, 15 Desember 2023).

Pernyataan yang dikeluarkan oleh Kepala Bagian Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan juga diperkuat oleh perkataan Bapak Joni selaku staff Bappeda Kota Semarang yang juga terlibat dalam penentuan anggaran program UHC, beliau mengatakan:

“Kami mendorong agenda perencanaan anggaran untuk program UHC. Program UHC memang membutuhkan dana yang besar karena ini mencakup kesejahteraan semua masyarakat Kota Semarang. Tahun 2022 anggaran yang dibutuhkan sekitar 40 Miliar, tapi pada tahun 2023 anggaran melonjak cukup tinggi sekitar 60 Miliar hanya untuk satu program ini.” (wawancara, Joni, 15 Januari 2024).

Melalui hasil wawancara ini, penulis bisa mengetahui bahwa anggaran yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kota Semarang merupakan anggaran yang besar untuk salah satu program saja. Program UHC memang hanya berfokus pada pemenuhan pemberian pelayanan kesehatan yang merata bagi masyarakat Kota Semarang. Namun, pemberian

pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan yang layak juga merupakan cara Pemerintah Kota Semarang untuk meningkatkan angka indeks kesehatan Kota Semarang juga. Jadi, anggaran besar yang dikeluarkan oleh pemerintah merupakan langkah besar dalam mengatasi salah satu permasalahan yang kompleks di Kota Semarang.

Sumber daya penting lainnya selain anggaran yaitu sumber daya manusia yaitu staff pelaksana kebijakan di dinas-dinas pelaksana, penyelenggara jaminan kesehatan, dan fasilitator di fasilitas kesehatan. Keberhasilan suatu kebijakan akan ditentukan seberapa besar kemampuan pelaksana dalam menjalankan program. Melalui beberapa pernyataan yang disampaikan oleh beberapa narasumber terkait sumber daya manusia yang terlibat dalam berjalannya orogram UHC, dapat penulis simpulkan bahwa yang menangani program UHC adalah orang-orang yang kompeten dibidangnya. Seperti yang disampaikan oleh Bapak Andreas selaku Kepala Bagian Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang, beliau menyampaikan:

“Semua yang berkaitan dengan program UHC ada standarnya, termasuk staff yang bertanggung jawab. Semua staff yang ada di Dinas Kesehatan dan staff yang menangani program ini tentunya staff yang kompeten di bidang kesehatan, mungkin hanya beberapa staff biasa dibagian pelayanan pendaftaran saja.” (wawancara, Andreas, 15 Desember 2023).

Melalui pernyataan yang disampaikan saat wawancara dan melihat RENSTRA Dinas Kesehatan Kota Semarang menunjukkan bahwa para pegawai yang berada di bawah Dinas Kesehatan merupakan orang-orang yang memiliki latar belakang pendidikan di bidang kesehatan sesuai dengan rumpun program UHC. Walaupun ada beberapa pegawai yang tidak memiliki latar belakang pendidikan di bidang kesehatan tetapi para pegawai tetap berupaya dengan maksimal memeberikan pelayanan kepada masyarakat.

Adapun komposisi sumber daya manusia atau pegawai di Dinas Kesehatan Kota Semarang berdasarkan kualifikasi pendidikannya sebagai berikut:

Tabel 4. 1
Sumber Daya Manusia di Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2022

No	Tingkat Pendidikan	L	P	Jumlah
1.	SD	5	1	6
2.	SMP	12	10	22
3.	SMA	111	74	185
4.	D3	62	489	551
5.	S1	119	462	581
6.	S1	15	43	58
Jumlah				1.403

(Sumber: Renstra Dinas Kota Semarang Tahun 2021-2026)

Adapun kondisi derajat kesehatan di Kecamatan Semarang Utara sebagai lokasi penelitian dapat ditinjau dari beberapa aspek yaitu sarana kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, dan permasalahan kesehatan yang terdapat di Kecamatan Semarang Utara. Adapun sarana kesehatan yang ada di Kecamatan Semarang Utara sebagai berikut:

Tabel 4. 2
Sarana Kesehatan di Kecamatan Semarang Utara

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit	0
2	RS Bersalin	0
3	Poliklinik	4
4	Puskesmas	1
5	Puskesmas Pembantu	3

6	Tempat Praktek Dokter	53
7	Apotek	8
8	Posyandu	92
9	Pos KB	20

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

Tabel 4. 3
Tenaga Kesehatan di Semarang Utara

No	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter	6
2	Perawat	19
3	Bidan	7
Jumlah		32

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

Sumber daya selanjutnya yaitu sumber daya yang dijadikan sebagai tujuan dalam kebijakan, yaitu masyarakat dan fasilitas. Kota Semarang masih memiliki tingkat kemiskinan yang cukup ekstrem di beberapa wilayah tertentu.

Adapun jumlah sarana dan prasana yang dimiliki pemerintah Kota Semarang sebagai salah satu penunjang berjalannya program UHC yaitu sebagai berikut:

Tabel 4. 4
Sarana dan Prasana di Kota Semarang Tahun 2020 - 2022

No	Jenis Sarana dan Prasarana	2020	2021	2022
1.	RSUD	3	3	3

2.	RSUP	1	1	1
3.	RS TNI/Polri	3	3	3
4.	RS Jiwa	1	1	
5.	RS Ibu dan Anak	6	6	6
6.	RS Mata	0	1	1
7.	RS Bedah	0	0	1
8.	Puskesmas Perawatan	10	10	10
9.	Puskesmas Non Perawatam	27	27	28
10.	Puskesmas Pembantu	38	38	37
11.	Puskesmas Keliling	37	37	37
12.	Lab. Kesehatan	25	22	26
13.	Apotik	423	422	425

(Sumber: Renstra Dinas Kesehatan Tahun 2021-2026)

Adapun kondisi derajat kesehatan di Kecamatan Semarang Utara sebagai lokasi penelitian dapat ditinjau dari beberapa aspek yaitu sarana kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, dan permasalahan kesehatan yang terdapat di Kecamatan Semarang Utara. Adapun sarana kesehatan yang ada di Kecamatan Semarang Utara sebagai berikut:

Tabel 4. 5

Sarana Kesehatan di Kecamatan Semarang Utara

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit	0
2	RS Bersalin	0
3	Poliklinik	4
4	Puskesmas	1
5	Puskesmas Pembantu	3

6	Tempat Praktek Dokter	53
7	Apotek	8
8	Posyandu	92
9	Pos KB	20

Sumber: Data Monografi Kecamatan Semarang Utara Tahun 2022

Hal ini menjadi salah satu alasan mengapa Pemerintah Kota Semarang memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat. Indeks kesehatan Kota Semarang juga menjadi pertimbangan kuat program ini harus berjalan dengan baik. Pemerintah Kota Semarang berupaya untuk mempertahankan indeks kesehatan agar terus meningkat dengan cara memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat. Pemerintah Kota Semarang bersama dengan Dinas Kesehatan Kota Semarang selaku teknis lapangan berupaya memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat melalui fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh Pemerintah Kota Semarang atau yang bermitra. Usaha pemerintah dan dinas terkait mengenai program ini memang menjadi penentu tercapainya tujuan melalui program UHC. Harus disadari pula bahwa kesadaran dan kepedulian masyarakat terkait program UHC juga menjadi penentu tercapainya tujuan dari program UHC. Masyarakat yang membutuhkan bantuan pelayanan kesehatan perlu mengetahui apa yang harus mereka lakukan untuk mendapatkan jaminan kesehatan secara gratis. Tentunya alur yang diinformasikan oleh dinas terkait sudah jelas, informasi yang disebarkan diinternet juga sudah sangat jelas. Namun, masih seringkali ditemukan kejadian rendahnya kesadaran masyarakat dan tidak mau menunggu menjadi permasalahan yang harus diselesaikan oleh dinas-dinas terkait. Seperti yang disampaikan oleh Pak Adit selaku staff di Dinas Sosial Kota Semarang Bidang Penanganan Fakir Miskin, beliau menyampaikan:

“Permasalahannya tidak jauh dari masyarakat yang agak sulit untuk disosialisasikan. Memang pendataan agak memakan waktu yang cukup lama karena harus mencocokkan data yang dimiliki oleh dinas sosial apakah ini masuk ke pendanaan APBN atau APBD. Sering juga masyarakat yang sudah diarahkan ke faskes pertama untuk pendaftarannya tetapi balik lagi kesini karena belum bisa digunakan. Jadi kita terus memberikan sosialisasi dan pengertian kepada masyarakat bahwa butuh proses juga untuk mengaktifkan program tersebut.” (wawancara, Adit, 16 Januari 2024).

Perlu adanya kerja sama antara pemerintah sebagai pemberi jaminan kesehatan dan juga masyarakat sebagai sasaran yang diberikan jaminan sebagai cara untuk mewujudkan tujuan yang ada di dalam kebijakan. Komunikasi antara kedua pihak harus diperbaiki agar program jaminan tepat pada sasaran.

Selain itu, sumber daya teknologi yang dimiliki pemerintah Kota Semarang kurang memadai untuk mendukung berjalannya program UHC. Memang sudah ada *platform* pengaduan untuk masyarakat yang mengalami kendala, tetapi pengadopsian teknologi lainnya yang dapat memudahkan masyarakat mengakses UHC belum ada. Contohnya untuk mengetahui apakah kepesertaan UHC masyarakat sudah aktif ataukah belum masyarakat tidak bisa mengakses melalui web atau aplikasi apapun, hal ini yang menyebabkan masyarakat terus berdatangan ke kantor dinas terkait maupun puskesmas terdekat untuk mengetahui perkembangannya. Hal ini bisa menjadi pertimbangan pemerintah untuk memperbaiki sistem pendaftaran program UHC agar lebih mudah dijangkau oleh masyarakat.

BAB V
MENDISKUSIKAN KONTEKS DAN LINGKUNGAN KEBIJAKAN
UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC)

A. Konteks Implementasi atau Lingkungan Implementasi (*Context of Implementation*)

1. Kekuasaan, Kepentingan dan Strategi Aktor yang Terlibat dalam Pelaksanaan Kebijakan (*Power, Interest, Strategy of Actor Involved*)

Dalam suatu kebijakan perlu juga perlu memperhatikan terkait kekuasaan atau kekuatan, kepentingan, serta strategi yang digunakan oleh aktor yang terlibat guna memperlancar jalannya pelaksanaan suatu implementasi kebijakan. Tidak dapat dielakkan bahwa kekuasaan yang dimiliki baik pada tingkat atasan maupun bawahan, baik nasional, regional, maupun lokal dalam implementasi suatu kebijakan memiliki peranan yang cukup signifikan. Berdasarkan berbagai kegiatan yang terjadi di lapangan akan memperlihatkan bahwa kekuasaan, kepentingan, dan strategi aktor turut andil didalamnya. Tiap-tiap pihak akan memperlihatkan kepentingannya walaupun tidak terlihat secara keseluruhan. Jika hal ini tidak diperhatikan dengan matang maka sangat besar kemungkinan program yang hendak diimplementasikan akan jauh dari tujuan awal (Agustino, 2008).

Wali Kota Semarang merupakan pejabat pemerintah kota yang memiliki wewenang, tugas, serta kewajiban dalam menjalankan urusan rumah tangga kota. Wali kota mempunyai kedudukan tertinggi dan memiliki wewenang membuat suatu kebijakan untuk mengatasi berbagai macam permasalahan sosial di kotanya. Oleh karena itu, salah satu permasalahan sosial di Kota Semarang terkait kesehatan menjadi alasan Pemerintah Kota Semarang membuat kebijakan terkait jaminan kesehatan melalui program *Universal Health Coverage (UHC)*. Program UHC merupakan salah satu bentuk cara mewujudkan visi misi wali kota yang bertujuan untuk meningkatkan indeks kesehatan di Kota Semarang

dengan cara memberikan bantuan dalam bentuk pembiayaan pelayanan kesehatan. Sesuai pula dengan rencana-rencana yang dituangkan dalam RPJMD Kota Semarang Tahun 2016-2021 dan RPJMD Tahun 2021-2026 bahwa program kesehatan merupakan program prioritas. Melalui program ini, pemerintah berupaya memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik dan berupaya untuk tidak memungut biaya dari masyarakat. Pemerintah Kota Semarang berupaya memberikan perintah yang tepat serta selalu melakukan koordinasi dengan dinas-dinas terkait serta penyelenggara jaminan kesehatan. Pemerintah menyadari bahwa berjalan lancarnya suatu program kebijakan membutuhkan keterlibatan semua pihak baik dari tingkat teratas sampai tingkatan terbawah. Jika koordinasi yang baik diterapkan selama berjalannya program, maka tujuan yang diinginkan akan mudai untuk dicapai.

Melibatkan dinas-dinas terkait sekaligus badan penyelenggara jaminan kesehatan dalam proses berjalannya program merupakan upaya pemerintah mencapai tujuan dari program UHC itu sendiri. Seperti yang disampaikan oleh Ibu Wulan selaku Kepala Bagian Kepsertaan di BPJS Kesehatan Semarang, beliau menyampaikan:

“Pemerintah Kota Semarang meminta kepada BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara kesehatan untuk membantu dinas terkait menjalankan program UHC ini. Karena program pembiayaan kesehatan itu banyak tipenya dalam arti sumber pembiayaannya, maka dari itu kami berkerja sama dengan pihak pemerintah untuk memudahkan pengelolaan dana dan kepesertaan. Selain itu, kami juga berupaya memegang tata kekola persyaratan jaminan kesehatan agar lebih bisa terkendali.” (wawancara, Wulan, 30 Januari 2024).

Dari pernyataan yang didapatkan penulis selama wawancara memang ada di dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pada Pasal 9 dan Pasal 10 yang menegaskan bahwa BPJS Kesehatan memiliki tugas

untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Beberapa BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan program UHC di Kota Semarang yaitu bertugas melakukan dan menerima pendaftaran peserta, menerima bantuan iuran dari pemerintah dalam hal ini berupa APBD yang akan digunakan untuk pembiayaan jaminan kesehatan masyarakat Kota Semarang, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan kesehatan, membayarkan atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial, serta memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat. Melalui pernyataan yang dikatakan oleh Kepala Bagian Kepesertaan BPJS Kesehatan, bisa disimpulkan bahwa BPJS Kesehatan juga menjalankan tugasnya sesuai dengan semestinya dan hal tersebut tentunya membantu Pemerintah Kota Semarang untuk mewujudkan program UHC.

Tiap-tiap aktor yang memiliki peran dalam berjalannya program UHC di Kota Semarang pasti memiliki strategi masing-masing untuk mencapai kepentingan-kepentingan yang mereka milik serta mempermudah dalam menjalankan tugas. Strategi yang pertama perlu dilakukan oleh setiap pihak yang terlibat didalamnya yaitu koordinasi yang baik. Komunikasi baik yang terjalin antara setiap dinas terkait yaitu Bappeda Kota Semarang, Dinas Kesehatan Kota Semarang, Dinas Sosial Kota Semarang, serta BPJS Kesehatan selaku penyelenggara jaminan kesehatan berguna untuk memperlancar berjalannya program UHC di Kota Semarang. Hal ini juga disampaikan oleh Ibu Wulan selaku Kepala Bagian Kepesertaan di BPJS Kesehatan Semarang, beliau menyampaikan:

“Koordinasi selalu dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan dinas terkait yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang yang memang bidangnya dalam mengurus program UHC. Kami berkoordinasi terkait jumlah kepesertaan yang setiap bulannya mengalami perubahan, kemudian ketentuan-ketentuan tambahan yang kami butuhkan sebagai persyaratan kepesertaan harus kami

koordinasikan kepada mereka selaku pihak yang memiliki kewenangan terkait kebijakan.” (wawancara, Wulan, 30 Januari, 2024).

Selain perlunya dilakukan koordinasi antar pihak yang terlibat dalam berjalannya program UHC, pihak-pihak tersebut harus memiliki strategi lain dalam memperlancar berjalannya program, yaitu melakukan sosialisasi. Sosialisasi dilakukan khususnya kepada target program UHC yaitu masyarakat. Dinas-dinas terkait dan juga penyelenggara jaminan kesehatan tentunya sudah melakukan sosialisasi dengan memberikan informasi baik melalui media digital atau bahkan melalui media cetak yang bisa diakses oleh seluruh masyarakat di Kota Semarang. Bahkan, untuk mempermudah masyarakat Kota Semarang mendapatkan informasi, Pemerintah Kota Semarang dan Dinas Kesehatan menyediakan tempat pendaftaran UHC di setiap puskesmas di Kota Semarang dan di Mall Pelayanan Publik Terminal Mangkang. Seperti yang disampaikan oleh Bapak Andreas selaku Kepala Bagian Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang, beliau menyampaikan:

“Strategi yang kami gunakan untuk memudahkan berjalannya program ini yaitu tetap memberikan informasi yang mudah diakses oleh masyarakat. Karena sampai sekarang masih ada masyarakat yang mendaftar atau pindah kepesertaan yang tadinya biaya sendiri menjadi dibiayai pemerintah. Tadinya memang pendaftaran ada di Dinas Kesehatan langsung, tetapi untuk memudahkan masyarakat jadinya di setiap puskesmas juga bisa mendaftar atau saat ini kami membuka pelayanan pendaftaran di Mall Pelayanan Publik. Informasi lengkap juga bisa diakses oleh masyarakat melalui *website* resmi Dinas Kesehatan Kota Semarang.”

Sosialisasi yang telah dilakukan oleh dinas-dinas terkait serta penyelenggara jaminan kesehatan sayangnya sulit untuk diterapkan oleh masyarakat. Ternyata masih banyak masyarakat yang jauh-jauh datang ke dinas terkait untuk menanyakan alur pendaftaran. Hal ini sering ditemui

di Dinas Sosial Kota Semarang dan BPJS Kesehatan Kota Semarang. Kebanyakan masyarakat yang datang sebetulnya sudah mengetahui apa yang harus mereka lakukan untuk mendapatkan keanggotaan jaminan kesehatan, hanya saja mereka yang datang selalu menanyakan kapan kartu keanggotaan mereka akan aktif dan dapat digunakan. Seperti yang disampaikan oleh Ibu Wulan selaku Kepala Bagian Kepesertaan di BPJS Kesehatan Semarang, beliau menyampaikan:

“Masih banyak masyarakat yang datang kesini untuk menanyakan status aktif keanggotaan jaminan kesehatan mereka. Padahal sudah tertulis jelas dalam ketentuan pendaftaran bahwa keanggotaan akan aktif setelah 6 bulan pendaftaran jika memang tidak memerlukan pengobatan darurat. Sosialisasi yang kami berikan juga pasti akan disampaikan oleh pihak puskesmas setempat selaku pemberi pelayanan tingkat pertama.” (wawancara, Wulan, 30 Januari 2024).

Kesimpulan yang dapat diambil yaitu harus adanya kesadaran dari masyarakat dan cepatnya dinas terkait maupun penyelenggara program jaminan kesehatan. Masih diperlukannya penyampaian sosialisasi yang dikemas lebih sederhana dan mudah dijangkau oleh masyarakat karena mengingat masyarakat yang mengajukan kepesertaan lebih didominasi oleh masyarakat lanjut usia atau masyarakat kurang mampu. Disamping itu dalam pengajuan kepesertaan melibatkan proses yang begitu lama membuat masyarakat merasa perlu datang dengan harapan prosesnya akan lebih cepat. Jadi, perlu juga adanya koordinasi yang lebih baik antara dinas terkait dengan masyarakat agar masyarakat juga paham apa tindakan yang harus mereka ambil.

2. Karakteristik Lembaga yang Berkuasa (Institution and Regime Characteristic)

Lingkungan dimana suatu kebijakan tersebut dilaksanakan juga menjadi pengaruh dalam keberhasilan kebijakan itu sendiri. Indikator ini akan menjelaskan bagaimana karakteristik dari suatu lembaga serta rezim

yang sedang memimpin yang tentunya akan memberikan pengaruh terhadap proses implementasi kebijakan. Karakteristik suatu lembaga lebih mengarah [ada lingkungan kebijakan tersebut dilaksanakan yang secara tidak langsung memberikan gambaran bagaimana ciri dari penguasa atau lembaga tersebut sebagai pelaksana kebijakan, baik dari gaya kepemimpinan maupu keberpihakanya (Rohilie 2015).

Program *Universal Health Coverage* (UHC) yang dijalankan di Kota Semarang memang merupakan adaptasi nama dari program yang digagas dalam penetapan *Sustainable Development Goals* (SDGs). Berawal dari nama tersebut, Wali Kota Semarang yang menjabat pada saat program ini dirancang dan diresmikan adalah Dr. Hendrar Prihadi, S.E., M.M. atau lebih dikenal dengan sapaan Hendi. Hendi ingin memberikan layanan fasilitas publik bagi masyarakat Kota Semarang dari lahir hingga meninggal, dan ini salah satu program layanan fasilitas di bidang kesehatan yang ditungkan ke dalam program kerja tahunannya. Hendi dikenal sebagai wali kota yang membawa Semarang sebagai kota dengan pembangunan terbaik di Indonesia selama tiga kali berturut-turut pada tahun 2019,2020,dan 2021. Saat menjabat sebagai wali kota pun ia melakukan refromasi pelayanan publik yang diakui di tingkat nasional, dimana saat itu ia dinobatkan sebagai Pembina pelayanan publik terbaik di Indonesia sejak tahun 2016 hingga 2019.

Melihat rekam jejaknya yang baik sebagai Wali Kota Semarang, tentunya membawa birokrasi Kota Semarang menuju kemajuan. Terlihat dari Indeks Pembangunan Manusia (IPM), Indeks Kesehatan, Indeks Kemiskinan, dan Indeks Pendidikan yang selama sepuluh tahun terakhir selalu mengalami peningkatan. Kebijakan terkait pemberian jaminan kesehatan berupa program pelayanan UHC yang dirancang oleh Hendi merupakan program jangka panjang yang sampai saat ini masih berjalan. Program UHC merupakan program yang memang dirancang sebagai salah satu program berkelanjutan yang diharapkan dapat mengatasi permasalahan yang ada di Kota Semarang khususnya permasalahan

kesehatan. Keputusannya dalam menjadikan Dinas Kesehatan Kota Semarang sebagai teknis lapangan selama berjalannya program UHC tentunya karena pekerjaan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang linier dengan program tersebut. Selanjutnya, saat Hendi sudah tidak menjabat saat ini pun program UHC masih menjadi program unggulan yang terus ditingkatkan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang yang tentunya dibantu oleh BPJS Kesehatan serta dinas-dinas terkait lainnya. Konsistensi Pemerintah Kota Semarang terlihat dari terus meningkatnya jumlah presentase kepesertaan masyarakat yang mendapat jaminan kesehatan. Hal ini juga sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Bapak Andreas selaku Kepala Bagian Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang, beliau menyampaikan:

“Pemerintah Kota Semarang melimpahkan seluruh kegiatan yang menyangkut program UHC kepada Dinas Kesehatan karena memang itu tugas kami sebagai dinas yang bergerak dibidang kesehatan. Pemerintah sedari awal menjadikan program ini sebagai program unggulan bidang kesehatan. Jadi, pemerintah sedari awal juga mendukung penuh berjalannya program ini, baik pemerintah sebelumnya ataupun pemerintah saat ini. Apapun yang dibutuhkan oleh kami untuk menunjang berjalannya program UHC akan selalu diusahakan oleh pemerintah.” (wawancara, Andreas, 15 Desember 2023).

Melalui pernyataan yang disampaikan diatas, bisa dilihat bahwa memang sedari awal kebijakan terkait jaminan kesehatan dibuat oleh Pemerintah Kota Semarang dan menghasilkan program UHC, pemerintah dan dinas-dinas terkait juga penyelenggara yang terkait memiliki komitmen untuk menciptakan kebijakan serta program yang bisa memenuhi kebutuhan masyarakat khususnya kebutuhan pelayanan kesehatan. Pernyataan diatas juga diperkuat oleh pernyataan yang disampaikan oleh Bapak Joni selaku staff Bappeda Kota Semarang, beliau menyampaikan:

“Program UHC sampai hari ini masih terus berjalan sebagaimana dari awal program ini dirancang untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Walaupun Wali Kota Semarang saat ini sudah berganti, tapi program UHC masih menjadi salah satu program unggulan yang dijalankan oleh pemerintah dan tentunya selama proses berjalannya program ini sampai pada proses evaluasi tahunan, Pemerintah Kota Semarang terus terlibat di dalamnya dan mendukung penuh program UHC.” (wawancara, Joni, 15 Januari 2024).

Dukungan yang diberikan pemerintah tentunya mempengaruhi bagian dibawahnya atau dinas-dinas terkait dalam berjalannya program UHC. Melihat kontribusi yang diberikan oleh setiap aktor dalam berjalannya program UHC di Kota Semarang, seperti Bappeda Kota Semarang yang melalui rencana pembangunan yang disusunnya menghasilkan kebijakan pemberian jaminan kesehatan serta menghasilkan program UHC, selain itu melakukan pengesahan alokasi anggaran yang telah ditentukan untuk setiap dinas yang dikelola untuk menjalankan masing-masing program yang telah dibuat.

Namun, sangat disayangkan yang terjadi di lapangan saat ini karena pergantian kepemimpinan Wali Kota Semarang anggaran yang disiapkan untuk menjalankan program UHC mengalami penurunan di tiap tahunnya. Pada tahun 2019 anggaran yang dikeluarkan pemerintah Kota Semarang yaitu sebesar 98,5 Miliar dan pada tahun 2023 anggaran yang dikeluarkan hanya 60 Miliar. Seperti yang disampaikan oleh Bapak Andreas selaku Kepala Bagian Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Semarang, beliau menyampaikan:

“Anggaran yang dikeluarkan oleh pemerintah memang mengalami penurunan di setiap tahunnya karena memang banyak masyarakat yang keanggotaannya sudah tidak aktif lagi atau sudah dipindahkan sumber dana pembiayannya tidak menggunakan APBD lagi.” (wawancara, Andreas, 15 Desember 2023).

Selain dari anggaran yang berkurang disetiap tahunnya karena peralihan pembiayaan kepesertaan, walaupun Dinas Kesehatan Kota Semarang sudah menjalankan tugasnya sebagai dinas yang bertanggung jawab terkait pelaksanaan program UHC mulai dari ketentuan yang harus dimiliki peserta jaminan kesehatan sampai dengan proses pembayaran iuran peserta jaminan kesehatan kepada penyelenggara jaminan kesehatan masih ada hal-hal yang harus diperbaiki oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang selaku dinas teknis lapangan yang bertanggung jawab. Masih kurangnya koordinasi antara puast dengan penyelenggara dibawahnya menyebabkan kurang maksimal berjalannya program.

Berdasarkan penelitian yang penulis lakukan, keikutsertaan Pemerintah Kota Semarang tentunya menjadi faktor penting berjalannya program UHC dengan baik sampai saat ini. Selain keikutsertaan, masih diperlukan koordinasi yang baik. Tidak hanya koordinasi yang baik saja, tetapi Dinas Kesehatan Kota Semarang selaku dinas teknis lapangan harus senantiasa mengawal atau melihat secara langsung kegiatan yang sebenarnya terjadi agar menjadi bahasan evaluasi kedepannya. Karena masyarakat di Kecamatan Semarang Utara masih mengeluhkan bagaimana aktor-aktor yang terlibat baik di dinas yang bersangkutan maupun sikap pelayanan yang diberikan masih kurang baik. Karena keberhasilan program UHC ini tidak bisa hanya dilihat dengan peningkatan jumlah kepesertannya saja, tapi bagaimana masyarakat menilai sikap aktor yang bertanggung jawab terkait program UHC dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada peserta UHC. Mengikutsertakan seluruh dinas dan penyelenggara yang terkait dalam segala aspek, bukan hanya dalam menjalankan program saja tetapi juga dalam menentukan bagian-bagian penting demi kelancaran mencapai tujuan awal yang ditentukan pemerintah melalui program UHC.

3. Tingkat Kepatuhan dan Respon Pelaksana (*Responsiveness and Compliance*)

Hal ini menjadi indikator penting lainnya dalam proses implementasi kebijakan. Indikator ini menjelaskan seberapa jauh respon dan kepatuhan dai pelaksana program dalam memberikan tanggapan terhadap sebuah kebijakan. Pada proses implementasi kebijakan keberhasilan dalam prosesnya juga harus didukung dari daya tanggap dan konsistensi pelaksana (Agustina et al. 2022).

Dinas-dinas terkait serta penyelenggara program jaminan kesehatan UHC memiliki respon dan daya tanggap yang cukup baik demi mewujudkan masyarakat Kota Semarang yang sehat dan terjamin pelayanan kesehatannya. Dinas-dinas terkait memiliki caranya masing-masing untuk menanggapi permasalahan yang muncul ketika proses pelaksanaan program UHC demi memenuhi target yang telah ditetapkan. Seperti Dinas Sosial Kota Semarang yang aktif merespon keluhan masyarakat yang datang secara langsung untuk menanyakan proses pendaftaran. Seperti yang disampaikan oleh bapak adit, beliau menyampaikan:

"Kami selaku dinas terkait dalam program ini tentunya berupaya memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat. Seperti yang dilihat setiap hari masyarakat terus berdatangan menanyakan bagaimana status keanggotaan mereka. Pastinya pertama akan kami arahkan mereka ke puskesmas mereka tinggal karena proses pendaftaran tetap harus melalui puskesmas agar bisa dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang ke BPJS Kota Semarang untuk segera diaktifkan." (wawancara, Adit, 16 Januari 2024).

Namun, kenyataan yang ditemukan di lapangan ternyata masih adanya kurang tanggap petugas pelaksana dalam menjalankan program. Masyarakat terus berdatangan dan menanyakan proses pengaktifan karena merasa proses tersebut terlalu lama yaitu harus menunggu 6 bulan lamanya

untuk mengaktifkan keanggotaan UHC. Hal tersebut tidak sesuai dengan SOP yang jika diperkirakan hanya membutuhkan waktu kurang lebih 2 sampai 3 jam. Kurangnya keterbukaan petugas dalam menangani keluhan masyarakat merupakan salah satu hal yang harus diperbaiki Pemerintah Kota Semarang bersama dinas-dinas terkait untuk memberikan jaminan kesehatan maupun pelayanan kesehatan yang terbaik kepada masyarakat. Hal ini harus dilakukan Pemerintah Kota Semarang dan Dinas Kesehatan Kota Semarang demi mencapai target cakupan kesehatan wilayah Kota Semarang sebesar 98% dari seluruh jumlah masyarakat di Kota Semarang.

B. Hasil Kebijakan (Outcomes)

1. Dampak Pada Masyarakat

Tiap-tiap kebijakan yang dirancang oleh pemerintah tentunya akan berdampak pada masyarakat. Program *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang salah satunya, tentunya program ini akan berdampak pada masyarakat karena awal tujuan dirancangnya kebijakan ini untuk memberikan jaminan kesehatan dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dampak yang diberikan melalui kebijakan program UHC kepada masyarakat Kota Semarang dapat dilihat baik dari segi ekonomi maupun segi pelayanan. Pada segi ekonomi tentunya banyak masyarakat Kota Semarang yang terbantu dengan adanya program UHC. Melalui APBD Kota Semarang yang dikelola dengan baik oleh dinas-dinas terkait dan juga penyelenggara program jaminan kesehatan untuk berjalannya program UHC memberikan dampak positif pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Masyarakat tidak perlu mengeluarkan uang yang besar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan baik ditingkat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun pelayanan kesehatan lanjutan. Masyarakat di wilayah Kecamatan Semarang Utara contohnya, masih banyaknya masyarakat kurang mampu di kawasan tersebut tentunya membantu meringankan beban mereka khususnya

dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Dampak tersebut tentunya dapat dirasakan serta diperkuat melalui pernyataan yang disampaikan masyarakat di Kecamatan Semarang Utara yaitu Bapak Saiman, beliau menyampaikan:

“Program UHC memang benar membantu kami khususnya ya masyarakat menengah kebawah seperti kami yang tidak bekerja ditempat yang menjamin program kesehatan. Apalagi saya sebagai penderita penyakit diabetes yang memerlukan cek rutin setiap bulan ke rumah sakit. Setiap bulan saya bisa berobat ke rumah sakit tanpa perlu mengeluarkan biaya sepeserpun. Penyakit yang saya derita kalau tidak menggunakan program ini pasti biaya berobatnya mahal. Walaupun ya menunggu lama saat proses pengajuan rujukan, mungkin kedepannya proses pengajuan bisa lebih cepat dan petugas bisa lebih tanggap dalam menjawab pertanyaan yang kami berikan terlepas dari program ini memberikan pengobatan gratis untuk masyarakat. (wawancara, Saiman, 17 Januari 2024).

Dampak dari program UHC dalam segi ekonomi memang terlihat sangat membantu masyarakat. Tidak ada penetapan khusus terkait kuota di setiap kecamatan, baik kecamatan yang tingkat perekonomiannya penduduknya menengah ke atas atau kecamatan yang perekonomiannya penduduknya menengah ke bawah terkait kepesertaan UHC. Tetapi memang Kecamatan Semarang Utara lebih mendominasi jumlah kepesertaan UHC terlihat dengan jumlah kunjungan masyarakat ke Puskesmas Bandarharjo sebagai puskesmas utama di Kecamatan Semarang Utara. Hal ini menunjukkan bahwa banyak masyarakat kurang mampu di Kecamatan Semarang Utara yang menggunakan UHC sebagai alat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa dalam pelaksanaannya terdapat kekurangan yang terjadi. Kejadian di lapangan saat program

ini dijalankan ternyata terdapat permasalahan yang terjadi dan menjadi keluhan dari masyarakat. Hal serupa juga dirasakan oleh masyarakat di Kecamatan Semarang Utara lainnya terkait dampak program ini baik dilihat melalui segi ekonomi maupaun pelayanannya. Ibu Tarmi misalnya, ia menyampaikan pendapatnya terkait dampak program UHC yang ia rasakan, beliau menyampaikan:

“Memang adanya program UHC sangat membantu kami mendapatkan pengobatan secara gratis. Tetapi menurut saya karena ini merupakan program gartis, jadi pelayanan yang kami dapatkan juga kurang memuaskan. Berobat hanya sekedar formalitas datang ditanya-tanya saja tanpa diperiksa kemudian diberikan obat. Prosedur untuk rujukan juga harus menunggu sakit yang diderita parah baru mendapatkan tindakan lebih lanjut.” (wawancara, Tarmi, 17 Januari 2024).

Keberadaan program UHC sebetulnya memberikan dampak positif dan juga dampak negatif. Keberadaannya memberikan dampak positif dengan meringankan beban ekonomi masyarakat Kota Semarang khususnya pada masyarakat di wilayah dengan tingkat kemiskinan yang tinggi salah satunya di Kecamatan Semarang Utara. Berbagai macam pengobatan dari yang bisa dijangkau hingga pengobatan lanjutan yang memerlukan tindakan dan biaya besar juga bisa diperoleh masyarakat dengan hanya menggunakan jaminan kesehatan UHC. Tetapi tidak dapat dipungkiri juga bahwa pelayanan yang didapatkan melalui program UHC yang gartis dan tidak memungut biaya dari masyarakat bisa berdampak negatif pula dari segi pelayanan. Petugas pelayanan biasanya mengukur penyakit yang dialami pasien hanya dengan mendengar keluhan saja, tidak melakukan pemeriksaan lebih mendalam. Hal seperti ini yang sangat disayangkan oleh masyarakat, karena memang SOP penanganan pasien yang bisa dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) hanya pasien yang membutuhkan tindakan darurat saja dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Kemudian, prosedur surat rujukan yang memakan waktu lama serta antrian yang panjang juga menjadi keluhan masyarakat. Banyaknya pasien rujukan yang menggunakan UHC menjadi salah satu faktor menumpuknya antrian pasien dan lamanya proses pengobatan. Hal-hal tersebut yang harus diperbaiki oleh pemerintah dan juga dinas-dinas terkait serta penyelenggara jaminan kesehatan agar tidak berfokus pada jumlah penerima bantuan saja, tetapi juga fokus pada target cakupan kesehatan yang diharapkan di Kota Semarang agar tidak menurun dan tetap stabil.

2. Perubahan dan Penerimaan oleh Masyarakat

Secara keseluruhan, kebijakan terkait program jaminan kesehatan UHC di Kota Semarang sudah memberikan hasil yang signifikan. Beberapa tahun belakangan dimulai dari program UHC diresmikan sampai saat ini, indeks kesehatan masyarakat Kota Semarang mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pelayanan kesehatan sampai saat ini bisa diakses oleh seluruh masyarakat tanpa terkecuali dengan berbagai macam jenis pelayanan. Tingkat masyarakat yang membutuhkan pelayanan disetiap kecamatan yang ada di Kota Semarang juga mengalami peningkatan dari target awalnya disetiap tahun, di Kecamatan Semarang Utara misalnya. Secara tidak langsung, program ini memberikan dampak yang cukup positif bagi masyarakat, karena dengan adanya program ini masyarakat tidak perlu khawatir untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Seperti masyarakat yang ada di Kecamatan Semarang Utara dalam menanggapi kebijakan terkait program UHC di Kota Semarang tentunya menerima dan mendukung sepenuhnya terkait pelaksanaan kebijakan tersebut. Karena melalui program ini masyarakat sangat terbantu, hal ini disampaikan oleh Ibu Asri, beliau menyampaikan:

“Tentu sebagai masyarakat Kota Semarang saya mendukung penuh kebijakan terkait program UHC ini. Harus kita sadari juga sebagai masyarakat bahwa program ini sangat membantu kami dalam

mendapatkan pelayanan kesehatan, khususnya masyarakat menengah kebawah yang membutuhkan bantuan kesehatan secara gratis. Tetapi sangat disayangkan, seharusnya kami sebagai masyarakat merasa lebih nyaman karena program ini, tetapi karena kurang tanggapnya pemberi pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan menjadi kurangnya program ini yang bisa kami rasakan. Selain itu, proses pendaftaran harus menunggu dengan waktu yang cukup lama. Mungkin saja puskesmas setempat atau pemerintah bisa mengubah atau mempercepat proses pengaktifan agar bisa digunakan dengan cepat.” (wawancara, Asri, 17 Januari 2024).

Tanggapan masyarakat khususnya di wilayah Semarang Utara cukup baik terhadap kebijakan UHC. Namun, masih adanya permasalahan yang dihadapi masyarakat menjadi hal yang harus segera diselesaikan. Beberapa permasalahan selain lamanya proses pengaktifan dan evaluasi terhadap tenaga pemberi pelayanan harus menjadi perhatian Pemerintah Kota Semarang, dinas-dinas terkait, serta penyelenggara jaminan kesehatan untuk menjadi bahan evaluasi terkait program UHC agar masyarakat dapat menerima manfaat dari program ini dengan maksimal.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis lakukan di lapangan, maka jawaban terkait kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang dan di Kecamatan Semarang Utara dapat disimpulkan bahwa Pemerintah Kota Semarang dan dinas-dinas serta pihak penyelenggara sudah memiliki satu koordinasi yang cukup baik walaupun masih harus melakukan perbaikan dalam proses pelaksanaan kebijakan tersebut. Karena Pemerintah Kota Semarang dan dinas-dinas terkait juga memiliki kendali yang baik dalam menjalankan kebijakan UHC seharusnya dapat mengubah atau menjalankan program UHC sesuai dengan hakikatnya yaitu dapat memberikan pelayanan secara gratis bagi seluruh masyarakat Kota Semarang tanpa terkecuali. Hal ini terlihat melalui sikap pemerintah terhadap langkah-langkah yang harus diambil dalam proses implementasi kebijakan ini. Pemerintah Kota Semarang juga harus lebih memberikan perhatian terhadap proses implementasi kebijakan UHC serta memastikan seluruh masyarakat memiliki jaminan kesehatan dan mendapatkan pelayanan yang sesuai serta layak. Koordinasi dan perintah yang diberikan sesuai dengan tugas dan fungsi dinas-dinas terkait sehingga tugas antar dinas satu dengan dinas lainnya saling terhubung. Selain itu, dinas lapangan terkait perlu memperhatikan apakah masyarakat sudah mendapatkan hak pelayanan yang sesuai dengan yang tertulis di dalam kebijakan. Jika dilihat dari pembagian tugas, sejauh ini tidak ada tumpang tindih tugas antar dinas dan pihak penyelenggara jaminan kesehatan juga menunjukkan komitmen pemerintah dan dinas yang terlibat untuk mencapai tujuan dari kebijakan UHC yaitu memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh masyarakat.

Proses koordinasi yang dilakukan oleh pihak atar yaitu pemerintah, dinas terkait, dan pihak pemberi pelayanan diperlukan perbaikan.

Walaupun komunikasi yang terjalin sudah baik, masih diperlukan ketanggapan dinas terkait dalam menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan proses pendaftaran awal sampai penggunaan program UHC yang ditanyakan oleh masyarakat sebagai penerima manfaat dari kebijakan program UHC juga sangat baik. Karena sangat disayangkan ketika pelaksanaan di lapangan atau khususnya disetiap faskes pertama yaitu puskesmas yang masih dirasa kurang dalam pelaksanaannya. Masih ditemukannya fasilitator yang kurang tanggap dalam melayani masyarakat menjadi permasalahan yang harus diselesaikan oleh pemerintah dan dinas kesehatan. Contoh kasus yang terjadi di Puskesmas Kecamatan Semarang Utara dimana proses pengajuan surat pengantar rujukan yang memakan waktu lama. Selain itu masih kurangnya telitinya petugas kesehatan dalam memeriksa pasien dan terkesan terburu-buru dalam memberikan diagnosa memberikan kesan yang kurang puas bagi masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian di atas, saat ini Pemerintah Kota Semarang serta dinas terkait dalam proses implementasi kebijakan UHC sudah berada ditahap yang cukup baik walaupun masih memerlukan perbaikan dalam melakukan proses koordinasi yang baik antar pihak yang terlibat dalam proses implementasi kebijakan UHC ini. Masih adanya kekurangan yang dimiliki dinas teknis lapangan yang terkait yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam mengontrol apakah tenaga-tenaga pelayanan kesehatan yang ada di lapangan sudah memberikan pelayanan terbaik sesuai dengan SOP pelaksanaan program UHC. Karena bagaimapun kepuasan masyarakat dalam menerima manfaat kebijakan ini menjadi acuan dalam menentukan keberhasilan kebijakan tersebut.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis dapatkan di lapangan, penulis mencoba menganalisis apa saja hal yang dirasa perlu untuk dilakukan dalam penelitian lebih lanjut terkait implementasi kebijakan UHC di Kecamatan Semarang Utara. Adapun posisi penulis dalam penelitian ini yaitu mengembangkan dari penelitian sebelumnya terkait

implementasi kebijakan UHC. Saran dari penulis dalam penelitian ini yaitu :

1. Memperbaiki prosedur keanggotaan jaminan kesehatan UHC dengan mempercepat waktu pengaktifan kartu peserta agar dapat digunakan sesegera mungkin.
2. Memberikan edukasi lebih lanjut kepada fasilitator baik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau puskesmas dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) atau rumah sakit rujukan agar memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat.
3. Mengupayakan pengaturan kesesuaian banyaknya tenaga medis dengan banyaknya masyarakat yang harus mendapatkan pelayanan kesehatan agar tidak membutuhkan waktu lama dalam memberikan pelayanan.
4. Serta monitoring dan evaluasi yang dilakukan atas dasar penilaian yang diberikan oleh masyarakat selaku penerima manfaat.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Creswell, J. W. (2016). *Research Design Pendekatan Metode Kualitatif, Kuantitatif, dan Campuran*. Yogyakarta: PUSTAKA PELAJAR.
- Grindle, M. S. (1980). *Politics and Policy Implementation in the Third World*. New Jersey: Princeton University Press.

Jurnal

- Adiyanta, FC. Susila. 2020. "Urgensi Kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) Bagi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Masa Pandemi Covid-19." *Administrative Law and Governance Journal* 3 (2): 272–99. <https://doi.org/10.14710/alj.v3i2.272-299>.
- Adnan, M. Fachri, and Jurusan. 2016. "REFORMASI BIROKRASI PEMERINTAHAN DAERAH DALAM UPAYA PENINGKATAN PELAYANAN PUBLIK," 1–23.
- Agustina, Dewi, Deliana S Deliana S, Kalifah Fitria Lubis, Namira Mutiara Nasution, Resvi Lestari, and Sindi Julfa Saphira. 2022. "Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Simalungun." *Mitra Raflesia (Journal of Health Science)* 14 (2): 178. <https://doi.org/10.51712/mitraraflesia.v14i2.206>.
- Akib, Haedar. 2010. "IMPLEMENTASI KEBIJAKAN: Apa, Mengapa, Dan Bagaimana." *Jurnal Administrasi Publik, Volume 1 No. 1 Thn. 2010* 1 (1): 1–11.
- Apriyanto, R Hendri, Tjahjono Kuntjoro, and Lutfhan Lazuardi. 2013. "The Implementation Of Primary Healthcare Subsidy Policy On The Service Quality In The Health Centers Of Kota Singkawang Deskriptif , Yaitu Menyajikan Deskriptif Lengkap Dari Stakeholder Yang Terdiri Dari Kepala Dinas Kesehatan Likert . Instrumen Penelitian." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia* 02 (04): 180–88.
- Askari, Andi Alifesa. 2014. *Reformasi Birokrasi Bidang Sumber Daya Manusia Melalui Peningkatan Kompetensi Aparatur Sipil Negara Di Kelurahan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2014-2017*. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Desrinelti, Desrinelti, Maghfirah Afifah, and Nurhizrah Gistituati. 2021.

- “Kebijakan Publik : Konsep Pelaksanaan” 6 (1): 83–88.
- Dinkes Yogyakarta. 2019. “Detail Artikel | Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta.” *Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta*.
<https://www.dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/pangan-makanan-aman-sehat-6-langkah-higiene-sanitasi-cukup-6-langkah-untuk-pangan-aman-sehat>.
- GFallis, A. 2013. “Teori Kebijakan Implementasi.” *Journal of Chemical Information and Modeling* 53 (9): 1689–99.
- Grindle, Merilee S. 1980. *Politics and Policy Implementation in the Third World*.
- Imanuddin Hasbi, Hartoto, Dyah Maharani, Sriyani, Ella Dewi Latifah, Ardhana Januar Mahardhani, Indri Arrafi J, Hikmah Nurain, Attifah Meita Rahmah, Ahmad Subagiyo, Juanrico Alfaromona Sumarezs Titahelu, Charia Roswita, Renaldy Lukmanul Hakim, Khairul Rij, Fajar Setyaning Dwi Putra. 2021. *KEBIJAKAN PUBLIK*. Bandung.
- Imronah. 1984. “IMPLEMENTASI KEBIJAKAN : Perspektif , Model Dan Kriteria Pengukurannya,” 65–85.
- Laily, Chyntia, and Trias Novianti. 2020. “Implementasi Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Skripsi.”
- Mansur, Jumria. 2021. “IMPLEMENTASI KONSEP PELAKSANAAN KEBIJAKAN DALAM PUBLIK” VI (Ii): 324–34.
- Marsari, Henni, Sunita Hairani, and Nurhizrah Gistituati. 2021. “Model Perumusan Kebijakan Pendidikan” 6 (1): 89–94.
- muhammad. 2014. “Implementasi Kebijakan,” 32–64.
- Nisoni, D., & SULISTYOWATI, S. 2020. “Evaluasi Proses Implementasi Kebijakan Program Uhc (Universal Health Coverage) Di Kota Semarang/10/Pem/2020.” (*Doctoral Dissertation, Faculty of Social and Political Science*).
- Nugroho, Arief Priyo. 2014. “Potensi Diskresi Street Level Bureaucrat Di Puskesmas Dalam Implementasi Universal Health Coverage: Studi Kasus Puskesmas Krembangan Selatan, Surabaya.” *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia* 03 (03): 138–45.
- Nurmayana Siregar, Se, M.Si. 2022. “Menentukan Model Implementasi Kebijakan Dalam Menganalisis Penyelenggaraan Pelatihan Kepemimpinan Administrator (PKA).” *Jurnal Ilmu Sosial Vol.1, No.7, Agustus 2022* 1 (7): 713–22.
- Papilaya, Josef. 2020. “KEBIJAKAN PUBLIK DALAM PENGENTASAN KEMISKINAN (Suatu Kajian Peranan Pemerintah Dalam Pengentasan Kemiskinan)” 04 (01): 77–91.

- Pradana, Anung Ahadi, Casman Casman, Rohayati Rohayati, and Musaddad Kamal. 2022. "PROGRAM UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) DI INDONESIA Konsep Dasar Universal Health Coverage" 7 (June).
- Pratama, Endah Pravita Putri Aldia, Safinah Annajah, Khansa Adristi, and Novita Dwi Istanti. 2023. "ANALISIS EFEKTIVITAS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE DI INDONESIA TINJAUAN KETERSEDIAAN DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN" 3.
- Ramdhani, Abdullah, and Muhammad Ali Ramdhani. 2016. "Konsep Umum Pelaksanaan Kebijakan Publik," 1–12.
- Rohilie, Haunan Fachry. 2015. "Merancang Masa Depan Reformasi Birokrasi Pemerintah Daerah Sebagai Upaya Menciptakan Birokrasi Yang Responsif." *Jurnal Transformative* 1 (2): 124.
<https://transformative.ub.ac.id/index.php/jtr/article/view/115>.
- SIRAJUDIN, DIDIK SUKRIONO DAN WINARDI. n.d. "Sirajjudin, Didik Sukriono Dan Winardi, (2001), Hukum Pelayanan Publik Berbasis Partisipasi Dan Keterbukaan Informasi, Malang: Setara Press," 523–34.
- Sofianto, Arif. 2020. "SERVICES INNOVATION BASED ON INFORMATION TECHNOLOGY IN HOSPITAL AS A FORM OF BUREAUCRATIC REFORM," 81–102.
- Sopah, Fidaning, Winda Kusumawati, and Calvin Edo Wahyudi. 2020. "Implementasi Kebijakan Pengentasan Kemiskinan Melalui Pemberdayaan UMKM Di Kabupaten Sidoarjo." *Syntax Idea: P-ISSN: 2684-6853 e-ISSN: 2684-883X Vol. 2, No. 6, Juni 2020* 2 (6): 26–40.
- Suharmiati, Suharmiati, Agung Dwi Laksono, and Wahyu Dwi Astuti. 2017. "REVIEW KEBIJAKAN TENTANG PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS DI DAERAH TERPENCIL PERBATASAN (Policy Review on Health Services in Primary Health Center in the Border and Remote Area) (Policy Review on Health Services in Primary Health Center." *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 16 (2): 109–116.
- Sukowati, Nuryatin, Minto Hadi, and Stefanus Rengu. 2012. "IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN NONKUOTA (JAMKESDA DAN SPM) (Studi Di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)." *Jurnal Administrasi Publik (JAP)* 1 (40): 1195–1202.
- Suprpto, Suprpto, and Andi Abdul Malik. 2019. "Implementasi Kebijakan Diskresi Pada Pelayanan Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (Bpjs)." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada* 7 (1): 1–8.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v7i1.62>.
- Tisngati, Urip, Siska Iriani, Pendidikan Matematika, Pendidikan Sejarah, and Pendidikan Informatika. 2015. "Implementasi Kebijakan Pendidikan

Kecakapan Hidup Di PKBM Berdasarkan Model Grindle.”

Wahab, Solichin Abdul. 2016. “Analisis Kebijakan,” 11–47.

Yusuf, Imam Maulana. 2018. “Restrukturisasi Dan Reformasi Birokrasi (Sebagai Solusi Menata Hubungan Politik Dan Birokrasi).” *Dinamika : Jurnal Ilmiah Administrasi Negara* 05 (2): 22–28.

LAMPIRAN

Lampiran I Pedoman Wawancara, Dokumentasi Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DI SEMARANG UTARA

Pertanyaan wawancara berdasarkan indikator pada model implementasi kebijakan Merilee S. Grindle.

Indikator	Sub Indikator	Pertanyaan	Tujuan Informan
Isi Kebijakan <i>(Content of Policy)</i>	Kepentingan yang Memengaruhi <i>(Interest Affected)</i>	1. Siapa saja yang terlibat dalam kebijakan program UHC? 2. Seperti apa tugas dan fungsi setiap lembaga dalam berjalannya program UHC?	1. Bappeda Kota Semarang 2. Dinas Kesehatan Kota Semarang 3. Dinas Sosial Kota Semarang 4. BPJS Kesehatan Kota Semarang
	Tipe Manfaat <i>(Type of Benefit)</i>	3. Manfaat seperti apa yang hendak diberikan melalui program UHC? 4. Apakah	1. Bappeda Kota Semarang 2. Dinas Kesehatan Kota Semarang

		manfaat tersebut sudah dapat dirasakan sasaran program?	3. Dinas Sosial Kota Semarang 4. BPJS Kesehatan Kota Semarang
	Derajat Perubahan yang Diinginkan <i>(Extent of Change Envision)</i>	5. Perubahan seperti apa yang diinginkan melalui program UHC? 6. Apakah perubahan tersebut sudah terlihat saat ini?	1. Bappeda Kota Semarang 2. Dinas Kesehatan Kota Semarang 3. Dinas Sosial Kota Semarang 4. BPJS Kesehatan Kota Semarang
	Letak Pengambilan Keputusan <i>(Site of Decision Making)</i>	7. Apa landasam pelaksanaan program UHC? 8. Bagaimana koordinasi yang dilakukan selama melaksanakan program UHC?	1. Bappeda Kota Semarang 2. Dinas Kesehatan Kota Semarang 3. Dinas Sosial Kota Semarang

		<p>9. Apakah ada Standar Operasional Pelaksana (SOP) untuk menjalankan program UHC?</p> <p>10. Jika terjadi kendala selama proses pelaksanaan program, siapa yang bertanggung jawab dan bagaimana langkah penyelesaiannya?</p>	<p>Semarang</p> <p>4. BPJS Kesehatan Kota Semarang</p>
	<p>Pelaksana Program <i>(Program Implementors)</i></p>	<p>11. Apakah yang menangani program UHC merupakan orang yang berpengalaman di bidangnya?</p>	<p>1. Bappeda Kota Semarang</p> <p>2. Dinas Kesehatan Kota Semarang</p> <p>3. Dinas Sosial Kota Semarang</p> <p>4. BPJS Kesehatan</p>

			Kota Semarang
	Sumber Daya yang Digunakan <i>(Resources Committed)</i>	12. Sumber daya apa saja yang digunakan dalam melaksanakan program UHC?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bappeda Kota Semarang 2. Dinas Kesehatan Kota Semarang 3. Dinas Sosial Kota Semarang 4. BPJS Kesehatan Kota Semarang
Konteks Implementasi <i>(Context of Implementation)</i>	Kekuasaan, Kepentingan, dan Strategi Aktor yang Turut Andil dalam Pelaksanaan Kebijakan <i>(Power, Interest, and Strategy of Actor Involved)</i>	<p>13. Bagaimana strategi yang dilakukan untuk mempermudah berjalannya program?</p> <p>14. Sosialisasi seperti apa yang diberikan kepada masyarakat terkait program UHC?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bappeda Kota Semarang 2. Dinas Kesehatan Kota Semarang 3. Dinas Sosial Kota Semarang 4. BPJS Kesehatan Kota Semarang

			Semarang
		<p>15. Apakah ada perbedaan kebijakan terkait program UHC atau perbedaan penanganan program UHC dari awal dibentuk sampai saat ini?</p> <p>16. Kontribusi seperti apa yang dilakukan untuk mendukung program UHC?</p>	<p>1. Bappeda Kota Semarang</p> <p>2. Dinas Kesehatan Kota Semarang</p> <p>3. Dinas Sosial Kota Semarang</p> <p>BPJS Kesehatan Kota Semarang</p>
		<p>17. Sejauh mana tanggapan para pelaksana dalam menanggapi kebijakan program UHC?</p>	<p>1. Bappeda Kota Semarang</p> <p>2. Dinas Kesehatan Kota Semarang</p> <p>3. Dinas Sosial Kota Semarang</p> <p>BPJS Kesehatan</p>

			Kota Semarang
Hasil Kebijakan (Outcomes)	Dampak pada masyarakat, individu, dan kelompok	18. Bagaimana dampak yang dirasakan dengan adanya program UHC? 19. Bagaimana program ini berjalan menurut masyarakat?	Masyarakat Kecamatan Semarang Utara
	Perubahan dan penerimaan oleh masyarakat	20. Perubahan seperti apa yang dirasakan masyarakat melalui program UHC? 21. Bagaimana respon masyarakat dengan adanya kebijakan prpgram UHC?	Masyarakat Kecamatan Semarang Utara

DOKUMENTASI WAWANCARA

1. Badan Perencanaan Pembangunan (Bappeda) Kota Semarang

Yth. Bapak Joni

Kepala Bidang Pemsosbud



2. Dinas Kesehatan Kota Semarang

Yth. Bapak Dr. Andreas

Kepala Bidang Pelayanan UHC



3. Dinas Sosial Kota Semarang

Yth. Bapak Adit

Staff Bidang Penanganan Fakir Miskin



4. BPJS Kesehatan Kota Semarang

Yth. Ibu Wulan

Kepala Bagian Kepesertaan



5. Masyarakat

Ibu Tarmi



Bapak Saiman



**Lampiran II Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 Tentang
Jaminan Kesehatan**



Per 43/2017
14/1/17

WALIKOTA SEMARANG

PROVINSI JAWA TENGAH
PERATURAN WALIKOTA SEMARANG
NOMOR 43 TAHUN 2017

TENTANG

PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA SEMARANG,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat maka didalam penyelenggaraan jaminan kesehatan perlu ditingkatkan dan diperluas cakupan pelayanannya;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, maka Peraturan Walikota Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin dan/atau Tidak Mampu di Kota Semarang, sebagaimana telah diubah dengan dengan Peraturan Walikota Nomor 5 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin Dan/Atau Tidak Mampu Di Kota Semarang perlu ditinjau kembali;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, dan huruf b maka perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta;
 2. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 4456);

9. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 12 tahun 2016 tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang [Lembaran Daerah Kota Semarang Tahun 2016 Nomor 12, Tambahan Lembaran Daerah Kota Semarang Nomor 112];

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN

**BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1**

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Semarang.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Walikota adalah Walikota Semarang.
4. Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil yang selanjutnya disingkat Disdukcapil adalah Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Semarang.
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Semarang.
6. Dinas Sosial adalah Dinas Sosial Kota Semarang.
7. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat dalam pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasar yang pembiayaannya dibayarkan oleh Pemerintah.
8. Peserta Jaminan Kesehatan dengan klaim Pemerintah Daerah adalah Masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan dan membutuhkan pembiayaan pelayanan kesehatan dibayarkan klaimnya oleh Pemerintah Daerah.
9. Pekerja Bukan Penerima Upah yang selanjutnya disingkat PBPU adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas resiko sendiri.
10. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya milik Pemerintah Kota Semarang.

Bagian Kedua
Peserta Jaminan Kesehatan Dengan Pembayaran Klaim Pemerintah Daerah

Pasal 8

- (1) Masyarakat yang menjadi Peserta Jaminan Kesehatan dengan klaim Pemerintah Daerah meliputi:
- a. fakir miskin dan orang tidak mampu yang tidak teregister (orang terlantar, anak jalanan, gelandangan, pengemis dan orang dengan gangguan jiwa);
 - b. penghuni panti sosial; dan
 - c. penyandang masalah kesejahteraan sosial lainnya

Pasal 9

- (1) Masyarakat yang menjadi Peserta Jaminan Kesehatan dengan Klaim Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) diatas, diberikan setelah yang bersangkutan memiliki surat rekomendasi dari Dinas yang menangani urusan sosial.
- (2) Ketentuan masyarakat yang menjadi Peserta Jaminan Kesehatan dengan Klaim Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas diatur lebih lanjut oleh Dinas yang menangani urusan sosial.

BAB V
PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 10

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan, Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan, Peserta PBI Jaminan Kesehatan Daerah dan Peserta Jaminan Kesehatan dengan Klaim Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Pasal 5 dan Pasal 8 mengikuti ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 11

- (1) Masyarakat yang menjadi Peserta Jaminan Kesehatan dengan klaim Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1), mendapat pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap di FKTP dan FKTRL yang bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
- (2) Masyarakat yang menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan, Peserta PBI Jaminan Kesehatan Daerah dan Peserta Jaminan Kesehatan dengan Klaim Pemerintah Daerah mendapat pelayanan rawat inap kelas III.
- (3) Hal teknis mengenai penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas diatur dalam Perjanjian Kerjasama

Lampiran III Standar Operasional Pelaksanaan

SOP Pendaftaran UHC

A. PENDAFTARAN PESERTA SEHAT								
No	Uraian Prosedur	Pelaksana			Mutu Baku			Ket
		Verifikator UHC	Puskesmas	Pemohon	Perlengkapan/Persyaratan	Waktu (Menit)	Output	
1	Mengajukan berkas permohonan kepesertaan melalui WA UHC 08122771141			Mulai	Form A, B, C download : - http://bit.ly/Formulir_UHC_A - http://bit.ly/Formulir_UHC_B - http://bit.ly/Formulir_UHC_C	5 menit	Berkas pendaftaran UHC	
2	Meneliti berkas kelengkapan permohonan dan mengklasifikasikan jenis kepesertaan				- Berkas pemohon - Data - Komputer	5 menit	- Menunggak - Tidak menunggak	
3	Melakukan verifikasi data berkas pendaftaran UHC				- Data - SIM UHC - Komputer	5 menit	- PBPU - NON PBPU	
4	Mengirim data ke BPJS melalui telegram				- Komputer - Migrasi BPJS	5 menit	Data valid pendaftaran UHC	
5	Menunggu validasi data dari BPJS untuk menerbitkan E.id				Komputer	10 menit	Nomer BPJS Sementara (E.id)	
6	Mencetak dan menyerahkan kartu BPJS sementara kepada keluarga peserta / peserta				- Komputer - Printer	5 menit	Kartu BPJS sementara (E.id)	
7	Selesai			Selesai				

B. PENDAFTARAN PESERTA SAKIT								
No	Uraian Prosedur	Pelaksana			Mutu Baku			Ket
		Verifikator UHC	Rumah Sakit	Pemohon	Perlengkapan/Persyaratan	Waktu (Menit)	Output	
1	Mengajukan berkas permohonan kepesertaan dengan mengunduh di google form			Mulai	- http://bit.ly/Formulir_UHC_A - http://bit.ly/Formulir_UHC_B - http://bit.ly/Formulir_UHC_C	5 menit	Berkas pendaftaran UHC	
2	Meneliti berkas kelengkapan permohonan dan mengklasifikasikan jenis kepesertaan				- Berkas pemohon - Data - Komputer	5 menit	- Menunggak - Tidak menunggak	
3	Melakukan verifikasi data berkas pendaftaran UHC				- Data - SIM UHC - Komputer	5 menit	- PBPU - NON PBPU	
4	Mengirim data ke BPJS melalui Telegram				- Komputer - Migrasi BPJS - Data	5 menit	Data valid pendaftaran UHC	
5	Menunggu validasi data dari BPJS untuk menerbitkan E-ID				Komputer	10 menit	Nomer valid pendaftaran UHC	
6	Mencetak & mengirimkan kartu BPJS (E-ID) kepada keluarga peserta / peserta / PIC Rumah Sakit				- Komputer - Printer	5 menit		
7	Selesai			Selesai				

SOP APPROVE DATA UHC

No	Uraian Prosedur	Pelaksana			Mutu Baku			Keterangan
		Verifikator UHC	BPJS	Pemohon	Perlengkapan/ Persyaratan	Waktu (Menit)	Output	
1	Mulai							
2	Mengumpulkan berkas pendaftaran				- Fotokopi Kartu Keluarga - Fotokopi KTP - Formulir A dan B - Formulir A dan C - Berkas Pendukung	5 menit	- File format Excel dari aplikasi SIM UHC	
3	Memverifikasi berkas pengajuan				Berkas pendaftaran File format Excel Komputer	5 menit	Data siap input	
4	Menginput data di Google Spreadsheed				Komputer Aplikasi Google Spreadsheed	5 menit	Data valid	
5	Menunggu validasi data dari BPJS				Komputer Aplikasi Google Spreadsheed	10 menit	NOKA kepesertaan BPJS aktif	- Premi Mandiri (BNI TAPPA) - Premi Perusahaan (Surat Resign) - NIK Belum Online (Update CAPIL) - Bayi Dari Ibu APBN (Validasi Data ke BPJS)
6	Cetak kartu dan menyerahkan E-id kepada keluarga peserta				Komputer Administrasi Tools (aplikasi cetak kartu E-id)	5 menit	Mengirimkan E-id via WhatsApp (WA)	- Belum Teraftar JKN, Non Aktif Perusahaan (Validasi Data ke BPJS)
7	Rekap data harian kemudian dikirim ke BPJS				Komputer Aplikasi Telegram	10 menit	File Excel kirim via Telegram	
8	Selesai							

CURICULUM VITAE



Nama : Siti Auliya
TTL : Jakarta, 23 Februari 2002
Alamat : Kota Bambu Utara 2, Rt. 011, Rw. 001/ No.13, Palmerah, Jakarta Barat, DKI Jakarta
NIM : 2006016036
Jurusan : Ilmu Politik
Fakultas : Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
IPK : 3,82
Agama : Islam
E-mail : auliyasiti7@gmail.com
HP : 085770583683

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN Kota Bambu 01 Pagi
2. SMP Negeri 88 Jakarta Barat
3. SMK Negeri 19 Jakarta Pusat
4. S1 Ilmu Politik Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang

RIWAYAT ORGANISASI

1. Anggota Divisi Futsal – *Walisongo Sport Club (WSC)* 2021
2. Anggota Divisi PSDM – *HMJ Ilmu Politik* 2022
3. Staff Kementerian Akademik Riset – *DEMA UIN Walisongo* 2023