

# **EVALUASI IMPLEMENTASI PROGRAM *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* UNTUK MENGATASI MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT KURANG MAMPU DI KOTA SEMARANG**

Muhammad Luthfi

Ilmu Pemerintahan, FISIP Universitas Diponegoro

## **Abstract**

Health insurance is a very important requirement for the society, but still can be found that not all people have health insurance, this is due to the existence of several social problems, one of which is poverty, Wagstaff in his book explaining that the level of poverty is inversely proportional to the level of health, if in one area the poverty level is high then the level of public health will definitely be low. In order to improve the quality of health, the City of Semarang implemented a Universal Health Coverage Program targeting the people of Semarang who do not have health insurance.

This study uses qualitative research methods supported by qualitative formative evaluation theory and implementation theory, the site of this study is Semarang City Health Office and the people of Semarang who have become Universal Health Coverage participants.

The results of the study obtained from field related to the implementation of the Universal Health Coverage program since the beginning of the program have been running until now that the program has run quite well, but still needed some improvements in the context of supervision and ways of socialization to be more effective and efficient.

*Keywords : Universal Health Coverage, Implementasi Program, Evaluasi Program*

## 1.1 Pendahuluan

Sebagai negara berkembang tentunya Indonesia masih memiliki pekerjaan rumah yang sangat banyak diantaranya adalah kemiskinan, menurut lembaga pemerintah yang menangani permasalahan sensus penduduk, kemiskinan di Indonesia menurut data yang di dapat dari Badan Pusat Statistik adalah pada bulan Maret 2018, jumlah penduduk miskin (penduduk dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah Garis Kemiskinan) di Indonesia mencapai 25,95 juta orang (9,82 persen), berkurang sebesar 633,2 ribu orang dibandingkan dengan kondisi September 2017 yang sebesar 26,58 juta orang (10,12 persen). Pemerintah pusat maupun daerah harus memiliki strategi yang lebih baik lagi untuk mengatasi masalah kemiskinan tersebut. Data di atas di dapat melalui sensus penduduk, Dalam menentukan penduduk kategori miskin, BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan

ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Garis kemiskinan merupakan penjumlahan dari garis kemiskinan makanan dan garis kemiskinan non makanan. Penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan dikategorikan sebagai Penduduk Miskin.

Data kemiskinan yang di sebutkan pada paragraf di atas adalah hasil dari cakupan seluruh data kemiskinan di setiap daerah yang berada di Indonesia, pada kali ini penulis akan membahas salah satu daerah yang terdapat di provinsi Jawa Tengah yaitu Kota Semarang, walaupun menjadi Ibukota Provinsi, Kota Semarang masih di rundung oleh permasalahan kemiskinan, Di tahun 2016, tingkat kemiskinan Kota Semarang menurun menjadi 4,85% dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 4,97%.

Adanya korelasi antara kesehatan dan kemiskinan, maka pemerintah pusat dan daerah membuat sebuah program jaminan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu, Keberadaan jaminan kesehatan di Indonesia terus diupayakan untuk dapat mencakup seluruh masyarakat. Semenjak tahun 1998, pemerintah Indonesia sudah memberikan jaminan kesehatan bagi kelompok miskin, dan mulai tahun 2014 akan diberlakukan jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia. Terkait dengan jaminan kesehatan yang diberikan pemerintah untuk kelompok miskin, Mengikuti jejak Kementerian Kesehatan sejak 2008, Pemerintah Daerah juga menyelenggarakan Program Jamkesda bagi masyarakat miskin yang belum terlindungi oleh Jamkesmas. Selama tiga tahun, semakin banyak Pemerintah Daerah menyelenggarakan Jamkesda. Pada tahun 2010,

Kementerian Kesehatan mencatat 33 propinsi dan 349 kabupaten/kota menyelenggarakan Jamkesda. Ada Pemda yang menanggung seluruh

biaya pelayanan kesehatan atau membayari premi Jamkesda. Ada pula Pemda yang memungut premi dari masyarakat4 (“Jamsosindonesia”). Secara ringkas jaminan pemeliharaan kesehatan bagi kelompok miskin yang diberikan pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah dapat digambarkan sebagai berikut.

	1999	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tingkat Pusat	PS-BK	PS-BK	PS-BK	PS-BK											
			PKPS-BBM	PKPS-BBM	PKPS-BBM	PKPS-BBM	PKPS-BBM	PKPS-BBM							
								adekin	adekin	adekin	adekin				
											jamkesmas	jamkesmas	jamkesmas	jamkesmas	jamkesmas
Tingkat Daerah											jamkesda	jamkesda	jamkesda	jamkesda	jamkesda

Sumber : SMERU (2010) table dimodifikasi penulis

Jaminan kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi Negara yang memiliki angka kemiskinan yang masih cukup tinggi, hal tersebut lantaran adanya korelasi antara kesehatan dan kemiskinan, seperti table di atas jaminan kesehatan di Indonesia sudah di mulai dari tahun 1999 sampai dengan saat ini namun pada daftar table hanya sampai pada tahun 2012.

Di Kota Semarang sendiri terdapat Jamkesda yang di beri nama Universal

Health Coverage, Jamkesda tersebut di atur dalam peraturan walikota No. 43 Tahun 2017 yang memiliki target sasaran jaminan kesehatan masyarakat kurang mampu, namun pada akhirnya implementasi program tersebut memiliki sasaran target untuk semua kalangan masyarakat di Kota Semarang yang tentunya dengan syarat dan ketentuan. Berubahnya target ayau sasaran dari program tersebut adalah karena program ini adalah untuk menghilangkan persyaratan harus memiliki rekomendasi atau surat keterangan tidak mampu, karena jaminan kesehatan adalah hak bagi setiap warga Negara. Universal Health Coverage di implementasikan pada akhir tahun 2017 sampai saat ini kurang lebih waktu terlaksananya program tersebut sekitar satu tahun. Maka dari itu penulis ingin melakukan penelitian tentang evaluasi dari implementasi program Universal Health Coverage untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat kurang mampu di Kota Semarang, dengan

demikian penulis memiliki rumusan masalah sebagai berikut

## **1.2 Metode Penelitian**

### **a. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Metode kualitatif menggunakan pendekatan sumber (*Institutional Research*), observasi lapangan menggunakan pendekatan khalayak (*Audience Research*).

### **b. Sumber Data**

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari hasil wawancara yang diperoleh dari narasumber dan data sekunder adalah sebagai data pendukung data primer yaitu data yang diperoleh dari literatur dan dokumen serta data yang diambil dari suatu organisasi atau instansi. Pada penelitian ini penulis mengambil narasumber yaitu Dinas Kesehatan sebagai pelaksana program dan masyarakat seabgai pengguna *Universal Health Coverage*.

### **c. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini meliputi wawancara dilakukan dengan mendatangi informan dan memberikan pertanyaan-pertanyaan terkait dengan permasalahan yang sedang diteliti, Dokumentasi ini diperoleh untuk mendapatkan informasi yang lebih terkait dengan objek penelitian. Dokumentasi dapat berupa surat-surat, catatan harian, laporan, foto, dan video dan Studi pustaka dilakukan dengan mencari buku-buku, jurnal, makalah, artikel maupun sumber bacaan lainnya yang terkait dengan topik penelitian.

#### d. Teknik Analisa Data

Teknik analisa data merupakan proses penyederhanaan data ke dalam bentuk yang memudahkan pemahaman dan penginterpretasian. Teknik analisa data pada penelitian ini menggunakan teknik analisa kualitatif yaitu analisa data yang dilakukan berdasarkan fakta-fakta yang ada dan ditemukan dilapangan yang kemudian disusun menjadi hipotesis atau teori

### 1.3 Hasil

Hasil dari penelitian ini adalah impementasi dari program *Universal Health Coverage* di Kota Semarang sudah berjalan dengan baik sesuai dengan tujuan dari program *Universal Health Coverage*.

### 1.4 Pembahasan

#### a. Komunikasi

Komuikasi telah berjalan dengan baik, karena telah memenuhi tiga aspek dari komunikasi yaitu transmisi, kejelasan, dan Konsistensi. Transmisi yang dimaksud adalah tidak berubahnya informasi yang disampaikan dari atas hingga ke masyarakat. Kejelasan yang dimiliki adalah tersampainya program kepada masyarakat dengan jelas, sedangkan konsistensi adalah kepastian dari keberjalanann program yang telah ditetapkan melalui Peraturan Walikota No.43 tahun 2017.

#### b. Sumberdaya

Sumberdaya sebagai fasilitas pendukung dari keberjalanannya program sudah berjalan dengan BAIK, karena berdasarkan data yang didapat pelayan kesehatan

harus memenuhi standarisasi yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan agar mendapatkan izin penyelenggara pelayan kesehatan.

c. Disposisi

Sikap yang diambil oleh pelaksana program mengenai Jaminan Kesehatan sudah berjalan dengan BAIK karena penetapan program dilandaskan kepada kebutuhan masyarakat kurang mampu mengenai jaminan kesehatan.

d. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi merupakan bagian penting terhadap pelaksanaan program, menurut penulis berdasarkan data yang didapat struktur birokrasi menjalankan fungsinya dengan BAIK hal tersebut ditandai dengan adanya kordinasi antar dinas dan instansi terkait.

### 1.5 Kesimpulan

Secara keseluruhan pelaksanaan Program Universal Health Coverage di Kota Semarang telah terlaksana dengan baik dan memberikan manfaat kepada masyarakat Kota Semarang

yang menerima bantuan atau disebut Penerima Bantuan Iuran (PBI) . Manfaat yang diterima antara lain manfaat dalam jaminan kesehatan yang berhak dimiliki oleh seluruh masyarakat di Kota Semarang tanpa terkecuali. Dalam jangka panjang diharapkan program ini dapat meningkatkan angka kesehatan di Kota Semarang dan meminimalisir kerugian BPJS Kesehatan yang dikarenakan menunggaknya iuran peserta. Dalam pelaksanaan program Universal Health Coverage dilihat dari empat indicator implementasi yang sudah dapat dinilai dengan baik namun memiliki kekurangan didalam komunikasi, hal tersebut terjadi karena masih ada beberapa masyarakat yang belum mengetahui bahwa adanya program Universal Health Coverage di Kota Semarang, meskipun sosialisasi sudah sering dilakukan.

Dalam pelaksanaan Program Universal Health Coverage di Kota Semarang masih menghadapi tantangan yaitu masih adanya masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan, karena

jumlah total kepesertaan jaminan kesehatan pada tahun 2018 baru mencapai 95%. Selain itu terdapat faktor penghambat dalam pelaksanaan Program Universal Health Coverage di Kota Semarang yaitu Penyalahgunaan kepesertaan program, adanya masyarakat dengan tingkat perekonomian yang baik, dengan sengaja tidak membayarkan iuran jaminan kesehatannya demi mendapatkan program Universal Health Coverage sehingga dapat menambah jumlah kuota dan anggaran dari pemerintah kota.

### 1.6 Daftar Pustaka

Abdul Kahar Badjuri dan Teguh Yuwono. 2003. *Kebijakan Publik: Konsep dan Strategi*, hlm. 132

AG. Subarsono. 2011. *Analisis Kebijakan Publik*, hlm. 87

BPS provinsi Jawa Tengah, 2017

Brigdman dan Davis dalam Op.citlih(9) hlm. 140-141

Buletin WHO, 2002

Dwiyanto Indiahono. 2009. *Kebijakan Publik Berbasis DynamicPolicyAnalisis*, hlm. 31

Hessel Nogi, *Implementasi Kebijakan Publik: Transformasi pemikiran Edward* (Yogyakarta: Kerjasama Lukman Offset & Yayasan Pembaruan administrasi Publik Indonesia, 2003). hlm 11-14

Inayatullah, Mathur. K. 1980. *Monitoring And Evaluation Of Rural Development: Some*

*Asian Experiences*. Kuala Lumpur, Malaysia : City Press Sdn. Bhd.

Ismail Nawawi. 2009. *PublicPolicy: Analisis, Strategi Advokasi Teori dan Praktek*, hlm. 155

Leo Agustino, 2008: *Dasar Dasar Kebijakan Publik* hlm. 150-151

Lester dan Stewart, hlm. 104 dalam Budi Winarno. 2007. *Kebijakan Publik Teori dan Proses*, hlm. 144

Michael Quinn Patton. 1991. *Metode Evaluasi Kualitatif* (Edisi kedua), hlm 40

Profil kesehatan Kota Semarang, 2016

Randall B. Ripley dan Grace A. Franklin (1982), hlm. 4 dalam *ibid.*,

Riant Nugroho D. 2006. *Kebijakan Publik untuk Negara-Negara Berkembang*, hlm. 119

Riant Nugroho. 2009. *PublicPolicy*, hlm. 548

Wagstaff, A., 2002. Poverty and Health Sector inequalities. Bulletin of World Health Organization, 80(2).

William Dunn N. 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik (Edisi Kedua)*, hlm. 186

Widodo, Joko. (2007). *Analisa Kebijakan Publik*. Malang:Bayu Media Publishing

[www.smeru.or.id](http://www.smeru.or.id) (2010)

Diakses dalam  
<http://pepustakaan.com/>  
tgl10April2017 pukul 10.19 WIB.

Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2016

Referensi undang undang :

- a. Undang - Undang No. 24 tahun 2011
- b. Undang – Undang No 40 Tahun 2004
- c. Pasal 1 ayat (1) UU BPJS
- d. Pasal 2 UU BPJS
- e. Pasal 6 UU BPJS
- f. Pasal 22 huruf h dan Pasal 167 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004
- g. PERMENKES No.75 tahun 2014
- h. PERMENKES No.24 tahun 2016
- i. Undang – Undang No.36 tahun 2014

Peraturan Walikota Semarang No.43  
Tahun 2017