



**EVALUASI KEBIJAKAN *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE*  
(UHC) : PERSPEKTIF PEMBIAYAAN, AKSES, DAN  
KUALITAS LAYANAN KESEHATAN KOTA SEMARANG**

**TESIS**

Disusun oleh :

**LIA BERTA MELAWATI, SKM**

**NIM. 231003631010636**

Program Studi : Magister Ilmu Administrasi Publik

Konsentrasi : Administrasi Publik

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN POLITIK**

**UNIVERSITAS 17 AGUSTUS 1945**

**SEMARANG**

**2025**

## LEMBAR PERSETUJUAN



### **EVALUASI KEBIJAKAN *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) : PERSPEKTIF PEMBIAYAAN, AKSES, DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN KOTA SEMARANG**

**LIA BERTA MELAWATI, SKM  
NIM. 231003631010636**

Program Studi : Magister Administrasi Publik  
Konsentrasi : Administrasi Publik

#### **TESIS**

Diajukan guna memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar Magister Program Studi Magister Administrasi Publik, telah disetujui oleh Pembimbing dan Ketua Program Studi pada tanggal seperti tertera dibawah ini  
Semarang, 13 September 2025

**Menyetujui,**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Dr. Indra Kertati, M.Si  
NIDN. 0601086401**

**Dr. Sumarmo, M.Si  
NIDN. 0611126101**

**Ketua Program Studi Magister Administrasi Publik**

**Dr. Dra. Tri Lestari Hadiati, M.Si  
NIDN. 0618056501**

## LEMBAR PENGESAHAN



### **EVALUASI KEBIJAKAN *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) : PERSPEKTIF PEMBIAYAAN, AKSES, DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN KOTA SEMARANG**

**LIA BERTA MELAWATI, SKM  
NIM. 231003631010636**

#### TESIS

Diajukan guna memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar Magister  
Program Studi Magister Administrasi Publik, telah disetujui Tim Penguji dan  
disahkan Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Semarang, 13 September 2025

1. **Dr. Indra Kertati, M.Si**  
**Ketua Tim Penguji/Pembimbing** .....
  
2. **Prof. Dr. Dra. Rini Werdiningsih, M.S.**  
**Penguji II** .....
  
3. **Dr. Sumarmo, M.Si**  
**Penguji III** .....

**Mengesahkan,  
Dekan FISIP UNTAG Semarang**

**Prof. Dr. Dra. Rini Werdiningsih, M.S  
NIDN. 0621105901**

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan :

1. Tesis ini merupakan Karya tulis asli dan belum diajukan untuk mendapatkan gelar Magister pada Universitas 17 Agustus 1945 Semarang.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan dosen pembimbing dan masukan tim penguji.
3. Karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali tertulis dengan jelas dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima saksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh, serta saksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi.

Semarang, 31 Agustus 2025  
Pembuat Pernyataan

LIA BERTA MELAWATI, SKM  
NIM. 231003631010636

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### MOTTO

✚ "Kejarlah pengetahuan, bukan nilai."



✚ "Kejar impian dengan tekad dan semangat."



✚ Rintangan itu nanti akan berubah menjadi jembatan."



✚ "Jika kita bertemu rintangan maka harus kita lakukan dengan melintasinya, hidup satu kali hiduplah yang berarti"



✚ "Dalam masalah hati Nurani, pikiran pertamalah yang terbaik. Dalam masalah kebijaksanaan, pemikiran terakhirlah yang paling baik. -William J.Siegel."

"Ketika **"nanti"** menjadi **alasan** untuk tidak **melakukan** tanpa terasa **jarak** **mimpimu** dengan **kenyataan** semakn **jauh**"

### PERSEMBAHAN

Dengan penuh rasa syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia yang telah Engkau berikan, Tesis ini kupersembahkan untuk:

- Alh.Ayah dan Alhm. Ibu Tercinta yang begitu besar harapannya untuk bisa melanjutkan studi S2
- Suami dan anak-anak tercinta, terimakasih atas cinta, dukungan, pengertian dan doa untuk terus maju dan memberi semangat.
- Dekan Fisip UNTAG Semarang (Prof. Dr. Dra. Rini Werdiningsih, M.S) atas segala dukungan, arahan dan kebijakan yang telah diberikan dalam memfasilitasi kelancaran penyelesaian studi kami.
- Dosen Pembimbing (Dr. Indra Kertati, M.Si dan Dr. Sumarmo, M.Si) yang selalu sabar membimbing dan memberikan motivasi yang luar biasa tak ternilai harganya, terimakasih atas waktu, tenaga yang telah dicurahkan untuk membimbing saya sehingga dapat terselesaikannya tesis ini menjadi karya yang saya banggakan.
- Nau yang selalu percaya bahwa aku bisa, terimakasih telah menjadi support system terbaik, penyemangat di kala lelah dan pelipur lara di saat putus asa selama proses penyelesaian tesis ini.
- Teman-teman pada Dinas Kesehatan Kota Semarang seksi jaminan kesehatan yang selalu memberi semangat, bantuan dan dukungan dalam penelitian .
- Teman-teman Universitas 17 Agustus 1945 Magister Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik yang senantiasa memberi semangat, dukungan, bantuan, serta kenangan selama menempuh Pendidikan di kampus.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya dengan rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “*Evaluasi Pelaksanaan Universal Health Coverage (UHC) dalam Perspektif Pembiayaan, Aksesibilitas, dan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Kota Semarang*”. Tesis ini merupakan hasil dari proses panjang yang tidak hanya menuntut kedalaman berpikir akademik, tetapi juga kesabaran, ketekunan, dan ketahanan emosional dalam menghadapi berbagai tantangan, baik secara teknis maupun personal.

Penulisan tesis ini tidaklah mudah. Setiap tahapannya menuntut kedisiplinan, validasi data yang ketat, serta pemahaman yang mendalam terhadap teori dan kondisi lapangan. Peneliti harus melakukan adaptasi cepat di tengah keterbatasan waktu dalam membagi waktu antara kuliah dan kerja, keterbatasan data sekunder, serta kondisi lapangan yang dinamis. Semangat untuk berkontribusi terhadap kebijakan pelayanan publik dan peningkatan kesejahteraan masyarakat tetap menjadi penguat di tengah segala keterbatasan tersebut.

Dengan penuh hormat dan rasa syukur, Peneliti menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas 17 Agustus 1945 (UNTAG) Semarang, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk penulis dalam menyelesaikan studi dan penelitian ini hingga tuntas. Bimbingan akademik dan dukungan institusional yang diberikan telah menjadi landasan kokoh dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.

Ucapan terima kasih yang paling mendalam dan penuh penghargaan peneliti sampaikan kepada Dr. Indra Kertati, M.Si., selaku dosen pembimbing utama, yang dengan komitmen luar biasa, ketegasan dalam berpikir teoritis, serta ketekunan dalam mengevaluasi hasil penelitian, telah membimbing penulis hingga tesis ini mencapai bentuk akhir. Beliau bukan hanya seorang pembimbing, tetapi juga sosok teladan dalam mengintegrasikan teori, data, dan etika akademik secara konsisten.

Peneliti juga menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang tulus kepada Dr. Sumarmo, M.Si. selaku dosen pembimbing 2 dan Prof. Rini Werdiningsih, M.S., selaku dosen penguji, atas kritik konstruktif, pertanyaan tajam, dan masukan mendalam yang memperkaya isi dan kualitas penelitian ini. Sumbangan pemikiran dari beliau berdua sangat berarti dalam mempertajam argumentasi akademik sekaligus menjaga keberimbangan antara teori dan realitas lapangan.

Peneliti menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada Pegawai Dinas Kesehatan khususnya Bidang Pelayanan Kesehatan Seksi Jaminan Kesehatan dan Puskesmas Kota Semarang serta masyarakat yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan informasi berharga untuk penelitian ini. Tanpa keterbukaan, kerja sama, dan partisipasi aktif dari para informan lapangan, tesis ini tidak akan pernah menemukan narasi empiris yang kuat dan representatif.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati, peneliti menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada keluarga tercinta: orang tua, saudara, serta orang-orang terdekat yang selalu memberikan doa, semangat, dan cinta yang menjadi fondasi moral dalam menyelesaikan perjalanan ini. Semoga tesis ini dapat menjadi kontribusi nyata bagi pembangunan kebijakan publik di bidang kesehatan serta menjadi amal ilmu yang bermanfaat bagi semua pihak.

Semarang, 2025

Peneliti

## ABSTRAK

Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai penyelenggaraan program UHC dalam perspektif pembiayaan, aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang, Mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang, dan mengevaluasi efektivitas dan efisiensi kebijakan program PANGERAN DIPONEGORO mampu dalam mengatasi permasalahan UHC di Kota Semarang. Penelitian berjenis *mixed method* (gabungan kuantitatif dan kualitatif). Teknik pengambilan data kuantitatif dilakukan dengan kuesioner dan data sekunder sedangkan kualitatifnya menggunakan wawancara mendalam dan FGD. Hasil penelitian ini adalah program UHC di Kota Semarang telah berhasil meningkatkan cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan hingga melampaui 95%, didukung oleh komitmen anggaran APBD, sinergi lintas sektor, dan inovasi lokal seperti program PANGERAN DIPONEGORO yang efektif dalam memperluas akses kelompok rentan melalui pendaftaran kolektif. Meskipun demikian, tantangan masih ditemui dalam aspek pembiayaan (tunggakan iuran peserta mandiri), aksesibilitas (ketimpangan distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan di wilayah pinggiran), serta kualitas layanan (keterbatasan alat medis dan waktu tunggu). Program PANGERAN DIPONEGORO berperan sebagai katalis penting dengan mengoptimalkan pembiayaan melalui sinergi APBD-BPJS, memperkuat infrastruktur kesehatan, dan meningkatkan kualitas layanan, sehingga berkontribusi signifikan terhadap percepatan pencapaian UHC yang inklusif dan berkualitas di Kota Semarang.

Kata kunci: *Universal Health Coverage* (UHC), Pembiayaan, Akses, Kualitas Layanan, Kota Semarang

## **ABSTRACT**

*The objectives of this research are to assess the implementation of the UHC program from the perspectives of financing, accessibility, and quality of health services in Semarang City; to identify and analyze supporting and inhibiting factors for accessibility and quality of health services in Semarang City; and to evaluate the effectiveness and efficiency of the PANGERAN DIPONEGORO program policy in addressing UHC issues in Semarang City. This study employs a mixed-method approach (combining quantitative and qualitative research). Quantitative data collection was conducted through questionnaires and secondary data, while qualitative data was gathered through in-depth interviews and FGDs. The findings of this study indicate that the UHC program in Semarang City has successfully increased BPJS Health membership coverage to over 95%, supported by APBD budget commitment, cross-sectoral synergy, and local innovations such as the PANGERAN DIPONEGORO program which effectively expanded access for vulnerable groups through collective registration. However, challenges persist in financing aspects (arrears in self-contributing participant premiums), accessibility (disparities in distribution of health facilities and workforce in suburban areas), and service quality (limitations in medical equipment and waiting times). The PANGERAN DIPONEGORO program serves as a crucial catalyst by optimizing financing through APBD-BPJS synergy, strengthening health infrastructure, and improving service quality, thereby significantly contributing to the acceleration of inclusive and quality UHC achievement in Semarang City.*

*Keywords: Universal Health Coverage (UHC), Financing, Access, Service Quality, Semarang City*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN .....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	viii
<i>ABSTRACT</i> .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Penelitian.....	1
B. Permasalahan .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	11
D. Manfaat Penelitian .....	11
E. Ruang Lingkup Penelitian .....	13
1. Dimensi Pembiayaan.....	13
2. Dimensi Aksesibilitas .....	14
3. Dimensi Kualitas Layanan.....	14
4. Konteks dan Kebijakan Lokal.....	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	17
A. Penelitian Terdahulu .....	17
B. Administrasi Publik.....	24
C. Pelayanan Publik.....	27
D. Konsep <i>Universal Health Coverage</i> (UHC).....	29

E. Cakupan Dimensi UHC .....	34
F. Pembiayaan Kesehatan dalam Skema UHC .....	35
G. Akses terhadap Layanan Kesehatan dalam Kerangka UHC.....	38
H. Kualitas Layanan Kesehatan dalam UHC .....	40
I. Kerangka Pikir .....	42
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>45</b>
A. Fokus Penelitian.....	45
B. Definisi Operasional.....	46
C. Pendekatan Penelitian.....	51
D. Metode Pengumpulan Data.....	52
E. Lokasi Penelitian.....	54
F. Sumber Data .....	55
G. Sampel dan Teknik Sampling .....	56
1. Populasi Kuantitatif.....	56
2. Sampel Kuantitatif.....	56
3. Teknik Sampling Kuantitatif.....	56
4. Ukuran Sampel:.....	56
5. Populasi Kualitatif.....	56
6. Sampel Kualitatif.....	57
H. Teknik Pengumpulan Data .....	57
1. Teknik Pengumpulan Data Kuantitatif .....	58
2. Teknik Pengumpulan Data Kualitatif .....	58
I. Teknik Analisis Data .....	59
1. Analisis Statistik Deskriptif .....	60
2. Analisis Visualisasi Data .....	61
3. Analisis Triangulasi.....	61
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>63</b>
A. Gambaran Umum Objek Penelitian .....	63
1. Loker UHC Dinas Kesehatan Kota Semarang .....	63
2. Puskesmas Mijen.....	64
3. Puskesmas Gunung Pati.....	67

4.	Puskesmas Rowosari .....	69
B.	Hasil Penelitian .....	72
1.	Profil Responden .....	72
2.	Hasil Penilaian Penyelenggaraan Program UHC dalam Perspektif Pembiayaan, Aksesibilitas dan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Kota Semarang. ....	79
a.	Perspektif Pembiayaan .....	79
b.	Perspektif Aksesibilitas .....	89
c.	Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan.....	103
3.	Strategi Kolaboratif untuk Penguatan Jaminan Kesehatan.....	114
4.	Identifikasi dan Analisis Faktor-Faktor yang Menghambat dan Keberhasilan Aksesibilitas Dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Kota Semarang. ....	119
a.	Perspektif Pembiayaan .....	119
b.	Perspektif Aksesibilitas .....	127
1)	Faktor Keberhasilan UHC – Perspektif Aksesibilitas.....	134
2)	Faktor Kegagalan / Tantangan Aksesibilitas dalam UHC .	136
c.	Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan.....	137
1)	Faktor Keberhasilan UHC – Perspektif Kualitas Pelayanan.....	142
2)	Kelemahan dalam Kualitas Pelayanan dalam UHC.....	143
5.	Hasil Evaluasi Efektivitas dan Efisiensi Kebijakan Program PANGERAN DIPONEGORO dalam Mengatasi Permasalahan UHC di Kota Semarang .....	145
C.	Pembahasan .....	164
BAB V	PENUTUP .....	184
A.	Kesimpulan .....	184
B.	Rekomendasi.....	185
DAFTAR	PUSTAKA .....	188

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Matrik Penelitian Terdahulu .....	21
Tabel 3. 1 Fokus Penelitian .....	45
Tabel 4. 1 Umur, Pendidikan, Pekerjaan Utama, Jumlah Anggota Keluarga, dan Pendapatan Responden .....	72
Tabel 4. 2 Apakah Anda merasa anggaran kesehatan (UHC) di Kota Semarang sudah proporsional? .....	80
Tabel 4. 3 Apakah anggaran untuk UHC dari total anggaran kesehatan sudah mencukupi kebutuhan masyarakat?.....	81
Tabel 4. 4 Apakah layanan kesehatan primer (puskesmas) di Kota Anda sudah mendapatkan anggaran yang memadai? .....	83
Tabel 4. 5 Jika ada tunggakan iuran BPJS, Apakah Anda membayar tunggakan iuran BPJS? .....	84
Tabel 4. 6 Menurut Anda, apakah tunggakan iuran BPJS oleh peserta menjadi masalah utama dalam pelayanan?.....	86
Tabel 4. 7 Apakah Anda merasa biaya kesehatan semakin meningkat dalam lima tahun terakhir?.....	88
Tabel 4. 8 Apakah Anda atau keluarga terdaftar sebagai peserta BPJS PBI APBD (UHC)?.....	90
Tabel 4. 9 Apakah Anda mengetahui kelompok rentan (ibu hamil, bayi baru lahir, lansia, disabilitas, orang sakit) sudah tercover dalam program UHC di wilayah Anda?.....	91
Tabel 4. 10 Apakah jumlah Puskesmas dan rumah sakit di wilayah Anda sudah mencukupi? .....	93
Tabel 4. 11 Apakah tenaga medis di wilayah Anda sudah mencukupi dibandingkan jumlah penduduk?.....	94
Tabel 4. 12 Seberapa sering Anda mengunjungi fasilitas kesehatan .....	96
Tabel 4. 13 Apakah Anda menggunakan layanan UHC saat mengakses fasilitas kesehatan? .....	97

Tabel 4. 14 Apakah waktu tempuh ke fasilitas Kesehatan terdekat sudah memadai? .....	99
Tabel 4. 15 Apakah biaya transportasi ke fasilitas kesehatan terjangkau? .....	100
Tabel 4. 16 Apakah Anda merasa memiliki pemahaman yang cukup.....	102
Tabel 4. 17 Bagaimana pendapat Anda tentang kondisi fisik .....	104
Tabel 4. 18 Apakah alat medis dan obat-obatan di fasilitas kesehatan terdekat sudah tersedia? .....	105
Tabel 4. 19 Apakah kemampuan tenaga medis dan petugas UHC di wilayah Anda sudah terlatih dan memadai? .....	107
Tabel 4. 20 Bagaimana pendapat Anda tentang jumlah tenaga medis dibandingkan dengan jumlah pasien?.....	108
Tabel 4. 21 Apakah Anda puas dengan profesionalisme petugas UHC .....	110
Tabel 4. 22 Bagaimana kepuasan Anda terhadap waktu tunggu,.....	112

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Dimensi <i>Universal Health Coverage</i> .....	31
Gambar 2. 2 Fungsi Utama UHC .....	36
Gambar 4. 1 Kunjungan Peserta PBI-APBD di Kota Semarang Tahun 2023 ....	151
Gambar 4. 2 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kota Semarang Per FKTP pada tahun 2018-2023 .....	153
Gambar 4. 3 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kota Semarang Per FKTP pada tahun 2023 .....	155
Gambar 4. 4 Realisasi Anggaran Klaim Premi BPJS di Kota Semarang tahun 2023.....	157
Gambar 4. 5 Realisasi Anggaran Klaim Premi BPJS per Bulan di Kota Semarang tahun 2023 .....	159

## DAFTAR SINGKATAN

- UHC = *Universal Health Coverage*  
JKN = Jaminan Kesehatan Nasional  
BPJS = Badan Penyelenggara Jaminan Sosial  
WHO= *World Health Organization*  
ILO = *International Labour Organization*  
APBD = Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah  
PBI = Penerima Bantuan Iuran  
Askes = Asuransi Kesehatan  
PNS = Pegawai Negeri Sipil  
TNI = Tentara Nasional Indonesia  
JKP = Jaminan Kehilangan Pekerjaan  
Jamsostek = Jaminan Sosial Tenaga Kerja  
Jamkesmaskot = Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota  
KIS = Kartu Indonesia Sehat  
SJSN = Sistem Jaminan Sosial Nasional  
SDGs = *Sustainable Development Goals*  
NPM = *New Public Management*  
NPS = *New Public Service*  
*e-Government = Electronic Government*  
SDM = Sumber Daya Manusia  
CIPP = *Context-Input-Process-Product*  
FKTP = Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama  
Pusling = Puskesmas Keliling  
KK = Kartu Keluarga  
KTP = Kartu Tanda Penduduk  
RT = Rukun Tetangga  
RW = Rukun Warga  
MPP = Mall Pelayanan Publik  
UNDIP = Universitas Diponegoro

UNNES = Universitas Negeri Semarang  
TB Paru = Tuberculosis Paru  
PUSTAKA = Puskesmas Tanpa Antrian  
FGD = *Focus Discussion Group*  
OPD = Organisasi Perangkat Daerah  
Jamkesda= Program Jaminan Kesehatan Daerah  
SIMKES = Sistem Informasi Manajemen Kesehatan  
BRT = *Bus Rapid Transit*  
LAWANG SEWU = Layanan Warga Semarang Sehat Setiap Waktu  
GERMAS = Gerakan Masyarakat Hidup Sehat  
IDI = Ikatan Dokter Indonesia  
KRISNNA = Kolaborasi Bersama Lintas Sektor dalam penanganan dan Intervensi  
Bayi Kecil serta Keluarga  
PERMAISURI = Pemantauan Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan  
Terintegrasi)  
KLEOPATRA = Kolaborasi Lintas Sektor Penanganan Kemiskinan Ekstrim,  
Stunting, dan TB  
Puskesmas = Pusat Kesehatan Masyarakat  
Posyandu ILP = Pos Pelayanan Terpadu Integrasi Layanan Primer  
DTKS = Data Terpadu Kesejahteraan Sosial  
P-Care = *Primary Care*  
RS = Rumah Sakit  
RSUD = Rumah Sakit Umum Daerah  
FKRTL = Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan  
BAPELKES = Balai Pelatihan Kesehatan  
PANDANARAN = Pelayanan Aduan UHC Warga Kota Semarang  
SAPAITA = Sapa Mbak Ita  
Laporgub = Laporan Gubernur  
DBD = Demam Berdarah Dengue  
EKG = Elektrokardiogram  
USG = Ultrasonografi

DPRD = Dewan Perwakilan Rakyat Daerah

Perda = Peraturan Daerah

Dukcapil = Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Interview Guide</i> Untuk Dinas Kesehatan Kota Semarang .....	191
Lampiran 2. <i>Interview Guide</i> Untuk Manajemen BPJS Kota Semarang .....	195
Lampiran 3. <i>Interview Guide</i> Untuk Tenaga Kesehatan di Kota Semarang .....	199
Lampiran 4. Kuesioner Untuk Masyarakat .....	203
Lampiran 5 Kerangka Acuan FGD Lintas Sektor Dan Dukungan Kebijakan Program UHC .....	206
Lampiran 6 Hasil Wawancara dengan Informan 1 dari Dinas Kesehatan Kota Semarang 1.....	209
Lampiran 7 Hasil Wawancara dengan Informan 2 dari Dinas Kesehatan Kota Semarang 2.....	211
Lampiran 8 Hasil Wawancara dengan Informan 3 dari Manajemen BPJS .....	213
Lampiran 9 Hasil Wawancara dengan Informan 4 dari Tenaga Kesehatan 1 ....	215
Lampiran 10 Hasil Wawancara dengan Informan 5 dari Tenaga Kesehatan 2 ..	217
Lampiran 11 Hasil Wawancara dengan Informan 6 dari Petugas UHC 1 .....	219
Lampiran 12 Hasil Wawancara dengan Informan 7 dari Petugas UHC 2 .....	221
Lampiran 13 Hasil Wawancara dengan Informan 8 dari Verifikator UHC 1 ....	223
Lampiran 14 Hasil Wawancara dengan Informan 9 dari Verifikator UHC 2 ....	225
Lampiran 15 Hasil Wawancara dengan Informan 10 dari Verifikator UHC 3 ..	227
Lampiran 16 Data Hasil Kuesioner .....	229
Lampiran 17 Deskriptif Hasil Kueisoner .....	232

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Penelitian**

Pelayanan kesehatan memainkan peran penting dalam kehidupan masyarakat dan menjadi hak dasar setiap individu. Akses yang merata dan berkualitas terhadap pelayanan kesehatan menjadi krusial bagi kesejahteraan masyarakat. *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan komitmen global yang bertujuan memastikan seluruh penduduk memiliki akses terhadap layanan kesehatan berkualitas tanpa menghadapi kesulitan finansial. Implementasi UHC di Indonesia diwujudkan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Kota Semarang telah mengadopsi kebijakan ini dengan mengintegrasikan program jaminan kesehatan daerah ke dalam JKN, guna meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi warganya.

*Universal Health Coverage* (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta adalah kebijakan kesehatan yang bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh masyarakat memiliki akses ke layanan kesehatan yang berkualitas tanpa harus menghadapi kesulitan finansial (WHO, 2020). Penerapan UHC menjadi salah satu prioritas dalam sektor kesehatan, terutama di Indonesia, di mana disparitas akses layanan kesehatan masih menjadi tantangan di berbagai daerah, termasuk di Kota Semarang.

Penerapan UHC berfokus pada tiga aspek utama: pembiayaan, akses, dan kualitas layanan kesehatan. Pembiayaan merupakan komponen penting dalam memastikan bahwa program UHC berjalan secara berkelanjutan. Pemerintah Kota Semarang berupaya untuk mengintegrasikan berbagai skema pembiayaan agar setiap warga memiliki perlindungan kesehatan yang memadai (Adiyanta, 2020). Aksesibilitas juga menjadi isu utama, di mana pemerataan fasilitas dan tenaga kesehatan belum sepenuhnya tercapai, terutama di wilayah pinggiran dan masyarakat rentan.

Meskipun program UHC bertujuan menghilangkan hambatan finansial, faktor geografis dan keterbatasan infrastruktur kesehatan masih menjadi kendala bagi sebagian warga untuk mengakses layanan. Selain itu, kualitas layanan adalah aspek kritis yang menentukan efektivitas implementasi UHC. Tantangan yang sering dihadapi adalah menjaga mutu layanan di tengah meningkatnya jumlah pasien akibat perluasan cakupan jaminan kesehatan (Dixon-Woods et al., 2012). Keseimbangan antara kuantitas dan kualitas layanan sangat dibutuhkan agar UHC tidak hanya memberikan akses tetapi juga memastikan layanan kesehatan yang berkualitas tinggi bagi masyarakat (*International Labour Organization (ILO), 2017*).

Pelaksanaan kebijakan UHC di Kota Semarang menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam aspek pembiayaan, akses, dan kualitas layanan kesehatan. Dari sisi pembiayaan, meskipun pemerintah daerah telah mengalokasikan anggaran melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), peningkatan jumlah peserta dan biaya pelayanan kesehatan menuntut

penyesuaian anggaran yang berkelanjutan. Studi oleh Nisnoni dan Sulistyowati (2020) menunjukkan bahwa kenaikan iuran BPJS Kesehatan berdampak pada peningkatan beban anggaran daerah

Dari aspek akses, meskipun cakupan kepesertaan telah mencapai lebih dari 95%, masih terdapat kesenjangan dalam pemanfaatan layanan kesehatan, terutama di wilayah pinggiran kota. Faktor seperti kurangnya informasi, jarak ke fasilitas kesehatan, dan persepsi masyarakat terhadap layanan kesehatan menjadi hambatan signifikan. Penelitian oleh Aisyah (2022) mengidentifikasi bahwa kurangnya sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat mengakibatkan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan dari sisi kualitas layanan, meskipun telah terjadi peningkatan infrastruktur dan sumber daya manusia, kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan masih bervariasi. Masalah seperti waktu tunggu yang lama, ketersediaan obat, dan sikap tenaga medis menjadi indikator yang perlu dievaluasi lebih lanjut. Studi oleh Gandanesia dan Maesaroh (2020) menyoroiti bahwa kualitas pelayanan di Puskesmas masih perlu ditingkatkan untuk mencapai kepuasan pasien yang optimal.

Kota Semarang memiliki populasi sebesar 1,65 juta jiwa. Dalam skala populasi yang signifikan ini, penting bagi pemerintah dan lembaga terkait untuk memberikan kepastian akan pelayanan kesehatan yang memadai bagi seluruh penduduk (Hardati, 2016). Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa masih ada sejumlah masyarakat di Kota Semarang yang belum menerima manfaat dari jaminan kesehatan yang ada. Oleh karena itu, diperlukan upaya meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan.

Pada tahap awal, peserta JKN terdiri dari peserta PBI, Askes PNS, Peserta TNI, POLRI, dan Peserta JPK Jamsostek. Kepesertaan program UHC di Kota Semarang diperuntukkan bagi masyarakat Kota Semarang yang tidak termasuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN Pemerintah pusat dan Provinsi, bagi masyarakat yang sakit di rumah sakit namun belum memiliki jaminan kesehatan, serta bayi baru lahir dari peserta PBI daerah. Dalam perkembangannya, terjadi pengembangan segmen kepesertaan dari sektor lainnya. Perubahan kebijakan Pemerintah Kota Semarang terkait dengan Program Jaminan Kesehatan Kota Semarang berupa Integrasi Jamkesmaskot ke Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)-KIS BPJS Kesehatan pada bulan Maret 2017 menargetkan pendaftaran 50.000 (lima puluh ribu) orang penduduk miskin dan tidak mampu Kota Semarang menjadi peserta JKN-KIS BPJS Kesehatan.

Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Kota Semarang, mencanangkan Program *Universal Health Coverage* (UHC) dengan mendaftarkan penduduk Kota Semarang menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS Kesehatan. Permasalahan yang ditemui dalam penyelenggaraan Program UHC adalah masih terdapat 114.453 jiwa yang belum memiliki jaminan kesehatan. Kepesertaan Pekerja Penerima Upah sejumlah 766.668 jiwa dan Kepesertaan penduduk yang mampu untuk membayar iuran secara Mandiri sejumlah 346.826 jiwa. Capaian UHC Tahun 2018 adalah 93,73%.

Inovasi ini bertujuan untuk mempercepat peningkatan capaian Program UHC Kota Semarang sehingga penduduk Kota Semarang yang berjumlah 114.453 jiwa memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Inovasi PANGERAN DIPONEGORO memberikan kontribusi yang sangat signifikan pada pencapaian TPB yang bertujuan mengakhiri kemiskinan dalam segala bentuk dimanapun dengan indikator proporsi peserta Jaminan Kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan. Setelah inovasi PANGERAN DIPONEGORO dilaksanakan sejak tahun 2019, saat ini UHC telah mencapai 99,23%, yang sangat ditentukan oleh adanya intervensi dari inovasi PANGERAN DIPONEGORO. Ketercapaian proporsi peserta Jaminan Kesehatan Nasional melalui SJSN Bidang Kesehatan ini sangat berkontribusi pada upaya pencapaian tujuan, target, dan indikator SDGs di Kota Semarang (T. W. E. Suryawijaya et al., 2024).

Implementasi pelayanan kesehatan yang inklusif dan merata sangat dibutuhkan untuk memenuhi hak dasar setiap individu. Dalam konteks Kota Semarang, dimana jumlah penduduk cukup besar, sangat penting untuk memastikan setiap warga negara mendapatkan akses yang setara terhadap pelayanan kesehatan. Meskipun berbagai program jaminan kesehatan telah diimplementasikan, realitas di lapangan menunjukkan adanya kesenjangan dalam aksesibilitas dan kualitas pelayanan yang diterima oleh masyarakat. Hal ini mengindikasikan perlunya evaluasi dan perbaikan berkelanjutan terhadap sistem yang ada.

Kondisi terkini menunjukkan bahwa meskipun cakupan kesehatan universal telah dicanangkan, masih terdapat banyak masyarakat yang belum terlayani dengan baik. Keterbatasan akses ini tidak hanya mempengaruhi kualitas hidup individu, tetapi juga berdampak pada kesejahteraan sosial secara keseluruhan. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan yang ada dan mencari solusi inovatif guna meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang.

Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, Pemerintah Kota Semarang telah mengintegrasikan berbagai program jaminan kesehatan ke dalam JKN-KIS BPJS Kesehatan. Langkah ini bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh penduduk, terutama mereka yang miskin dan tidak mampu, dapat memiliki jaminan kesehatan yang memadai. Namun, tantangan tetap ada, seperti masih adanya sejumlah besar masyarakat yang belum terdaftar sebagai peserta JKN-KIS. Hal ini menunjukkan perlunya strategi yang lebih efektif dan terkoordinasi untuk mencapai cakupan kesehatan universal yang sejati.

Pelaksanaan Program UHC di Kota Semarang telah mencapai berbagai kemajuan, namun masih banyak hal yang perlu diperbaiki. Inovasi seperti PANGERAN DIPONEGORO telah memberikan kontribusi signifikan dalam meningkatkan proporsi peserta jaminan kesehatan. Melalui intervensi yang terfokus, program ini berhasil meningkatkan ketercapaian UHC hingga hampir 100%. Secara keseluruhan, penelitian ini akan mengeksplorasi efektivitas dalam pelaksanaan program UHC di Kota Semarang. Melalui menganalisis berbagai faktor yang mempengaruhi aksesibilitas dan kualitas pelayanan

kesehatan, penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi yang relevan untuk memperbaiki sistem yang ada. Fokus utama penelitian ini adalah untuk memahami bagaimana intervensi kebijakan dapat dioptimalkan guna mencapai cakupan kesehatan yang lebih inklusif dan merata bagi seluruh penduduk Kota Semarang.

Dalam menghadapi tantangan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang, penelitian ini diharapkan dapat mengisi celah penelitian dengan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang, serta mengidentifikasi strategi kebijakan yang lebih efektif untuk meningkatkan cakupan kesehatan universal yang sejati.

Penelitian *Universal Health Coverage* (UHC), sudah membahas implementasi kebijakan UHC dari berbagai perspektif, termasuk aspek pembiayaan, akses, dan kualitas layanan kesehatan. Beberapa gap penelitian yang dapat menjadi ruang untuk eksplorasi lebih lanjut dalam konteks kebijakan UHC di Kota Semarang.

1. Gap dalam Evaluasi Efektivitas Pembiayaan UHC. Penelitian sebelumnya cenderung berfokus pada aspek keberlanjutan finansial dan beban anggaran pemerintah dalam mendukung skema UHC. Namun, masih terbatas kajian yang secara spesifik mengevaluasi bagaimana mekanisme pembiayaan ini berdampak pada fasilitas layanan kesehatan di tingkat daerah, terutama dalam keberlanjutan operasional rumah sakit dan puskesmas. Analisis lebih lanjut diperlukan untuk mengidentifikasi apakah skema pembiayaan yang

diterapkan sudah cukup efektif dalam memastikan layanan kesehatan yang optimal tanpa membebani APBD Kota Semarang.

2. Gap dalam Pemerataan Akses terhadap Layanan Kesehatan. Banyak penelitian telah menyoroti peningkatan jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai indikator keberhasilan UHC. Namun, masih sedikit kajian yang membahas disparitas akses layanan kesehatan antar wilayah di Kota Semarang, terutama antara wilayah perkotaan dan pinggiran. Evaluasi yang lebih mendalam diperlukan untuk melihat apakah seluruh masyarakat, termasuk kelompok rentan seperti masyarakat miskin, lansia, orang sakit dan penyandang disabilitas, benar-benar mendapatkan akses yang setara terhadap layanan kesehatan.
3. Gap dalam Kualitas Layanan Kesehatan. Sebagian besar studi menilai keberhasilan UHC dari jumlah peserta yang terdaftar dan pemanfaatan layanan kesehatan. Namun, masih kurang penelitian yang secara spesifik mengevaluasi dampak UHC terhadap kualitas layanan, seperti waktu tunggu pasien, ketersediaan tenaga medis, serta kepuasan pasien di fasilitas kesehatan Kota Semarang. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengidentifikasi apakah peningkatan cakupan kepesertaan UHC juga diikuti oleh peningkatan kualitas layanan atau justru menimbulkan beban tambahan bagi fasilitas kesehatan.
4. Gap dalam Implementasi Kebijakan di Tingkat Lokal. Banyak penelitian masih berfokus pada kebijakan UHC di tingkat nasional atau provinsi tanpa mengeksplorasi lebih dalam bagaimana implementasi kebijakan ini

diterapkan secara spesifik di Kota Semarang. Studi yang lebih mendalam diperlukan untuk melihat bagaimana koordinasi antara pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam menjalankan program ini, serta kendala yang dihadapi dalam penerapannya.

Riset gap ini menunjukkan bahwa masih banyak ruang untuk penelitian lebih lanjut terkait evaluasi kebijakan UHC di Kota Semarang, terutama dalam aspek efektivitas pembiayaan, pemerataan akses, kualitas layanan, dan implementasi kebijakan di tingkat lokal. Penelitian yang lebih komprehensif dapat membantu memberikan rekomendasi yang lebih tepat guna dalam meningkatkan keberlanjutan dan efektivitas program UHC di daerah ini.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, evaluasi kebijakan UHC di Kota Semarang diperlukan untuk mengidentifikasi keberhasilan dan hambatan yang dihadapi, terutama terkait dengan aspek pembiayaan, akses, dan kualitas layanan kesehatan. Evaluasi ini juga akan memberikan rekomendasi untuk perbaikan kebijakan agar UHC dapat diterapkan secara optimal dan berkelanjutan, sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.

## **B. Permasalahan**

Penerapan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam hal pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan kesehatan. Salah satu masalah utama adalah keterbatasan anggaran dan kebutuhan untuk memastikan program UHC dapat berjalan secara berkelanjutan. Beban pembiayaan yang tinggi untuk menjamin seluruh

masyarakat memiliki akses tanpa hambatan finansial memerlukan alokasi anggaran yang efisien dan transparan. Pemerintah juga harus menghadapi tantangan dalam mengintegrasikan berbagai sumber dana, seperti kontribusi BPJS Kesehatan dan dana daerah

Meskipun UHC bertujuan memperluas akses, beberapa daerah di Semarang, terutama wilayah pinggiran, masih mengalami keterbatasan infrastruktur dan tenaga kesehatan. Ketimpangan ini berdampak pada kesulitan masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan yang memadai. Peningkatan jumlah peserta UHC memicu lonjakan permintaan layanan, yang terkadang mengurangi kualitas pelayanan. Rumah sakit dan puskesmas menghadapi manusia dan fasilitas kesehatan yang memadai. Permasalahan ini menunjukkan bahwa meskipun UHC memberikan manfaat signifikan, diperlukan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan untuk memastikan program ini benar-benar efektif dan inklusif bagi seluruh masyarakat.

Berdasarkan uraian tersebut diatas pertanyaan penelitian yang akan dilakukan penelitian adalah :

1. Bagaimana pembiayaan, aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang setelah program *Universal Health Coverage* (UHC) dilaksanakan ?
2. Apa saja faktor-faktor pendukung dan penghambat pembiayaan, aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang?
3. Bagaimana program PANGERAN DIPONEGORO mampu dalam mengatasi permasalahan UHC di Kota Semarang?

### **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan penelitian ini antara lain :

1. Menilai penyelenggaraan program UHC dalam perspektif pembiayaan, aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang.
2. Mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang.
3. Mengevaluasi efektivitas dan efisiensi kebijakan program PANGERAN DIPONEGORO mampu dalam mengatasi permasalahan UHC di Kota Semarang.

### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian yang dilaksanakan ini manfaat yang sejalan dengan tujuan penelitian, yaitu:

1. Manfaat Akademis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat dan kebijakan kesehatan. Dengan mengeksplorasi implementasi dan tantangan program *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang, penelitian ini akan menambah khazanah literatur ilmiah mengenai aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Temuan-temuan dalam penelitian ini dapat menjadi referensi bagi peneliti lain yang tertarik untuk mengkaji isu serupa di wilayah atau konteks yang

berbeda, serta membantu mengidentifikasi area yang memerlukan penelitian lebih lanjut.

## 2. Manfaat Praktis

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan rekomendasi kebijakan yang berbasis bukti kepada pemerintah dan pemangku kepentingan terkait dalam upaya meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang. Dengan memahami faktor-faktor penghambat dan solusi yang efektif, pemerintah dan lembaga terkait dapat merumuskan dan mengimplementasikan strategi yang lebih efisien untuk mencapai cakupan kesehatan universal. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan oleh tenaga kesehatan dan manajer layanan kesehatan untuk meningkatkan kinerja dan layanan mereka kepada masyarakat.

## 3. Manfaat Sosial

Penelitian ini memiliki dampak sosial yang signifikan bagi masyarakat Kota Semarang. Dengan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, penelitian ini diharapkan dapat membantu masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan merata. Peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan akan berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat, pengurangan kesenjangan kesehatan, dan pencapaian kesehatan yang lebih baik bagi semua kelompok sosial. Hal ini, pada gilirannya, akan mendukung pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) dalam bidang kesehatan.

#### 4. Manfaat Kebijakan

Penelitian ini menyediakan data dan analisis yang komprehensif mengenai implementasi dan tantangan program UHC di Kota Semarang. Informasi ini dapat digunakan oleh pembuat kebijakan dalam merumuskan dan mengimplementasikan program-program kesehatan yang lebih efektif dan efisien. Dengan rekomendasi kebijakan yang berbasis bukti, penelitian ini diharapkan dapat membantu pemerintah dalam meningkatkan sistem jaminan kesehatan dan mencapai cakupan kesehatan universal yang lebih inklusif dan merata. Selain itu, penelitian ini juga dapat menjadi acuan bagi daerah lain yang ingin mengadopsi atau mengadaptasi kebijakan serupa.

#### **E. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian "Evaluasi Kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC): Perspektif Pembiayaan, Akses, dan Kualitas Layanan Kesehatan Kota Semarang" mencakup beberapa aspek penting sebagai berikut:

##### 1. Dimensi Pembiayaan

Penelitian ini akan mengevaluasi aspek pembiayaan kebijakan UHC di Kota Semarang, yang mencakup:

- a. Sumber Pembiayaan: Analisis terhadap alokasi dana dari APBD Kota Semarang, kontribusi BPJS Kesehatan, dan sumber pendanaan lainnya.
- b. Kesesuaian Anggaran: alokasi anggaran yang mencukupi untuk menjamin ketersediaan layanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh penduduk.

- c. Efisiensi Penggunaan Dana: Analisis efisiensi penggunaan anggaran untuk pembiayaan layanan kesehatan di fasilitas kesehatan, baik tingkat primer maupun rujukan.
- d. Keberlanjutan Pendanaan: Penilaian keberlanjutan finansial program UHC dengan mempertimbangkan pertumbuhan peserta, inflasi biaya kesehatan, dan kontribusi pemerintah.

## 2. Dimensi Aksesibilitas

Penelitian ini akan mengidentifikasi dan menganalisis aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat Kota Semarang, dengan fokus pada:

- a. Cakupan Kepesertaan: Tingkat partisipasi masyarakat dalam program JKN dan sejauh mana kelompok rentan telah terakomodasi.
- b. Ketersediaan Fasilitas: Distribusi fasilitas kesehatan, termasuk Puskesmas dan rumah sakit, di seluruh wilayah Kota Semarang.
- c. Hambatan Geografis dan Sosial: Identifikasi hambatan seperti jarak ke fasilitas kesehatan, transportasi, dan faktor budaya yang mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan.
- d. Pemanfaatan Layanan : Evaluasi sejauh mana masyarakat memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia, serta faktor-faktor yang memengaruhi tingkat pemanfaatan.

## 3. Dimensi Kualitas Layanan

Penelitian ini akan mengevaluasi kualitas layanan kesehatan yang diberikan di bawah kebijakan UHC, meliputi:

- a. Kualitas Infrastruktur: Penilaian terhadap fasilitas fisik, peralatan medis, dan ketersediaan obat di fasilitas kesehatan.
- b. Kompetensi Tenaga Kesehatan: Analisis terhadap kemampuan, profesionalisme, dan sikap tenaga kesehatan dalam memberikan layanan.
- c. Waktu Tunggu dan Efisiensi Pelayanan: Pengukuran waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan dan efisiensi proses pelayanan.
- d. Kepuasan Pasien: Survei dan wawancara untuk mengevaluasi pengalaman pasien dalam menerima layanan kesehatan, termasuk aspek komunikasi, kenyamanan, dan hasil pelayanan.

#### 4. Konteks dan Kebijakan Lokal

Penelitian juga akan mempertimbangkan konteks lokal Kota Semarang, seperti:

- a. Regulasi Daerah: Kebijakan pemerintah daerah yang mendukung implementasi UHC, termasuk Peraturan Wali Kota dan kebijakan sektoral.
- b. Kolaborasi Antara *Stakeholder* : Analisis peran pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan, dan masyarakat dalam mendukung keberhasilan UHC.
- c. Dampak Sosial dan Ekonomi : Kajian terhadap dampak kebijakan UHC pada kesejahteraan masyarakat, pengurangan beban finansial, dan peningkatan kesetaraan layanan kesehatan.

Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya mengidentifikasi kendala dalam pelaksanaan UHC di Kota Semarang tetapi juga menawarkan solusi konkret untuk mencapai keberlanjutan dan peningkatan mutu layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Penelitian Terdahulu**

1. Penelitian Darrudi et al., (2022) berjudul *Challenges to Achieving Universal Health Coverage Throughout the World: A Systematic Review*. Penelitian ini menganalisis tantangan geografis dan keterbatasan infrastruktur kesehatan di pedesaan dalam implementasi UHC. Fokusnya adalah pada aksesibilitas layanan kesehatan dan efisiensi pembiayaan. Temuan menunjukkan bahwa meskipun UHC membantu mengurangi hambatan finansial, distribusi layanan yang merata masih menjadi masalah.
2. Penelitian Rizky Perdana et al., (2022) berjudul *Challenges and Implementation of Universal Health Coverage Program in Indonesia*. Studi ini mengevaluasi implementasi BPJS Kesehatan sebagai program UHC nasional di Indonesia, termasuk tantangan dalam pembiayaan dan kualitas layanan kesehatan. Penelitian ini menyoroti bahwa meskipun cakupan layanan meningkat, ada kekhawatiran terkait sustainabilitas dana dan kualitas layanan karena tingginya beban peserta.
3. Penelitian Kutzin, J. (2013) tentang *Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy*. Kutzin menyoroti bagaimana mekanisme pembiayaan berperan penting dalam keberhasilan UHC. Penelitian ini mengeksplorasi hubungan antara

pembiayaan kesehatan yang efektif dan peningkatan akses layanan yang terjangkau, terutama di negara-negara berkembang.

4. Penelitian Ensor, (2004) berjudul *Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side*. Penelitian ini menyoroti bahwa selain aspek pembiayaan, aksesibilitas layanan juga dipengaruhi oleh faktor non-finansial seperti lokasi geografis dan stigma sosial. Studi ini relevan bagi konteks daerah dengan distribusi fasilitas kesehatan yang belum merata, seperti Kota Semarang.
5. Penelitian T. Suryawijaya et al., (2023) berjudul *PANGERAN DIPONEGORO: The Effectiveness Of Achieving 100% UHC In The City Of Semarang Through Public Service Innovation*. Penelitian ini mengevaluasi efektivitas inovasi layanan publik PANGERAN DIPONEGORO dalam mencapai cakupan kesehatan semesta (UHC) 100% di Kota Semarang. Temuannya menunjukkan bahwa inisiatif ini berperan signifikan dalam meningkatkan cakupan dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat. Inovasi tersebut membantu pemerintah daerah mengatasi hambatan dalam menyediakan akses kesehatan yang komprehensif bagi seluruh warga, sejalan dengan target kesehatan nasional Indonesia.
6. Penelitian Nisnoni, D., & Sulistyowati. (2020). "Evaluasi Proses Implementasi Kebijakan Program UHC (*Universal Health Coverage*) di Semarang." *Journal of Politic and Government Studies*, 9(02), 101-110. Penelitian ini menganalisis implementasi kebijakan UHC di Kota Semarang dengan fokus pada komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Hasilnya

menunjukkan bahwa program UHC telah berjalan baik dalam memberikan pelayanan gratis bagi warga Semarang, meskipun terdapat hambatan seperti sosialisasi yang kurang efektif dan peningkatan anggaran akibat kenaikan iuran

7. Penelitian Aisyah, S. (2022). "Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* untuk Mengatasi Masalah Kesehatan bagi Masyarakat Kurang Mampu di Kota Semarang." Dimuat di *Undip Repository*. Studi ini mengevaluasi implementasi kebijakan UHC di Kota Semarang, khususnya dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat kurang mampu. Ditemukan bahwa program UHC belum sepenuhnya berjalan dengan baik, dengan kendala pada loket pelayanan UHC Dinas Kesehatan yang mengalami kekurangan pegawai dan sistem informasi yang belum optimal
8. Penelitian Gandanesia, C., & Maesaroh, M. (2020). "Analisis Kualitas Pelayanan Pasien Peserta Program *Universal Health Coverage* di Rumah Sakit Wongsonegoro Kota Semarang." *Jurnal Administrasi Publik*. Penelitian ini menganalisis kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta UHC di Rumah Sakit Wongsonegoro. Hasilnya menunjukkan bahwa kualitas pelayanan masih perlu ditingkatkan untuk mencapai kepuasan pasien yang optimal
9. Penelitian tentang "*Universal Health Coverage in Indonesia: Progress on Financial Access and Service Availability since the Implementation of JKN*" mengevaluasi kemajuan Indonesia dalam mencapai UHC melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Studi ini menyoroti peningkatan akses finansial dan ketersediaan layanan kesehatan sejak implementasi JKN, namun

juga mengidentifikasi tantangan seperti kesenjangan dalam kualitas layanan dan distribusi tenaga kesehatan.

10. Penelitian tentang *Challenges and Opportunities for Achieving Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa: A Perspective from Tanzania* menganalisis upaya Tanzania dalam mencapai UHC, dengan fokus pada pembiayaan, akses, dan kualitas layanan kesehatan. Penelitian ini menemukan bahwa meskipun ada peningkatan dalam cakupan layanan, tantangan signifikan tetap ada, termasuk keterbatasan sumber daya finansial dan infrastruktur kesehatan yang tidak merata.
11. Penelitian tentang *Evaluating the Impact of Universal Health Coverage on Health Outcomes: A Global Perspective* melakukan analisis komparatif terhadap berbagai negara yang telah mengimplementasikan UHC, mengevaluasi dampaknya terhadap pembiayaan kesehatan, aksesibilitas layanan, dan kualitas perawatan. Hasilnya menunjukkan bahwa negara dengan implementasi UHC yang efektif mengalami peningkatan signifikan dalam indikator kesehatan populasi, meskipun tantangan dalam pembiayaan dan kualitas layanan tetap ada.

Guna mempermudah menelaah penelitian terdahulu, dibuatlah Matrik Penelitian terdahulu sebagai berikut :

**Tabel 2. 1 Matrik Penelitian Terdahulu**

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil
1	Darrudi et al., (2022)	<i>Challenges to Achieving Universal Health Coverage Throughout the World: A Systematic Review</i>	Kualitatif	Temuan menunjukkan bahwa meskipun UHC membantu mengurangi hambatan finansial, distribusi layanan yang merata masih menjadi masalah.
2	Rizky Perdana et al., (2022)	<i>Challenges and Implementation of Universal Health Coverage Program in Indonesia</i>	Kualitatif	Temuan pada penelitian ini menyoroti pentingnya asuransi kesehatan sebagai bentuk perlindungan terhadap biaya kesehatan yang tidak terduga, serta kewajiban warga negara untuk berpartisipasi dalam sistem jaminan kesehatan nasional.
3	Penelitian Kutzin, J. (2013)	<i>Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy.</i>	Kualitatif	Temuan utama penelitian ini menjelaskan bahwa cakupan kesehatan universal (UHC) harus dipahami sebagai tujuan sistem kesehatan yang holistik, tidak hanya sebagai perbaikan skema pembiayaan individu.

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil
4	Penelitian Ensor, T., & Cooper, S. (2004)	<i>Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side.</i>	Kualitatif	Temuan penelitian mengungkapkan bahwa hambatan permintaan, seperti biaya akses, kurangnya informasi, dan hambatan budaya, memainkan peran signifikan dalam mencegah pasien, terutama kelompok miskin dan rentan, mendapatkan perawatan kesehatan, sama pentingnya dengan hambatan pasokan.
5	Suryawijaya et al. (2024)	<i>PANGERAN DIPONEGORO: The Effectiveness Of Achieving 100% UHC In The City Of Semarang Through Public Service Innovation.</i>	Kualitatif	Temuan menunjukkan bahwa inisiatif ini berperan signifikan dalam meningkatkan cakupan dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat. Inovasi tersebut membantu pemerintah daerah mengatasi hambatan dalam menyediakan akses kesehatan yang komprehensif bagi seluruh warga, sejalan dengan target kesehatan nasional Indonesia.

Berdasarkan penelitian terdahulu dengan judul penelitian ini dapat diuraikan pada tabel berikut :

<b>Penelitian Terdahulu</b>	<b>Penelitian ini</b>
<p>Penelitian terdahulu cenderung fokus pada evaluasi umum implementasi UHC di tingkat nasional atau regional, seperti melihat efektivitas UHC dalam meningkatkan akses layanan kesehatan secara keseluruhan atau dampak finansial pada individu. Misalnya, studi oleh Nisnoni dan Sulistyowati (2020) mengevaluasi implementasi UHC di Semarang tanpa pendalaman pada dimensi kualitas layanan.</p>	<p>Penelitian ini bertujuan mengevaluasi secara spesifik kebijakan UHC di Kota Semarang dengan pendekatan komprehensif yang mencakup tiga perspektif utama: pembiayaan, akses, dan kualitas layanan kesehatan. Tujuan utamanya adalah memberikan rekomendasi strategis yang spesifik bagi pemerintah daerah untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kebijakan UHC.</p>
<p>Sebagian besar penelitian terdahulu menggunakan pendekatan kualitatif saja atau data sekunder dari laporan pemerintah dan institusi terkait. Penelitian sering kali fokus pada analisis deskriptif kebijakan dan pengumpulan data wawancara dengan pemangku kepentingan. Misalnya, Aisyah (2022) menggunakan metode wawancara mendalam untuk mengevaluasi UHC di Semarang.</p>	<p>Penelitian ini menggabungkan pendekatan mixed-methods yang terdiri dari: 1) Analisis kuantitatif: Menggunakan data survei masyarakat untuk mengevaluasi kepuasan pasien terhadap akses dan kualitas layanan. 2) Analisis kualitatif: Melakukan wawancara mendalam dengan pemangku kepentingan utama seperti Dinas Kesehatan, BPJS, dan fasilitas kesehatan. 3) Data sekunder: Mengolah data anggaran dari APBD, laporan BPJS, dan indikator kesehatan Kota Semarang.</p>
<b>Penelitian Terdahulu</b>	<b>Penelitian ini</b>
<p>Penelitian terdahulu biasanya menghasilkan rekomendasi yang bersifat umum, seperti memperbaiki komunikasi antar pemangku kepentingan atau meningkatkan literasi masyarakat terkait UHC. Rekomendasi lebih berfokus pada aspek implementasi kebijakan.</p>	<p>Penelitian ini diharapkan menghasilkan: 1) Rekomendasi berbasis bukti yang lebih spesifik terkait pembiayaan, seperti alokasi anggaran yang lebih efisien. 2) Strategi peningkatan akses kesehatan melalui perbaikan distribusi fasilitas kesehatan. 3) Indikator kualitas layanan kesehatan yang terukur untuk meningkatkan kepuasan masyarakat. 4) Model evaluasi berkelanjutan yang dapat diimplementasikan oleh Pemerintah Kota Semarang.</p>

## **B. Administrasi Publik**

Administrasi publik adalah disiplin ilmu yang berfokus pada pengelolaan kebijakan publik, organisasi pemerintahan, dan layanan masyarakat. Seiring berjalannya waktu, teori-teori administrasi publik berkembang dengan berbagai pendekatan, mencerminkan perubahan dalam lingkungan sosial, ekonomi, dan politik. Setiap teori memberikan perspektif berbeda tentang bagaimana pemerintah dapat berfungsi lebih efektif, efisien, dan bertanggung jawab.

Weber, (1997) memperkenalkan teori birokrasi rasional, yang menekankan pentingnya aturan formal, pembagian kerja yang jelas, dan hierarki yang ketat dalam organisasi. Tujuan dari pendekatan ini adalah menciptakan stabilitas dan konsistensi dalam pelayanan publik, dengan memastikan setiap tindakan dijalankan berdasarkan prosedur standar. Weber percaya bahwa birokrasi adalah bentuk ideal untuk administrasi yang efisien karena mengurangi subjektivitas dan memastikan keputusan berdasarkan hukum dan aturan yang berlaku. Kritik terhadap teori Weber mencakup kekakuan dalam birokrasi yang bisa menghambat inovasi dan responsivitas terhadap perubahan. Birokrasi sering kali dianggap terlalu lambat dan tidak fleksibel dalam menyesuaikan diri dengan tuntutan masyarakat modern.

Pada tahun 1980-an dan 1990-an, muncul konsep *New Public Management* (NPM) yang dipopulerkan oleh Osborne & Gaebler, (1992). NPM menekankan penerapan prinsip-prinsip manajemen sektor swasta dalam pemerintahan, dengan fokus pada efisiensi, kinerja, dan akuntabilitas. Pemerintah

diharapkan menjadi lebih "*entrepreneurial*" dengan meminimalkan pemborosan dan memaksimalkan nilai dari setiap anggaran publik

Dalam praktiknya, NPM mengedepankan desentralisasi dan penggunaan mekanisme pasar untuk memperbaiki kinerja layanan publik. Namun, kritik terhadap NPM menyatakan bahwa pendekatan ini cenderung mengabaikan nilai-nilai sosial seperti keadilan dan partisipasi, serta terlalu berorientasi pada efisiensi semata

Sebagai respons terhadap NPM, Denhardt & Denhardt, (2015) memperkenalkan *New Public Service* (NPS). NPS menekankan bahwa pemerintah harus melayani, bukan mengarahkan. Teori ini berfokus pada partisipasi publik dan kolaborasi dengan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan. NPS menekankan pentingnya membangun kepercayaan dan keterlibatan aktif masyarakat sebagai bentuk demokrasi partisipatif

Konsep *governance* menggambarkan bahwa administrasi publik tidak hanya bergantung pada pemerintah, tetapi juga melibatkan sektor swasta dan masyarakat sipil dalam pengambilan keputusan dan penyelenggaraan layanan. *Governance* menekankan kerja sama dan kolaborasi lintas sektor untuk mencapai tujuan kebijakan. Hal ini mencerminkan pergeseran dari birokrasi yang hierarkis ke sistem jaringan yang lebih horizontal (Santoso et al., 2018).

Administrasi publik kini tidak bisa lepas dari perkembangan teknologi informasi dan komunikasi. *e-Government* memanfaatkan teknologi untuk meningkatkan transparansi, akuntabilitas, dan efisiensi dalam pelayanan publik. Pemerintah menggunakan teknologi digital untuk memberikan layanan yang lebih

cepat dan lebih mudah diakses oleh masyarakat, memperkuat tata kelola yang responsif dan partisipatif (Charalabidis et al., 2022).

Teori institutionalism menekankan bahwa perilaku organisasi publik dipengaruhi oleh lembaga-lembaga formal dan norma-norma yang berkembang di dalamnya. Kebijakan dan praktik administrasi tidak hanya ditentukan oleh aturan hukum tetapi juga oleh nilai dan kebiasaan yang berkembang dalam organisasi tersebut (Kusuma, 2022).

Administrasi publik dapat dilihat sebagai sistem terbuka yang berinteraksi dengan lingkungan eksternal, seperti politik, ekonomi, dan sosial. Teori sistem menekankan bahwa pemerintah harus beradaptasi dengan perubahan eksternal dan mempertahankan keseimbangan antara berbagai kepentingan di masyarakat untuk mencapai keberhasilan kebijakan (Stewart & Ayres, 2001).

Teori kontingensi menyatakan bahwa tidak ada satu model administrasi yang berlaku universal. Keberhasilan suatu kebijakan atau organisasi publik sangat bergantung pada konteks lingkungan dan situasi spesifik yang dihadapi. Oleh karena itu, pemerintah harus fleksibel dalam memilih dan menerapkan strategi manajerial yang paling sesuai (Donaldson, 2001).

Teori administrasi publik kritis menawarkan perspektif yang mempertanyakan praktik-praktik birokrasi tradisional dan menekankan pada keadilan sosial, hak asasi manusia, dan pemberdayaan masyarakat (Pratama, 2019). Teori ini mendorong pemerintah untuk lebih kritis terhadap distribusi kekuasaan dan dampak kebijakan publik terhadap kelompok rentan. Pendekatan postmodern dalam administrasi publik menekankan pluralisme dan perspektif

alternatif dalam pengambilan kebijakan. Administrasi publik tidak hanya tentang efisiensi dan kinerja, tetapi juga tentang makna dan narasi yang membentuk persepsi masyarakat terhadap pemerintahan (Guy & Rubin, 2015). Dengan teori-teori tersebut, administrasi publik dapat beradaptasi dan berkembang seiring dengan perubahan zaman, memastikan pelayanan publik yang lebih responsif, inklusif, dan efektif.

### **C. Pelayanan Publik**

Teori kualitas pelayanan publik berkembang seiring dengan meningkatnya harapan masyarakat terhadap pemerintah dan lembaga publik dalam memberikan pelayanan yang tidak hanya efisien, tetapi juga berkualitas. Dalam konteks ini, kualitas pelayanan publik mencakup berbagai aspek yang harus diakrabi dan diterapkan oleh penyelenggara layanan, baik itu lembaga pemerintah di tingkat pusat maupun daerah. Cui & Aulton, (2023) dalam penelitiannya menjelaskan Elemen Kunci dalam Teori Kualitas Pelayanan Publik:

- 1) Kualitas merupakan inti dari pelayanan publik yang baik. Pelayanan harus memenuhi ekspektasi masyarakat, yang mencakup kecepatan, ketepatan, dan keandalan. Penilaian kualitas ini dapat dilakukan melalui survei kepuasan masyarakat dan evaluasi berkala dari hasil pelayanan yang diberikan.
- 2) Menjamin aksesibilitas berarti semua lapisan masyarakat harus dapat menikmati layanan publik. Hal ini mencakup berbagai faktor, seperti lokasi fisik, biaya, serta kemampuan dalam menggunakan teknologi. Strategi untuk meningkatkan aksesibilitas dapat berupa penyediaan fasilitas terkait atau program inklusif yang menjangkau masyarakat marginal.
- 3) Transparansi dalam pelayanan publik mencakup keterbukaan proses, keputusan, dan informasi terkait pelayanan. Ini penting agar masyarakat dapat memahami bagaimana layanan tersebut dioperasikan dan merasakan bahwa mereka diberi informasi yang cukup untuk membuat keputusan. Masyarakat yang merasa dilibatkan dan memiliki informasi lebih cenderung lebih puas dan terlibat dalam pelayanan publik.
- 4) Setiap lembaga publik harus bertanggung jawab atas tindakan dan keputusan yang diambil. Akuntabilitas dapat diwujudkan dalam bentuk laporan kinerja,

pengawasan independen, serta mekanisme laporan dari masyarakat. Akuntabilitas yang kuat dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap lembaga publik.

- 5) Masyarakat harus didorong untuk memberikan umpan balik terhadap layanan yang mereka terima. Saluran umpan balik yang efektif, seperti survei online, forum diskusi, dan mekanisme pengaduan, dapat membantu lembaga publik untuk mengidentifikasi kelemahan serta mengembangkan layanan yang lebih baik di masa mendatang.

Untuk menerapkan teori ini, lembaga publik perlu melakukan beberapa langkah strategis (Andhika, 2018):

1. Meningkatkan kompetensi pegawai melalui pelatihan serta kesinambungan profesionalisme dalam pelayanan.
2. Menggunakan teknologi untuk meningkatkan transparansi dan aksesibilitas. Contohnya adalah penerapan sistem informasi manajemen yang memungkinkan masyarakat mengakses informasi layanan dengan mudah.
3. Melakukan evaluasi berkala terhadap kinerja pelayanan dan melakukan audit untuk memastikan bahwa praktik terbaik diterapkan.

Singapura memiliki inisiatif *Singapore Citizen's Recommendations Programme*, di mana masyarakat bisa memberikan masukan terkait pelayanan publik melalui platform online, sehingga pemerintah bisa langsung merespons kebutuhan masyarakat. Swedia, transparansi menjadi prioritas dalam pelayanan publik, di mana semua relevansi informasi publik tersedia bebas untuk umum. Ini meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan pemerintah.

Teori kualitas pelayanan publik adalah kerangka yang sangat penting untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan oleh pemerintah dapat memenuhi harapan masyarakat dengan baik. Dengan fokus pada kualitas, aksesibilitas, transparansi, akuntabilitas, dan umpan balik, penyelenggara layanan publik dapat membangun kepercayaan dan meningkatkan kepuasan masyarakat,

yang pada akhirnya berkontribusi pada pembangunan sosial dan ekonomi secara keseluruhan. Implementasi teori ini memerlukan komitmen.

#### **D. Konsep *Universal Health Coverage* (UHC)**

*Universal Health Coverage* (UHC) merupakan konsep dalam sistem kesehatan yang bertujuan untuk memastikan semua individu memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas tanpa mengalami kesulitan finansial (Mathur et al., 2015). Prinsip utama UHC adalah mencakup tiga aspek penting, yaitu akses yang adil, pembiayaan yang berkelanjutan, dan kualitas layanan yang tinggi (UHC2030, 2018). Konsep ini bertujuan untuk menciptakan sistem kesehatan yang inklusif dan berkeadilan, di mana setiap orang, tanpa memandang status ekonomi, dapat mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan (Adiyanta, 2020).

Mengadopsi definisi *World Health Organization* (WHO) tentang *Universal Health Coverage* (UHC) “bahwa semua orang memiliki akses layanan kesehatan yang mereka butuhkan, kapan dan di mana mereka membutuhkannya, tanpa dipersulit soal pembiayaan” (WHO, 2019), Indonesia memerlukan sistem yang sanggup untuk melayani hampir 270 juta jiwa (Bank Dunia, 2019). Sistem yang ada saat ini, adalah konsolidasi dari beberapa skema kesehatan sebelumnya yang akan menjadi program asuransi kesehatan sosial terbesar di dunia (Erlangga et al., 2019). Bagi negara yang hendak mengimplementasikan sistem jaminan kesehatan semesta, harus menyediakan berbagai faktor pendukung, yaitu:

- 1) Sistem kesehatan yang kuat, efisien, dan dikelola dengan baik, yaitu sebagai suatu sistem kesehatan yang mampu memenuhi kebutuhan prioritas kesehatan melalui penyelenggaraan pelayanan terpadu yang berpusat pada

masyarakat dengan melalui cara dan ketersediaan unsur-unsur pendukung yang meliputi:

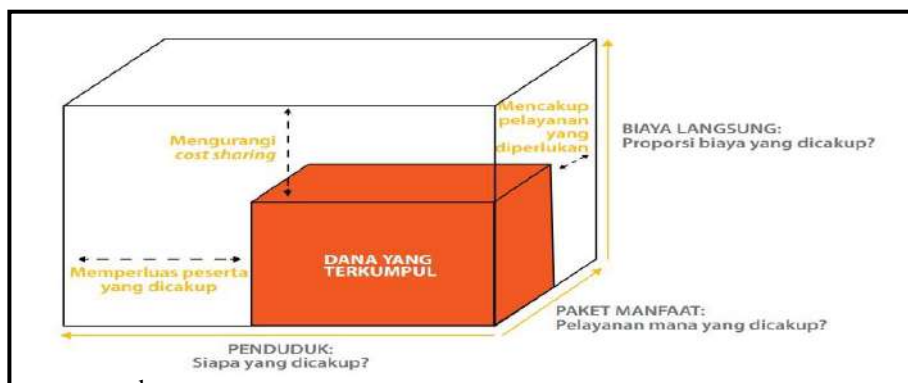
- a) komunikasi, informasi dan edukasi masyarakat untuk menjaga tetap sehat dan mencegah sakit;
  - b) pemantauan kondisi kesehatan dini;
  - c) kapasitas untuk pengobatan dan perawatan penyakit;
  - d) rehabilitasi pasien;
  - e) perawatan paliatif jika diperlukan.
- 2) Keterjangkauan - menyiapkan suatu sistem pendanaan kesehatan yang efektif, sehingga penduduk tidak mengalami kesulitan finansial saat hendak menggunakan pelayanan kesehatan.
  - 3) Ketersediaan obat-obatan dan teknologi esensial untuk mendiagnosis dan mengobati masalah medis.
  - 4) Kapasitas tenaga kesehatan yang kompeten dan memadai dalam menyediakan layanan untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan bukti medis yang tersedia.
  - 5) Tindakan untuk menyelesaikan faktor-faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan penduduk dan akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan, antara lain pendidikan, kondisi lingkungan hidup dan pendapatan rumah tangga.

*World Health Organization* (WHO) merumuskan tiga dimensi dalam pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC), yaitu :

- 1) Cakupan kepesertaan. Dari dimensi *Universal Health Coverage* (UHC) ini dapat diartikan sebagai “kepesertaan menyeluruh”, dalam arti semua penduduk dicakup menjadi Peserta jaminan kesehatan. Dengan menjadi Peserta jaminan kesehatan diharapkan mereka memiliki akses terhadap pelayanan Kesehatan.
- 2) Akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi Peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan.
- 3) Proteksi keuangan pada proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (*out of pocket payment*) semakin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan Peserta (*financial catastrophic*) yang menyebabkan Peserta menjadi miskin.

Tiga dimensi dalam pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) menurut WHO terlihat dalam gambar berikut :

**Gambar 2. 1 Dimensi *Universal Health Coverage***



Sumber : Data Sekunder (2024)

Di Indonesia sendiri dalam upaya mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) dalam tiga dimensi tersebut dilakukan secara bertahap. Prioritas pertama dalam pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) adalah perluasan penduduk yang dijamin, yaitu agar semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi.

Langkah berikutnya adalah memperluas layanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis (yang berarti pula makin komprehensif paket manfaatnya). Dan terakhir adalah peningkatan biaya medis yang dijamin sehingga makin kecil proporsi biaya langsung yang ditanggung penduduk. Sesuai dengan pengalaman masa lalu dan pengalaman penyediaan jaminan kesehatan untuk pegawai negeri, Indonesia menghendaki jaminan kesehatan untuk semua penduduk (dimensi I), menjamin semua penyakit (dimensi II) dan porsi biaya yang menjadi tanggungan penduduk (Peserta) sekecil mungkin (dimensi III).

Dalam pandangan ahli asuransi kesehatan, Mundiharno (2012:207) bahwa istilah UHC memiliki tiga dimensi penting. Pertama, dimensi cakupan kepesertaan, yang dalam konsep UHC dapat diartikan bahwa semua penduduk atau warga negara, tanpa terkecuali, dicakup menjadi Peserta jaminan kesehatan. Dimensi ini penting karena diharapkan apabila semua warga negara atau penduduk tercakup menjadi Peserta jaminan kesehatan, maka secara otomatis pula warga memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Dimensi kedua dari UHC, yaitu akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi Peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Adapun dimensi ketiga dari UHC yaitu adanya proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (out of pocket) makin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan Peserta (financial status) yang menyebabkan Peserta menjadi miskin.

Cepat tidaknya pencapaian universal coverage melalui asuransi kesehatan sosial (social health insurance) dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Carrin dan James (2004:12) menyebut ada lima faktor yang mempengaruhi cepat lambatnya suatu negara mencapai *Universal Health Coverage* (UHC), yaitu:

- 1) Tingkat pendapatan penduduk. Makin tinggi tingkat pendapatan penduduk makin tinggi kemampuan penduduk dan juga majikan dalam membayar iuran (premi). Makin stabil pertumbuhan ekonomi makin meningkat kapasitas negara tersebut untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan sosial.
- 2) Struktur ekonomi negara terutama berkaitan dengan besarnya proporsi sektor formal dan informal. Perekonomian negara berkembang umumnya masih bergantung pada sektor pertanian, perdagangan dan jasa yang sebagian besar pekerjaannya adalah pekerja informal. Kondisi tersebut menyebabkan sulitnya mengumpulkan iuran sebab para pekerja tidak memperoleh gaji secara formal.

- 3) Distribusi penduduk negara. Distribusi penduduk yang tersebar luas ke berbagai wilayah menyebabkan biaya administrasi penyelenggaraan yang lebih tinggi dibanding kalau penduduknya terpusat pada daerah-daerah tertentu. Mengelola asuransi kesehatan sosial di daerah perkotaan dengan tingkat kepadatan penduduk tinggi cenderung akan lebih mudah dibanding jika mengelola di daerah pedesaan yang penduduknya tersebar luas ke daerah-daerah pinggiran yang sulit dijangkau.
- 4) Kemampuan negara dalam mengelola asuransi kesehatan sosial. Penyelenggaraan jaminan kesehatan memerlukan sumberdaya terampil yang memadai. Oleh karena itu penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial harus didukung oleh tenaga-tenaga terampil yang memahami berbagai aspek penyelenggaraan jaminan kesehatan.
- 5) Tingkat solidaritas sosial di dalam masyarakat. Tingkat solidaritas ini diperlukan sebab sistem asuransi kesehatan sosial dibangun atas dasar prinsip gotong royong yaitu yang kaya membantu yang miskin, yang sehat membantu yang sakit, yang produktif membantu yang belum atau tidak produktif.

Kelima faktor tersebut perlu diperhatikan oleh pemerintah dalam membuat pedoman dan aturan dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) melalui asuransi kesehatan sosial. Sebagai upaya untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat yang dapat di akses oleh seluruh warga masyarakat secara adil dan merata yang merupakan salah satu cita-cita Pemerintah Indonesia, yaitu usaha untuk meningkatkan jaminan pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan akan berkontribusi pada status psikologi yang kuat.

Sejak tahun 2004, pemerintah Indonesia telah berupaya untuk membentuk suatu sistem jaminan kesehatan yang mencakup seluruh masyarakat Indonesia. Salah satu usaha yang ditempuh adalah dengan menggalakan program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) melalui mekanisme asuransi sosial tersebut agar pembiayaan kesehatan dapat dikendalikan sehingga keterjaminan pembiayaan kesehatan menjadi pasti dan terus menerus tersedia yang pada akhirnya tercapai keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia

## E. Cakupan Dimensi UHC

Pelaksanaan UHC diimplementasikan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Program ini bertujuan untuk memberikan jaminan kesehatan secara menyeluruh bagi masyarakat Indonesia, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dalam konteks Kota Semarang, implementasi kebijakan UHC memiliki tantangan tersendiri, terutama dalam hal pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas pelayanan kesehatan (Retnaningsih & Huraerah, 2019).

Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan implementasi dari Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial nomor 24 tahun 2011 untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). Jaminan kesehatan yang menyeluruh harus mencakup tiga dimensi, yaitu :

### 1) Cakupan Kepesertaan

Cakupan kepesertaan dalam arti sebagai “kepesertaan menyeluruh”, yaitu seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, maksudnya yaitu jumlah penduduk yang dijamin agar mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. Implementasi konsep *Universal Health Coverage* (UHC) dalam cakupan kepesertaan di Indonesia didefinisikan sebagai sistem penjaminan kesehatan yang memastikan semua penduduk atau menurut WHO paling sedikit 95% dari seluruh penduduk telah terdaftar sebagai Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat dan secara bertahap mencapai 100 % seluruh penduduk memiliki Jaminan Kesehatan Nasional.

### 2) Akses Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan kesehatan yaitu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi Peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan, terjangkau dari segi jarak dan jam pelayanan yang tersedia pada saat dibutuhkan. Ketersediaan pelayanan kesehatan, yang terdiri dari ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, sumber daya tenaga, dan jam pelayanan; Akses fisik yaitu bagaimana untuk

mencapai tempat pelayanan agar mendapatkan pelayanan kesehatan, yang terdiri dari kondisi sarana jalan dan ketersediaan alat transportasi; Akses ekonomi, yang terdiri dari biaya berobat dan kepemilikan asuransi kesehatan ; dan Akses sosial, yang terdiri dari kelengkapan informasi dari petugas, keramahan petugas dan kepuasan pelayanan.

3) Proteksi Keuangan

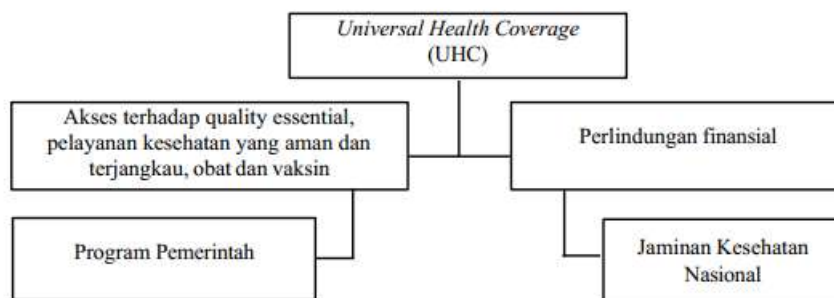
Proteksi keuangan dalam hal ini, yaitu memastikan bahwa biaya pelayanan kesehatan yang digunakan tidak membuat masyarakat dalam kerugian keuangan/finansial yang menyebabkan Peserta menjadi miskin. Seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk maksudnya semakin banyak dana yang disediakan, maka semakin banyak pula penduduk yang terlayani, sehingga semakin komprehensif paket pelayanannya serta semakin kecil proporsi biaya yang harus ditanggung oleh penduduk.

## **F. Pembiayaan Kesehatan dalam Skema UHC**

Pembiayaan kesehatan menjadi salah satu komponen penting dalam sistem kesehatan. Pembiayaan kesehatan merupakan hal yang vital dalam mencapai tujuan kesehatan dari tingkat daerah (kabupaten/kota dan provinsi) hingga tingkat nasional. Adanya proses pembiayaan Kesehatan yang lalai menyebabkan alokasi dana tidak sesuai sasaran, sehingga berdampak pada jumlah tenaga kesehatan, obat-obatan yang ada, dan mengurangi promosi kesehatan (Evans & Etienne, 2010). Pembiayaan kesehatan menjadi dasar dalam mencapai tatanan sistem kesehatan yang efektif, sehingga hal tersebut berdampak pada pencapaian derajat kesehatan. Pembiayaan kesehatan merujuk pada pengelolaan sumber daya keuangan untuk meyakinkan bahwa system kesehatan mampu mencukupi kebutuhan kesehatan secara keseluruhan (WHO, 2010). Selain itu, pembiayaan Kesehatan sebagai salah satu faktor kinerja sistem kesehatan dalam hal pemerataan, efisiensi, dan *outcome* kesehatan (Schieber dkk, 2006)

Pembiayaan kesehatan sebagai elemen penting dalam pencapaian sistem kesehatan nasional di Indonesia, khususnya sebagai tujuan mencapai cakupan

kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) sesuai dengan agenda pemerintah melalui RPJMN (2020- 2024). UHC merupakan sistem kesehatan untuk masyarakat dengan akses pelayanan yang adil dan merata, serta pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang berkualitas dengan biaya yang terjangkau. Sedangkan menurut WHO, UHC didefinisikan sebagai visi dimana semua orang memiliki akses layanan dan perawatan kesehatan berkualitas dimanapun dan kapanpun mereka membutuhkannya, tanpa mengalami kesulitan keuangan. Gambar 2.2 merupakan fungsi utama dari UHC yang terdiri dari perlindungan risiko finansial yang mencakup adanya jaminan Kesehatan nasional, selanjutnya adanya akses kualitas kesehatan yang esensial, pelayanan kesehatan yang aman dan terjangkau, hal tersebut mencakup program pemerintah terkait layanan dan perawatan kesehatan.



**Gambar 2. 2 Fungsi Utama UHC**

Sumber: Setiawan et al., (2021)

Berdasarkan fungsi utama dari UHC (Gambar 1), diketahui bahwa dalam mewujudkan UHC dipengaruhi dengan pembiayaan kesehatan. Hal tersebut selaras dengan tujuan pemerintah menuju UHC melalui pembiayaan kesehatan yang telah ada dalam 20 tahun terakhir. Tahun 2014 ada Jaminan Kesehatan

Nasional sebagai salah satu wujud nyata dalam praktiknya (Setiawan et al, 2021). Di Indonesia, JKN menjadi salah satu indikator dalam perbaikan kesehatan khususnya dari segi pembiayaan kesehatan. Adanya JKN mampu mengurangi kemandirian belanja masyarakat untuk akses pelayanan kesehatan. Selain itu, pembiayaan dalam sektor kesehatan berasal dari beberapa sumber. Terdapat empat sumber utama dalam pembiayaan di sektor kesehatan yaitu pembiayaan dari pemerintah; pembiayaan dari sektor swasta; pembiayaan dari asuransi kesehatan; dan pembiayaan dari sumber eksternal (Kutzin et al., 2017)

Terlihat pentingnya pembiayaan kesehatan karena berpengaruh terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk mewujudkan pembangunan kesehatan suatu negara, serta mewujudkan cakupan kesehatan semesta (UHC). Namun dalam praktik dari pembiayaan kesehatan di Indonesia masih ditemukan berbagai kendala dalam pengelolaannya, antara lain kurangnya pembiayaan promotif dan preventif kesehatan; kurang melibatkan non- pemerintah dalam mekanisme pembiayaan kesehatan; JKN yang kurang dalam pengembangan pelayanan; dan belum optimalnya system mekanisme dalam mengukur efektivitas pembiayaan kesehatan di Indonesia

Pembiayaan dalam skema UHC memainkan peran penting dalam menentukan keberlanjutan dan efektivitas program. Menurut Tavares, (2019), sistem pembiayaan yang ideal harus dapat menjamin ketersediaan sumber daya yang cukup untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat tanpa memberatkan mereka secara finansial. Di Indonesia, pembiayaan untuk JKN

sebagian besar didanai melalui iuran dari peserta serta subsidi dari pemerintah bagi masyarakat miskin (Retnaningsih & Huraerah, 2019).

Tantangan dalam pembiayaan UHC di Indonesia termasuk dalam memastikan bahwa iuran yang dikumpulkan cukup untuk menutupi biaya pelayanan kesehatan, serta mengelola dana dengan efisien agar dapat mencapai target UHC pada tahun-tahun mendatang (T. Suryawijaya et al., 2023; UHC2030, 2018). Dalam beberapa penelitian, model pembiayaan kesehatan berbasis asuransi sosial terbukti efektif dalam menjamin keberlanjutan program UHC, namun masih terdapat kendala dalam hal ketertiban pembayaran iuran serta manajemen dana (Retnaningsih & Huraerah, 2019; UHC2030, 2018).

#### **G. Akses terhadap Layanan Kesehatan dalam Kerangka UHC**

*Universal Health Coverage* (UHC) adalah sistem penjaminan kesehatan yang memastikan setiap individu dalam suatu populasi dapat mengakses pelayanan kesehatan secara adil. Layanan yang dimaksud meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang semuanya memiliki standar mutu dan dapat dijangkau dengan biaya terjangkau. Konsep UHC muncul dengan tujuan untuk memberikan jaminan layanan kesehatan berkualitas bagi setiap individu tanpa terkecuali (Anggapurana Pidada, 2022).

Menurut *World Health Organization* (WHO), UHC mengartikan bahwa setiap orang harus memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan, kapan dan di mana saja, tanpa adanya hambatan terkait pembiayaan (Herawati et al., 2020). Hal ini menekankan pentingnya aksesibilitas layanan kesehatan yang

tidak hanya memadai, tetapi juga mudah dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

Akses universal terhadap layanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah faktor geografis. Akses geografis didefinisikan sebagai kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan yang dapat diukur. Oleh karena itu, untuk meningkatkan akses layanan kesehatan universal, diperlukan peningkatan pada layanan kesehatan dasar yang berkualitas. Ini mencakup perlindungan terhadap risiko keuangan untuk memastikan bahwa seluruh lapisan masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan tanpa terbebani biaya yang tidak terjangkau.

Beberapa kebijakan dan program dapat diterapkan untuk mencapai akses kesehatan universal, salah satunya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN merupakan kebijakan yang bertujuan meningkatkan akses perawatan, pemanfaatan, dan kualitas pelayanan kesehatan secara umum. JKN mengatur sistem pembiayaan kesehatan yang meliputi pajak, kontribusi, premi, serta pembayaran out-of-pocket, dan juga memperhitungkan sumber-sumber lain seperti bantuan donor dan pinjaman. Program *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia juga mencakup sistem yang mengatur layanan kesehatan serta perlindungan risiko keuangan, yang membutuhkan kolaborasi antar sektor, termasuk kementerian yang berhubungan dengan kebijakan fiskal dan moneter, serta pelatihan tenaga kesehatan yang sesuai (Pradana et al., 2022).

Aksesibilitas merupakan salah satu indikator penting dalam mengukur keberhasilan UHC. Menurut Drolet et al., (2017), akses dalam konteks kesehatan

mencakup aspek ketersediaan, keterjangkauan, dan penerimaan layanan. Dalam konteks JKN di Indonesia, tantangan utama dalam akses meliputi ketidakmerataan distribusi fasilitas kesehatan, kurangnya tenaga medis di daerah pinggiran, serta rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai hak mereka untuk mendapatkan layanan kesehatan (Agustina et al., 2019).

Di Kota Semarang, berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan, seperti pembangunan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dan program *outreach* bagi kelompok masyarakat yang tinggal di daerah pinggiran. Meskipun demikian, masih terdapat beberapa kendala yang perlu diatasi, seperti rendahnya fasilitas transportasi di daerah tertentu dan keterbatasan sarana kesehatan di wilayah pedesaan (Agustina et al., 2019; Retnaningsih & Huraerah, 2019).

#### **H. Kualitas Layanan Kesehatan dalam UHC**

*Universal Health Coverage* (UHC) adalah suatu strategi untuk memberikan akses yang setara terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh masyarakat. Pada tahun 2005 di Jenewa, *Universal Health Coverage* ditetapkan saat resolusi *World Health Organization* ke-58 tahun. WHO menetapkan UHC sebagai isu penting negara maju maupun negara berkembang dengan tujuan untuk melindungi penganggaran Masyarakat penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas, adil, dan terjangkau. Indonesia telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014 sebagai implementasi dari UHC (Independen, 2014). Meskipun JKN telah memberikan

manfaat bagi masyarakat, namun masih ada permasalahan dalam implementasi kebijakan tersebut, terutama terkait ketersediaan dan kualitas layanan kesehatan.

Selain itu, pelaksanaan program JKN juga dihadapkan dengan berbagai tantangan, seperti besarnya beban pembiayaan program, keterbatasan teknis dalam pengelolaan program, serta masalah dalam koordinasi antar lembaga terkait program ini. Selain itu, terdapat perbedaan kualitas layanan kesehatan antar wilayah yang masih menjadi masalah serius di Indonesia, sehingga memperburuk kesenjangan kesehatan antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Beberapa studi juga menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat Indonesia yang sulit mengakses layanan kesehatan dan belum merasakan manfaat dari program JKN. Selain itu, kualitas layanan kesehatan juga masih perlu ditingkatkan, seperti kurangnya fasilitas kesehatan yang memadai, kekurangan sumber daya manusia dan peralatan medis, serta keterbatasan akses terhadap informasi yang berkaitan dengan kesehatan (Pratama et al., 2023)

Kualitas layanan kesehatan menjadi faktor penting dalam evaluasi UHC, di mana fokus utama terletak pada keamanan, efektivitas, dan kesesuaian layanan dengan kebutuhan pasien. Menurut Bednarski & Kiwerski, (2020), kualitas layanan kesehatan dapat diukur melalui indikator-indikator seperti kepuasan pasien, waktu tunggu, dan hasil akhir dari pelayanan yang diberikan.

Dalam konteks JKN di Indonesia, tantangan kualitas termasuk dalam ketidakpuasan terhadap layanan BPJS, terutama dalam hal waktu tunggu dan keterbatasan sarana medis di rumah sakit rujukan. Di Kota Semarang, peningkatan kualitas layanan dilakukan melalui pelatihan berkala bagi tenaga kesehatan dan

peningkatan sarana prasarana di fasilitas kesehatan, meskipun masih terdapat kesenjangan yang perlu diperbaiki untuk mencapai yang ideal sesuai standar UHC (UHC2010, 2018).

## **I. Kerangka Pikir**

Kerangka pikir penelitian ini diawali dengan identifikasi masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang. Masalah utama mencakup tiga aspek: pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan. Dari sisi pembiayaan, terdapat keterbatasan anggaran, beban pembiayaan yang tinggi, serta tantangan dalam mengintegrasikan berbagai sumber dana untuk menjaga keberlanjutan program. Pada aspek aksesibilitas, ketimpangan infrastruktur kesehatan dan distribusi tenaga kesehatan menjadi kendala utama, khususnya di wilayah pinggiran dan pinggiran, yang membuat masyarakat kesulitan mengakses layanan kesehatan. Sementara itu, pada aspek kualitas layanan, lonjakan peserta UHC menyebabkan keterbatasan kapasitas rumah sakit dan puskesmas, terutama dalam hal ketersediaan sumber daya manusia (SDM) dan fasilitas kesehatan yang memadai.

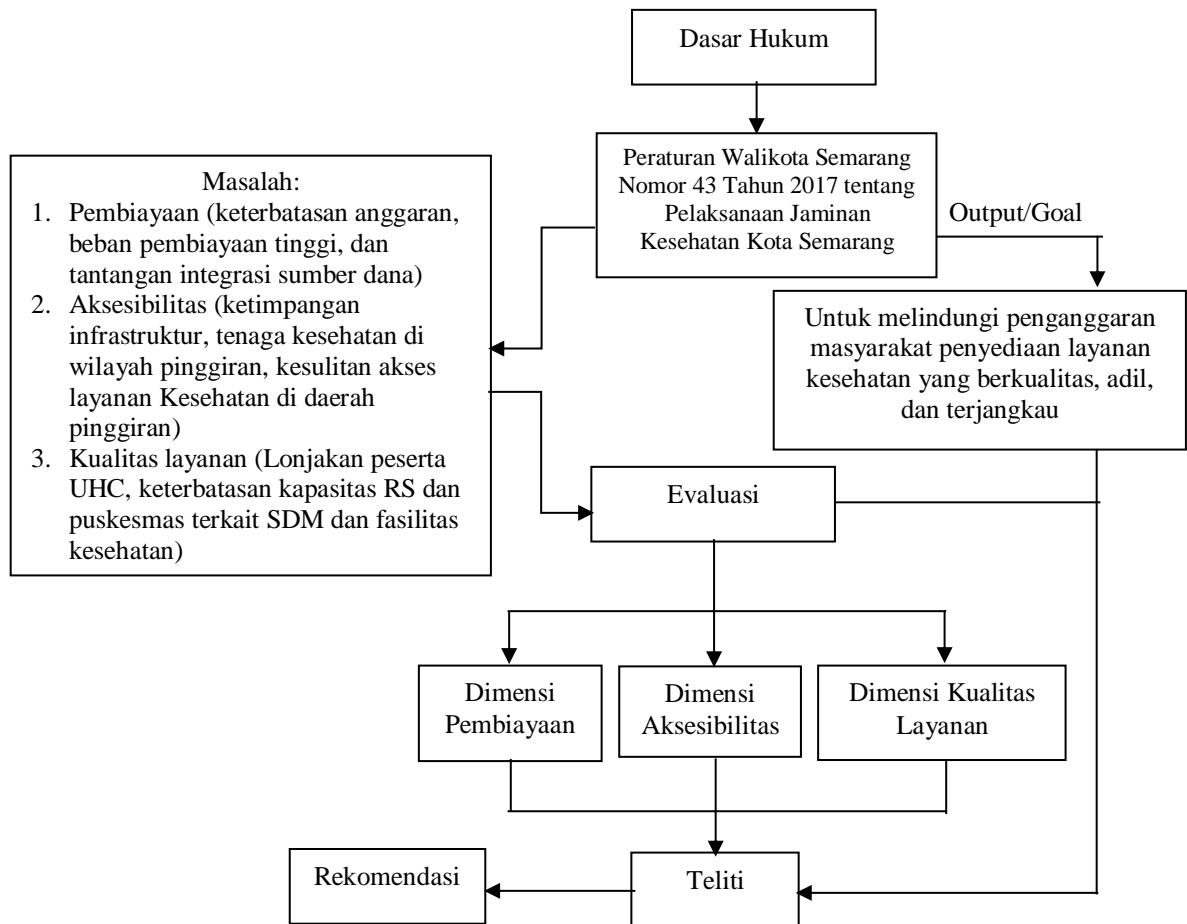
Dasar hukum pelaksanaan kebijakan UHC di Kota Semarang adalah Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Peraturan ini memberikan kerangka legal bagi pemerintah untuk melindungi penganggaran dan memastikan penyediaan layanan kesehatan yang adil, terjangkau, dan berkualitas bagi masyarakat. Dengan adanya landasan hukum tersebut, kebijakan UHC diharapkan mampu mengatasi kendala yang

diidentifikasi, sekaligus memperluas cakupan dan meningkatkan efektivitas layanan kesehatan.

Proses evaluasi kebijakan dilakukan dengan mengacu pada tiga dimensi utama: pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan. Evaluasi dimensi pembiayaan bertujuan untuk mengukur sejauh mana alokasi anggaran, pembagian beban, dan pengelolaan sumber daya mampu mendukung program UHC secara optimal. Dimensi aksesibilitas dievaluasi untuk mengidentifikasi hambatan geografis, ketersediaan infrastruktur, serta distribusi tenaga kesehatan yang memengaruhi akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Sementara itu, evaluasi dimensi kualitas layanan difokuskan pada efektivitas pelayanan, kelayakan fasilitas, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang sesuai standar, meskipun menghadapi lonjakan jumlah pasien.

Hasil evaluasi dari ketiga dimensi ini menjadi dasar untuk merumuskan rekomendasi kebijakan yang lebih efektif dan berkelanjutan. Rekomendasi ini bertujuan untuk memperbaiki kelemahan yang ada, seperti meningkatkan alokasi anggaran, memperbaiki distribusi tenaga kesehatan, serta memastikan peningkatan kualitas fasilitas dan layanan kesehatan. Dengan demikian, implementasi UHC di Kota Semarang diharapkan tidak hanya memperluas akses layanan kesehatan, tetapi juga menjamin bahwa layanan tersebut berkualitas tinggi dan merata bagi seluruh masyarakat.

Gambaran kerangka pikir dapat disajikan pada bagan sebagai berikut :



**Gambar 2. 3 Kerangka Pikir**

### BAB III METODE PENELITIAN

#### A. Fokus Penelitian

**Tabel 3. 1 Fokus Penelitian**

No	Perspektif/ Dimensi sebagai Fokus	Sub Fokus	Uraian Sub Fokus sebagai Indikator		
1	Perspektif Pembiayaan	Alokasi anggaran kesehatan	Proporsi anggaran kesehatan terhadap APBD. Proporsi anggaran untuk UHC dari total anggaran kesehatan.		
		Efisiensi penggunaan anggaran	Rasio anggaran yang digunakan untuk layanan kesehatan primer dibandingkan dengan layanan rujukan.		
		Kontribusi masyarakat	Persentase masyarakat yang aktif membayar iuran BPJS. Jumlah tunggakan iuran BPJS oleh peserta.		
		Keberlanjutan finansial	Tren kenaikan atau penurunan biaya kesehatan dalam lima tahun terakhir.		
		2	Perspektif Aksesibilitas	Cakupan kepesertaan	Persentase penduduk Kota Semarang yang terdaftar sebagai peserta BPJS. Jumlah kelompok rentan (misalnya masyarakat miskin) yang tercover dalam program UHC.
Ketersediaan fasilitas kesehatan	Jumlah dan distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di seluruh wilayah Kota Semarang. Rasio tenaga medis terhadap jumlah penduduk (dokter, perawat, bidan).				
	Pemanfaatan layanan	Jumlah kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan. Persentase masyarakat yang menggunakan layanan UHC			
Hambatan akses		Waktu tempuh ke fasilitas kesehatan terdekat. Biaya transportasi ke fasilitas kesehatan. Tingkat literasi kesehatan masyarakat.			
	3	Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan		Infrastruktur dan peralatan	Kondisi fisik fasilitas kesehatan (bangunan, ruang perawatan, kebersihan). Ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial.
					Kompetensi Tenaga Medis
Kepuasan pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil layanan. Jumlah keluhan pasien terkait pelayanan kesehatan.				

## **B. Definisi Operasional**

Operasional variabel adalah konsep yang digunakan dalam penelitian untuk mendefinisikan variabel secara jelas dan terukur. Dalam konteks penelitian ilmiah, variabel operasional merujuk pada cara-cara spesifik yang digunakan untuk mengukur atau mengamati suatu variabel dalam dunia nyata. Proses ini penting untuk memastikan bahwa variabel yang digunakan dalam penelitian dapat diukur dengan cara yang konsisten dan dapat dipahami oleh semua pihak yang terlibat. Dengan kata lain, operasionalisasi variabel memungkinkan peneliti untuk menghubungkan teori dengan data empiris yang dapat dianalisis, sehingga penelitian menjadi lebih objektif dan terukur. Definisi operasional indikator pada penelitian ini antara lain:

### **1. Perspektif Pembiayaan**

#### **a. Sub Fokus: Alokasi Anggaran Kesehatan**

**Definisi Operasional:** Mengukur proporsi dana yang dialokasikan untuk sektor kesehatan dalam APBD. Hal ini mencakup pembagian anggaran antara kesehatan secara umum dan anggaran khusus untuk *Universal Health Coverage (UHC)*. Indikatornya yaitu:

- 1) Proporsi anggaran kesehatan terhadap APBD: Persentase anggaran yang disediakan untuk sektor kesehatan dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).
- 2) Proporsi anggaran untuk UHC dari total anggaran kesehatan: Persentase anggaran kesehatan yang dialokasikan khusus untuk program UHC dibandingkan dengan total anggaran kesehatan.

**b. Sub Fokus: Efisiensi Penggunaan Anggaran**

**Definisi Operasional:** Mengukur sejauh mana anggaran yang ada digunakan secara efisien untuk layanan kesehatan, terutama dalam membandingkan anggaran yang dialokasikan untuk layanan primer dan rujukan. Indikatornya yaitu: Rasio anggaran untuk layanan kesehatan primer dibandingkan layanan rujukan: Persentase dana yang digunakan untuk mendukung layanan kesehatan primer (seperti Puskesmas) dibandingkan dengan layanan rujukan (seperti rumah sakit).

**c. Sub Fokus: Kontribusi Masyarakat**

**Definisi Operasional:** Mengukur tingkat partisipasi masyarakat dalam sistem pembiayaan kesehatan, khususnya melalui iuran BPJS Kesehatan. Indikatornya yaitu:

- 1) Persentase masyarakat yang aktif membayar iuran BPJS: Prosentase penduduk yang membayar iuran BPJS secara tepat waktu dari jumlah peserta BPJS di wilayah tersebut.
- 2) Jumlah tunggakan iuran BPJS oleh peserta: Total nilai iuran BPJS yang belum dibayar oleh peserta dalam periode tertentu.

**d. Sub Fokus: Keberlanjutan Finansial**

**Definisi Operasional:** Menilai kestabilan dan keberlanjutan biaya kesehatan dalam jangka panjang dengan memperhatikan tren kenaikan atau penurunan biaya perawatan. Indikatornya yaitu: Tren kenaikan atau penurunan biaya kesehatan dalam lima tahun terakhir: Perubahan tahunan

dalam biaya perawatan kesehatan yang menunjukkan apakah ada peningkatan atau penurunan biaya dalam periode lima tahun terakhir.

## **2. Perspektif Aksesibilitas**

### **a. Sub Fokus: Cakupan Kepesertaan**

**Definisi Operasional:** Mengukur tingkat partisipasi penduduk dalam program jaminan kesehatan nasional, yaitu BPJS, serta aksesibilitas program untuk kelompok rentan. Indikatornya yaitu:

- 1) Persentase penduduk yang terdaftar sebagai peserta BPJS: Jumlah penduduk yang telah terdaftar dalam program BPJS dibandingkan dengan total populasi.
- 2) Jumlah kelompok rentan yang tercover dalam program UHC: Jumlah individu dalam kelompok rentan (seperti miskin, lansia, dan penyandang disabilitas) yang mendapatkan perlindungan dari program UHC.

### **b. Sub Fokus: Ketersediaan Fasilitas Kesehatan**

**Definisi Operasional:** Mengukur sejauh mana fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, klinik, dan rumah sakit tersedia dan tersebar di wilayah Kota Semarang, serta kecukupan tenaga medis.

Indikatornya adalah:

- 1) Jumlah dan distribusi fasilitas kesehatan: Jumlah total fasilitas kesehatan dan sebarannya di seluruh wilayah Kota Semarang.

- 2) Rasio tenaga medis terhadap jumlah penduduk: Jumlah tenaga medis (dokter, perawat, bidan) dibandingkan dengan jumlah penduduk di wilayah tersebut.

**c. Sub Fokus: Pemanfaatan Layanan**

**Definisi Operasional:** Mengukur sejauh mana masyarakat memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia, khususnya dalam program UHC.

Indikatornya adalah:

- 1) Jumlah kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan: Total jumlah kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan (seperti Puskesmas, rumah sakit) dalam periode tertentu.
- 2) Persentase masyarakat yang menggunakan layanan UHC: Persentase penduduk yang memanfaatkan layanan kesehatan yang dibiayai oleh UHC.

**d. Sub Fokus: Hambatan Akses**

**Definisi Operasional:** Mengidentifikasi faktor-faktor yang menghalangi masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan, termasuk waktu tempuh, biaya transportasi, dan tingkat literasi kesehatan. Indikatornya adalah:

- 1) Waktu tempuh ke fasilitas kesehatan terdekat: Waktu yang diperlukan oleh penduduk untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat dari tempat tinggal mereka.
- 2) Biaya transportasi ke fasilitas kesehatan: Biaya rata-rata yang dikeluarkan oleh masyarakat untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat.

- 3) Tingkat literasi kesehatan masyarakat: Tingkat pemahaman masyarakat mengenai informasi kesehatan yang relevan.

### **3. Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan**

#### **a. Sub Fokus: Infrastruktur dan Peralatan**

**Definisi Operasional:** Mengukur kualitas fisik fasilitas kesehatan dan ketersediaan alat medis yang diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang memadai. Indikatornya adalah:

- 1) Kondisi fisik fasilitas kesehatan: Evaluasi terhadap kebersihan, kenyamanan, dan fasilitas fisik (seperti ruang perawatan) yang tersedia di fasilitas kesehatan.
- 2) Ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial: Tersedianya alat medis yang memadai dan obat-obatan yang diperlukan untuk mendukung pelayanan kesehatan yang optimal.

#### **b. Sub Fokus: Kompetensi Tenaga Medis**

**Definisi Operasional:** Mengukur kemampuan tenaga medis dalam memberikan layanan berkualitas melalui pelatihan dan sertifikasi yang dimiliki. Indikatornya adalah:

- 1) Jumlah tenaga medis yang memiliki sertifikasi atau pelatihan tambahan: Jumlah tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan atau mendapatkan sertifikasi tambahan untuk meningkatkan kompetensi mereka.

- 2) Rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien: Perbandingan antara jumlah tenaga medis dengan jumlah pasien yang dilayani untuk mengukur beban kerja tenaga medis.
- 3) Indeks profesionalisme (berdasarkan survei kepuasan pasien): Indeks yang mengukur profesionalisme tenaga medis berdasarkan persepsi dan kepuasan pasien.

**c. Sub Fokus: Kepuasan Pasien**

**Definisi Operasional:** Mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan kesehatan yang diterima, termasuk waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil layanan. Indikatornya adalah:

- 1) Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil layanan: Persentase pasien yang puas dengan waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelayanan, sikap tenaga medis, serta hasil pengobatan atau perawatan yang diterima.
- 2) Jumlah keluhan pasien terkait pelayanan kesehatan: Jumlah keluhan atau komplain yang diterima dari pasien mengenai pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan.

**C. Pendekatan Penelitian**

Penelitian *Evaluasi Kebijakan Universal Health Coverage (UHC): Perspektif Pembiayaan, Akses, dan Kualitas Layanan Kesehatan Kota Semarang*, pendekatan yang digunakan dirancang secara komprehensif untuk mengintegrasikan berbagai metode dan teknik analisis yang relevan dengan tujuan

penelitian. Pendekatan ini melibatkan metode kuantitatif, kualitatif, serta analisis kebijakan untuk mengevaluasi kebijakan UHC dari tiga perspektif utama.

Pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengukur efektivitas kebijakan UHC secara empiris melalui pengumpulan dan analisis data numerik. Data yang Dikumpulkan meliputi :

1. Data anggaran dan pengeluaran terkait UHC dari APBD Kota Semarang dan BPJS Kesehatan.
2. Indikator aksesibilitas layanan, seperti jumlah fasilitas kesehatan, rasio dokter terhadap penduduk, dan waktu tunggu pasien.
3. Survei kepuasan pasien terhadap kualitas layanan kesehatan.

Teknik Analisis yang digunakan adalah analisis statistik deskriptif untuk memahami tren anggaran dan efektivitas pembiayaan. Pendekatan kualitatif digunakan untuk memahami persepsi dan pengalaman para pemangku kepentingan terkait implementasi UHC.

#### **D. Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data yang dipergunakan pada peniltian ini adalah:

1. Wawancara mendalam dilakukan dengan pemangku kebijakan, manajemen fasilitas kesehatan, dan peserta UHC sebanyak 10 orang informan dari
2. Penyebaran kuesioner: ini melibatkan masyarakat pengguna layanan kesehatan untuk mendapatkan wawasan tentang perspektif umum dari aspek pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan kesehatan. Jumlah responden penelitian ini sebanyak 100 orang.

3. Observasi Partisipatif yaitu pengamatan langsung di fasilitas kesehatan untuk memahami dinamika operasional dan interaksi antara pasien dan tenaga medis
4. Studi Dokumentasi yaitu peninjauan dokumen kebijakan, peraturan daerah, dan laporan tahunan terkait implementasi UHC.

Teknik Analisis yang digunakan adalah analisis tematik untuk mengidentifikasi pola-pola utama dalam data kualitatif, seperti hambatan dalam aksesibilitas dan persepsi kualitas layanan. Pendekatan kebijakan dilakukan bertujuan untuk mengevaluasi kebijakan UHC secara sistematis dengan mempertimbangkan konteks lokal Kota Semarang.

1. Kerangka Evaluasi Menggunakan kerangka evaluasi kebijakan publik seperti model *Context-Input-Process-Product (CIPP)* untuk mengevaluasi konteks, input kebijakan, proses implementasi, dan hasil kebijakan.
2. Fokus Analisis:
  - a. Kesesuaian kebijakan dengan kebutuhan masyarakat lokal.
  - b. Efisiensi dan efektivitas pelaksanaan kebijakan.
  - c. Dampak kebijakan terhadap kelompok rentan.

Penelitian ini menggabungkan hasil analisis kuantitatif dan kualitatif untuk memberikan pandangan yang lebih lengkap melalui : Triangulasi Data yaitu membandingkan hasil wawancara, survei, dan data sekunder untuk memvalidasi temuan. Mengintegrasikan hasil dari semua dimensi (pembiayaan, akses, dan kualitas) untuk menghasilkan rekomendasi strategis yang berkelanjutan.

## **E. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian ini adalah Kota Semarang, yang merupakan ibu kota Provinsi Jawa Tengah dan salah satu kota besar di Indonesia dengan kompleksitas sistem pelayanan kesehatan yang beragam. Pemilihan Kota Semarang sebagai lokasi penelitian didasarkan pada beberapa alasan utama. Pertama, Kota Semarang memiliki tingkat urbanisasi yang cukup tinggi, yang menciptakan dinamika berbeda dalam penyediaan dan pemanfaatan layanan kesehatan dibandingkan dengan daerah lain. Kota ini juga menghadapi tantangan ketimpangan akses antara kawasan pusat kota yang relatif maju dan kawasan pinggiran yang masih terbatas infrastrukturnya. Kedua, sebagai kota metropolitan, Semarang memiliki populasi yang heterogen, mencakup berbagai kelompok sosial ekonomi yang memberikan variasi dalam tingkat kebutuhan dan kemampuan masyarakat untuk memanfaatkan layanan kesehatan.

Selain itu, Kota Semarang telah mengimplementasikan kebijakan UHC melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dengan regulasi lokal seperti Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017. Hal ini membuat kota ini menjadi kasus studi yang relevan untuk mengevaluasi keberhasilan pelaksanaan UHC, terutama dalam konteks pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan kesehatan. Ketiga, Semarang memiliki sejumlah rumah sakit rujukan dan puskesmas sebagai bagian dari infrastruktur kesehatan yang mencerminkan sistem kesehatan di kota besar. Terdapat tantangan signifikan terkait lonjakan peserta JKN, keterbatasan kapasitas fasilitas kesehatan, serta

distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, yang relevan untuk dievaluasi dalam penelitian ini.

Dengan mempertimbangkan faktor-faktor tersebut, Kota Semarang memberikan konteks yang ideal untuk mengkaji sejauh mana kebijakan UHC mampu menjawab tantangan urban dan memenuhi kebutuhan masyarakat di berbagai tingkat sosial ekonomi. Studi ini diharapkan dapat memberikan gambaran empiris yang dapat dijadikan rujukan untuk perbaikan kebijakan UHC, tidak hanya di Semarang, tetapi juga di daerah lain dengan karakteristik serupa.

#### **F. Sumber Data**

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan yang relevan, seperti pejabat Dinas Kesehatan Kota Semarang, perwakilan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, tenaga medis dari fasilitas kesehatan yang melayani pasien UHC, serta masyarakat yang menjadi pengguna layanan UHC. Data sekunder mencakup dokumen-dokumen kebijakan, laporan tahunan Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, serta literatur yang berkaitan dengan UHC dan implementasinya di Indonesia. Kombinasi kedua sumber data ini akan memberikan pemahaman yang komprehensif tentang kebijakan UHC di Kota Semarang.

## **G. Sampel dan Teknik Sampling**

### **1. Populasi Kuantitatif**

Populasi kuantitatif penelitian ini adalah semua Peserta program BPJS Kesehatan di Kota Semarang (baik dari kategori PBI maupun non-PBI) sebanyak 1.715.524 peserta (Desember 2024)

### **2. Sampel Kuantitatif**

Sampel kuantitatif penelitian ini adalah 100 Peserta program BPJS Kesehatan di Kota Semarang (baik dari kategori PBI maupun non-PBI)

### **3. Teknik Sampling Kuantitatif**

#### *a. Stratified Random Sampling:*

Sampel masyarakat dibagi berdasarkan kategori peserta BPJS (PBI dan non-PBI) untuk memastikan representasi dari setiap kelompok.

#### *b. Cluster Sampling:* Fasilitas kesehatan dikelompokkan berdasarkan wilayah administratif Kota Semarang (kecamatan) untuk mendapatkan distribusi yang merata.

### **4. Ukuran Sampel:**

#### *a.* Menggunakan rumus Slovin untuk menentukan ukuran sampel masyarakat, dengan margin of error sebesar 5%.

#### *b.* Untuk fasilitas kesehatan, diambil 20–30% dari total populasi fasilitas kesehatan yang relevan.

### **5. Populasi Kualitatif**

Populasi penelitian kualitatif meliputi:

- a. Pemangku kebijakan UHC di Kota Semarang yaitu Dinas Kesehatan yang terdiri dari SubKor Jaminan Kesehatan, verifikator UHC dan manajemen BPJS Kesehatan
- b. Tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas) khususnya pemegang program UHC Puskesmas
- c. Masyarakat yang menggunakan layanan kesehatan di bawah kebijakan UHC.

#### **6. Sampel Kualitatif**

Sampel dipilih berdasarkan relevansi dan keterwakilan, meliputi:

- a. 10 informan utama dari pihak pemerintah, BPJS Kesehatan, dan manajemen fasilitas Kesehatan (puskesmas)
- b. 10 informan tambahan dari kelompok masyarakat pengguna layanan UHC.

#### **7. Teknik Sampling Kualitatif**

- a. *Purposive Sampling*: Informan dipilih berdasarkan kriteria tertentu, seperti peran dalam implementasi UHC (misalnya pejabat dinas, pengelola fasilitas kesehatan, atau kelompok masyarakat rentan).

#### **H. Teknik Pengumpulan Data**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif untuk mengevaluasi kebijakan UHC secara komprehensif. Teknik pengumpulan data disesuaikan dengan pendekatan masing-masing, sebagai berikut:

## **1. Teknik Pengumpulan Data Kuantitatif**

- a. Survei Kuisioner. Survei dilakukan untuk mengumpulkan data dari peserta UHC di Kota Semarang, baik yang berasal dari kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun non-PBI. Tujuannya mengukur aksesibilitas layanan kesehatan, kepuasan pasien, dan persepsi masyarakat terhadap pembiayaan dan kualitas layanan UHC. Alat yang Digunakan : (1) kuisioner terstruktur dengan skala Likert (misalnya untuk mengukur kepuasan dan kualitas) dan (2) Pertanyaan pilihan ganda untuk mendapatkan informasi tentang aksesibilitas dan penggunaan layanan. Jumlah responden yaitu sebanyak 100 orang responden.
- b. Pengumpulan Data Sekunder. Menggunakan data yang sudah tersedia dari sumber resmi, seperti laporan tahunan Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan Badan Pusat Statistik (BPS). Tujuannya menganalisis alokasi anggaran, distribusi fasilitas kesehatan, rasio tenaga medis, dan indikator kesehatan masyarakat. Sumberdata Laporan APBD Kota Semarang. Dan Statistik BPJS terkait cakupan peserta dan klaim kesehatan.

## **2. Teknik Pengumpulan Data Kualitatif**

- a. Wawancara Mendalam (*In-depth Interview*). Dilakukan dengan pemangku kepentingan utama, seperti pejabat Dinas Kesehatan, manajemen BPJS Kesehatan, tenaga medis, dan masyarakat pengguna layanan. Tujuannya mendapatkan pemahaman mendalam tentang

implementasi kebijakan UHC, tantangan dalam pelaksanaannya, dan dampaknya terhadap masyarakat.

- b. *Focus Group Discussion* (FGD) yaitu diskusi kelompok terarah dengan masyarakat pengguna layanan UHC dan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pandangan kolektif. Tujuannya mengidentifikasi hambatan dan usulan solusi untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan. Pesertanya perwakilan kelompok masyarakat (PBI dan non-PBI) dan perwakilan dari Puskesmas dan rumah sakit. Jumlah peserta FGD yang dilakukan di Puskesmas Kedungmundu pada tanggal 05 Februari 2025 adalah sebanyak 57 orang dan puskesmas ngresep pada tanggal 20 Februari 2025 adalah sebanyak 50 orang.
- c. Observasi lapangan yaitu pengamatan langsung di fasilitas kesehatan untuk memahami dinamika operasional dan interaksi antara pasien dan tenaga medis. Tujuannya mendapatkan data tentang pengalaman pasien, kondisi fasilitas, dan proses layanan secara real-time.
- d. Studi Dokumentasi yaitu peninjauan dokumen kebijakan, peraturan daerah, dan laporan tahunan terkait implementasi UHC. Tujuannya mendapatkan konteks kebijakan dan analisis kebijakan yang telah berjalan.

## **I. Teknik Analisis Data**

Untuk menganalisis data yang diperoleh dari pendekatan kuantitatif dan kualitatif, digunakan teknik analisis yang sesuai dengan karakteristik data. Berikut adalah rincian teknik analisis yang digunakan:

## 1. Analisis Statistik Deskriptif

Tujuan mendeskripsikan karakteristik data kuantitatif adalah untuk memberikan gambaran yang jelas dan terukur mengenai berbagai aspek yang menjadi fokus penelitian. Dalam konteks akses layanan kesehatan, deskripsi ini mencakup distribusi geografis, demografi pengguna layanan, dan proporsi masyarakat yang memanfaatkan fasilitas kesehatan. Data kuantitatif juga membantu mengidentifikasi pola-pola spesifik, seperti kesenjangan akses di antara wilayah perkotaan dan pedesaan atau tingkat penggunaan layanan berdasarkan kelompok usia atau status ekonomi. Dengan memahami karakteristik data ini, peneliti dapat mengidentifikasi area yang membutuhkan perhatian lebih untuk meningkatkan cakupan layanan kesehatan.

Selain itu, analisis karakteristik data kuantitatif pada indikator seperti kepuasan pasien dan alokasi anggaran kesehatan memungkinkan peneliti menilai efektivitas sistem kesehatan. Data tentang kepuasan pasien dapat mencakup dimensi seperti waktu tunggu, kualitas pelayanan, dan keramahan tenaga medis. Sementara itu, deskripsi alokasi anggaran kesehatan melibatkan proporsi dana yang dialokasikan untuk layanan primer, rujukan, atau program khusus seperti UHC. Informasi ini penting untuk mengevaluasi apakah sumber daya telah digunakan secara efisien dan memberikan manfaat yang maksimal bagi masyarakat. Dengan demikian, deskripsi karakteristik data kuantitatif menjadi dasar yang kuat

untuk pengambilan keputusan dan pengembangan kebijakan berbasis bukti.

## 2. Analisis Visualisasi Data

Analisis visualisasi data adalah proses menyajikan informasi kuantitatif dalam bentuk grafik, tabel, atau diagram untuk memudahkan interpretasi hasil dan menyampaikan temuan secara efektif. Visualisasi ini membantu menggambarkan pola, tren, atau perbandingan data secara lebih intuitif dibandingkan penyajian dalam format teks. Misalnya, grafik batang dapat digunakan untuk menunjukkan distribusi anggaran kesehatan, diagram lingkaran untuk memvisualisasikan proporsi kepuasan pasien, atau tabel untuk merangkum indikator akses layanan. Dengan cara ini, audiens dapat memahami data secara cepat dan akurat, sehingga mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti.

## 3. Analisis Triangulasi

Analisis triangulasi adalah metode yang digunakan untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas data dalam penelitian dengan menggabungkan berbagai pendekatan atau perspektif. Metode ini banyak digunakan dalam penelitian kualitatif untuk memastikan hasil yang lebih akurat dan terpercaya. Denzin (1978) mengidentifikasi empat jenis triangulasi: data, peneliti, teori, dan metode. Dengan menggabungkan berbagai sumber, teori, atau metode, triangulasi meminimalkan bias dan memberikan gambaran yang lebih holistik tentang fenomena yang diteliti.

Triangulasi data melibatkan penggunaan berbagai sumber data untuk menganalisis fenomena yang sama, seperti wawancara, observasi, dan dokumen resmi. Studi Carter et al. (2014) menunjukkan bahwa triangulasi data dapat meningkatkan validitas internal penelitian karena data yang diverifikasi dari berbagai sumber cenderung lebih akurat. Sementara itu, triangulasi metode menggabungkan lebih dari satu metode penelitian, baik kualitatif maupun kuantitatif, untuk memberikan gambaran yang lebih lengkap dan mendalam. Pendekatan ini, seperti yang dijelaskan oleh Bryman (2006), memungkinkan peneliti untuk mengintegrasikan kelebihan kedua metode dan meningkatkan kualitas penelitian.

Penggunaan triangulasi dalam penelitian memiliki beberapa implikasi penting, termasuk peningkatan validitas, penguatan interpretasi data, pengurangan bias, dan pemahaman fenomena yang lebih holistik. Triangulasi memperkuat validitas temuan karena data yang diperoleh diverifikasi melalui berbagai pendekatan (Carter et al., 2014). Selain itu, triangulasi memberikan kerangka yang lebih kaya untuk menginterpretasikan data dan membantu mengurangi bias yang mungkin timbul dari keterbatasan metode tunggal (Bryman, 2006). Meskipun demikian, penggunaan triangulasi membutuhkan sumber daya dan waktu yang lebih banyak, sehingga penerapannya harus direncanakan dengan cermat untuk memastikan efisiensi dan efektivitasnya dalam penelitian.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Objek Penelitian**

##### **1. Loket UHC Dinas Kesehatan Kota Semarang**

Pelayanan loket UHC Dinas Kesehatan Kota Semarang beralamat di Mall Pelayanan Publik (MPP) JL. Mangkang Kulon Kecamatan Tugu, kompleks terminal mangkang lantai 2 Kota Semarang. Loket UHC melayani seluruh masyarakat Kota Semarang tanpa melihat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), pelayanan terdiri dari pendaftaran UHC, re-aktivasi UHC non-aktif yang digunakan untuk berobat di puskesmas dan rumah sakit, cek kepesertaan JKN dan penonaktifan peserta UHC. Untuk syarat pengajuan pendaftaran peserta UHC yaitu KK-KTP Kota Semarang yang sudah berdomisili selama 6 bulan, surat domisili RT RW setempat, mengisi formulir pengajuan, bersedia menerima pelayanan FKTP (puskesmas), bersedia menerima pelayanan rawat inap rumah sakit di kelas 3.

Aksesibilitas loket UHC yang berada di MPP mangkang menjadi hambatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah Kecamatan Genuk, Kecamatan Tembalang, Kecamatan Gunungpati dan Kecamatan Mijen sehingga membutuhkan biaya dan waktu untuk mendapatkan pelayanan loket UHC yang berada di MPP mangkang. Kualitas layanan di loket UHC MPP membutuhkan waktu tunggu yang lumayan lama karena jumlah petugas yang terbatas.

## 2. Puskesmas Mijen

Puskesmas Mijen beralamat di JL. RM. Hadisoebeno. No 5, Tambangan, Kec. Mijen, Kota Semarang, Jawa Tengah 50215. Wilayah barat Semarang yang bersifat semi-rural dengan topografi perbukitan dan beberapa daerah terpencil. Wilayah kerjanya mencakup populasi berpenghasilan menengah ke bawah, termasuk pekerja informal dan petani. Akses transportasi ke beberapa dusun masih terbatas, terutama saat musim hujan, sehingga mempengaruhi mobilitas masyarakat menuju fasilitas kesehatan. Puskesmas ini menjadi tulang punggung layanan kesehatan primer, meliputi Posyandu, kesehatan lingkungan, dan program promotif-preventif, dengan tantangan utama berupa cakupan wilayah yang luas dan kondisi geografis yang tidak merata.

Puskesmas ini berfungsi sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) di Kecamatan Mijen, dan menyediakan layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang semuanya didukung oleh program *Universal Health Coverage* (UHC) melalui PBI-APBD, memungkinkan warga Semarang mendapatkan layanan kesehatan gratis. Puskesmas ini aktif dalam kegiatan seperti imunisasi HPV dan skrining kesehatan. Profil kesehatan tahunan yang tersedia di situs resmi Dinas Kesehatan Kota Semarang memberikan data penting tentang jumlah pasien, jenis layanan, dan pembiayaan, yang relevan untuk mengevaluasi aspek UHC.

Dari perspektif pembiayaan, Puskesmas Mijen menghadapi tantangan struktural yang kompleks. Sebagai fasilitas kesehatan primer,

puskesmas ini sangat bergantung pada dana kapitasi dari BPJS Kesehatan yang besarnya ditentukan oleh jumlah peserta terdaftar. Mayoritas penduduknya yang bekerja sebagai buruh tani atau petani dengan pendapatan tidak tetap dan tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan dua masalah utama: pertama, tingginya proporsi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang membutuhkan layanan intensif, dan kedua, potensi tunggakan iuran dari peserta mandiri yang kesulitan membayar secara konsisten. Hal ini menciptakan ketimpangan antara besaran dana yang diterima dengan biaya operasional yang diperlukan untuk menjangkau dan melayani populasi yang tersebar dan rentan, sehingga berpotensi membatasi alokasi dana untuk pengembangan layanan dan peningkatan kualitas sumber daya manusia.

Aksesibilitas menjadi hambatan dalam pelayanan kesehatan di wilayah Mijen terutama di Kelurahan Wonoplumbon. Jarak yang jauh dari puskesmas dan kondisi geografis yang berbukit langsung membatasi mobilitas masyarakat, terutama bagi kelompok lansia yang dominan sebagai pasien potensial. Faktor ini diperparah dengan kondisi infrastruktur yang kurang mendukung, dimana angkutan umum yang jarang ada, sehingga masyarakat harus mengeluarkan biaya transportasi yang tidak sedikit relatif dengan pendapatan mereka. Kombinasi antara jarak, keterbatasan transportasi, dan populasi lansia ini menciptakan hambatan akses yang hampir tak teratasi, menyebabkan banyak masyarakat, khususnya di daerah seperti Wonoplumbon, memilih untuk tidak berobat atau mencari pengobatan alternatif yang belum tentu tepat hingga kondisinya parah.

Kualitas layanan di Puskesmas Mijen merupakan dampak lanjutan dari permasalahan pembiayaan dan akses. Lama waktu tunggu yang dikeluhkan pasien adalah konsekuensi langsung dari rasio tenaga kesehatan yang tidak seimbang dengan jumlah penduduk dan luasnya wilayah cakupan. Pelayanan yang dianggap kurang ramah seringkali berakar pada beban kerja (*workload*) yang berlebihan dan kelelahan (*burnout*) pada tenaga kesehatan, yang harus melayani volume pasien tinggi dengan sumber daya terbatas. Selain itu, keterbatasan alat diagnostik dasar, yang akhirnya mempengaruhi efektivitas dan akurasi penanganan pertama, serta berpotensi menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap kompetensi puskesmas.

Secara keseluruhan, Puskesmas Mijen terjebak dalam siklus masalah sistemik: pembiayaan terbatas menghasilkan layanan yang terbatas, yang kemudian diperparah oleh hambatan akses geografis, dan berujung pada persepsi kualitas yang rendah. Untuk memutus siklus ini, diperlukan intervensi yang tidak konvensional dan langsung menjangkau masyarakat. Solusi paling strategis dan inovatif adalah dengan mengoptimalkan dan memodernisasi Puskesmas Keliling (Pusling). Pusling tidak hanya menjadi jawaban atas masalah aksesibilitas dengan membawa layanan dasar (pemeriksaan, obat-obatan, konseling) langsung ke pelosok desa seperti Wonoplumbon, tetapi juga menjadi alat yang efektif untuk promotif-preventif dan pendataan kesehatan warga. Dengan memanfaatkan mobil yang sudah dimodifikasi dengan peralatan dasar, tenaga kesehatan dapat menjangkau lansia dan kelompok rentan di lokasi mereka, sehingga mengurangi beban

antrian di puskesmas induk dan memungkinkan tenaga kesehatan di puskesmas utama memberikan layanan yang lebih berkualitas dan berpusat pada pasien (*patient-centered*) dengan waktu yang lebih memadai.

### **3. Puskesmas Gunung Pati**

Puskesmas Gunung Pati beralamat di Jl. Mr. Wuryanto No.38, Plalangan, Kec. Gunung Pati, Kota Semarang, Jawa Tengah 50221. Puskesmas ini terletak di wilayah perbukitan Kecamatan Gunung Pati, melayani 11 kelurahan. Wilayah kerja puskesmas ini terletak di wilayah pinggiran Semarang yang sedang berkembang pesat, dengan karakteristik populasi heterogen, termasuk mahasiswa, penduduk lokal, dan pendatang baru. Keberadaan kampus-kampus besar seperti UNDIP dan UNNES menambah dinamika demografi, di mana terdapat fluktuasi penduduk akibat mobilitas mahasiswa. Puskesmas ini melayani volume kunjungan yang cukup tinggi dengan variasi kasus kesehatan, mulai dari penyakit akut hingga kronis. Namun, pertumbuhan penduduk yang cepat tidak selalu diimbangi dengan peningkatan kapasitas layanan, sehingga berpotensi menimbulkan ketimpangan antara kebutuhan dan ketersediaan fasilitas.

Sebagai bagian dari UHC, puskesmas ini menawarkan layanan kesehatan dasar gratis, termasuk pemeriksaan kesehatan rutin dan program vaksinasi. Kehadiran situs web dan media sosial menunjukkan upaya untuk meningkatkan akses informasi kesehatan. Meskipun data spesifik tentang pembiayaan dan kualitas layanan terbatas, puskesmas ini kemungkinan

memiliki laporan serupa dengan puskesmas lain di Semarang, yang dapat digunakan untuk analisis UHC.

Dari sisi pembiayaan, tantangan utama adalah ketidaksesuaian antara kapitasi dan volume kunjungan, terutama karena banyaknya kunjungan non-esensial yang sebenarnya dapat ditangani di Posyandu atau Pustu. Masalah administrasi kepesertaan JKN juga muncul akibat mobilitas tinggi mahasiswa yang sering berpindah domisili, sehingga data kepesertaan tidak selalu terupdate. Selain itu, keterlambatan pencairan dana dari BPJS Kesehatan dapat mengganggu operasional harian, termasuk pembelian obat dan perawatan fasilitas. Hal ini berisiko mengurangi kualitas layanan jika tidak dikelola dengan baik.

Aksesibilitas Puskesmas Gunung Pati secara fisik relatif lebih baik dibanding Mijen, tetapi masih ada hambatan di wilayah Sekaran daerah bangkong terutama pada lansia sakit yang tidak mempunyai keluarga sehingga tidak ada yang mengantar ke puskesmas, selain itu antrian panjang dan waktu tunggu yang lama terutama di poli umum menjadi masalah utama akibat tingginya jumlah kunjungan. Masyarakat di wilayah ini cenderung lebih melek kesehatan, sehingga ada kecenderungan untuk langsung mengakses rumah sakit atau klinik swasta meskipun tanpa rujukan, terutama jika persepsi mereka terhadap kualitas puskesmas kurang positif. Selain itu, mahasiswa pendatang seringkali kurang memahami prosedur JKN, termasuk pentingnya memiliki kartu peserta aktif dan mekanisme rujukan berjenjang.

Kualitas layanan di Puskesmas Gunung Pati juga terkendala oleh kepadatan pasien yang tinggi, sehingga waktu konsultasi menjadi terbatas. Fasilitas yang tersedia, seperti ruang periksa dan laboratorium sederhana, seringkali tidak mencukupi untuk melayani permintaan yang terus meningkat. Koordinasi dengan rumah sakit rujukan juga perlu ditingkatkan agar sistem rujukan berjalan lebih efektif dan mengurangi beban puskesmas dalam menangani kasus kompleks.

#### **4. Puskesmas Rowosari**

Puskesmas Rowosari beralamat di Jl.Prof. Soeharso Kel.Meteseh Kec.Tembalang Kota Semarang di Kecamatan Tembalang. Kawasan Tembalang relatif lebih perkotaan dan berkembang pesat di Semarang bagian selatan. Wilayah ini dekat dengan pusat pendidikan dan kesehatan, termasuk rumah sakit besar, sehingga masyarakatnya cenderung lebih teredukasi dan memiliki ekspektasi tinggi terhadap layanan kesehatan. Puskesmas ini melayani populasi dengan tingkat ekonomi beragam, termasuk kelas menengah yang lebih kritis dalam menilai kualitas pelayanan. Fasilitasnya relatif lebih lengkap dibanding puskesmas di daerah semi-rural, tetapi tantangan utamanya adalah memenuhi tuntutan masyarakat akan standar pelayanan yang setara dengan klinik swasta.

Puskesmas ini melayani populasi yang bervariasi, dengan kepadatan tertinggi di Kelurahan Rowosari. Puskesmas ini menyediakan layanan kesehatan primer dalam kerangka UHC, termasuk konsultasi dan skrining kesehatan. Penelitian tentang kualitas layanan di puskesmas ini menunjukkan

bahwa meskipun pelayanan secara umum baik, aspek seperti fasilitas fisik dan keandalan masih perlu ditingkatkan. Profil kesehatan yang tersedia memberikan data demografi dan layanan yang berguna untuk evaluasi UHC.

Dari sisi pembiayaan, Puskesmas Rowosari menghadapi paradoks yang kompleks. Sebagai ujung tombak program JKN/KIS, puskesmas ini mengandalkan dana kapitasi dari BPJS yang besarnya ditentukan oleh jumlah peserta terdaftar. Dengan jumlah penduduk yang lebih besar di wilayah kerjanya, secara teori dana yang masuk seharusnya mampu menopang operasional. Namun, realitanya, besaran kapitasi seringkali tidak sebanding dengan volume dan kompleksitas layanan yang harus diberikan, terutama untuk penanganan penyakit kronis seperti TB Paru. Tantangan pembiayaan semakin berat karena tingginya permintaan layanan justru berpotensi menurunkan kualitas jika tidak diimbangi dengan pengelolaan anggaran yang sangat efisien dan inovatif, misalnya dengan mengalokasikan dana lebih untuk merekrut tenaga kesehatan tambahan guna mengurangi beban kerja.

Dalam hal aksesibilitas, Puskesmas Rowosari berada pada posisi yang unik. Secara geografis, akses menuju lokasi mungkin mudah dijangkau, tetapi akses non-fisik justru menjadi hambatan utama. Pola pikir masyarakat yang lebih mempercayai pemuka agama atau pengobatan alternatif sebelum datang ke fasilitas kesehatan formal menciptakan hambatan sosio-kultural yang signifikan. Hal ini berdampak pada keterlambatan penanganan medis, terutama untuk penyakit menular seperti TB Paru. Selain itu, akses juga dinodai oleh pengalaman buruk pasien mengenai antrian yang lama dan

pelayanan yang dianggap tidak ramah, yang kemudian menyebar melalui word of mouth dan semakin mengurangi minat masyarakat untuk memanfaatkan layanan puskesmas sebagai faskes primer pertama.

Kualitas layanan di Puskesmas Rowosari adalah titik kritis yang paling banyak mendapat keluhan. Inti permasalahannya bersumber pada dua hal: sumber daya manusia dan infrastruktur. Keluhan tentang pelayanan yang tidak ramah dan antrian yang panjang adalah indikator langsung dari beban kerja berlebih yang ditanggung tenaga kesehatan akibat rasio tenaga medis yang tidak seimbang dengan jumlah penduduk. Ketiadaan dokter spesialis membatasi kapasitas puskesmas dalam menangani kasus-kasus kompleks, sehingga seringkali hanya berfungsi sebagai pemberi rujukan. Fenomena pasien TB yang tidak mau menggunakan masker memperlihatkan dua kegagalan: pertama, lemahnya edukasi dan pengawasan dari pihak puskesmas, dan kedua, rendahnya kesadaran kesehatan masyarakat yang mungkin disebabkan oleh pendekatan komunikasi yang kurang efektif.

Secara keseluruhan, Puskesmas Rowosari adalah cerminan dari tantangan klasik sistem kesehatan primer di daerah urban: permintaan layanan yang tinggi tidak diimbangi dengan kapasitas dan sumber daya yang memadai, sehingga berujung pada penurunan kualitas dan kepuasan. Untuk keluar dari lingkaran ini, dibutuhkan intervensi yang menasar akar permasalahan. Inovasi teknologi seperti aplikasi PUSTAKA (Puskesmas Tanpa Antrian) bisa menjadi solusi tepat guna untuk mengatasi keluhan antrian panjang. Dengan sistem ini, masyarakat dapat mengambil nomor

antrian secara daring, mengurangi kepadatan di lokasi, dan meningkatkan efisiensi waktu. Namun, keefektifan PUSTAKA harus didukung oleh perubahan mendasar: peningkatan kapasitas dan empati tenaga kesehatan melalui pelatihan berkelanjutan, serta kolaborasi strategis dengan pemuka agama setempat untuk melakukan pendekatan kesehatan yang kultural, sehingga dapat membangun kepercayaan dan mendorong perubahan perilaku sehat di masyarakat.

## **B. Hasil Penelitian**

### **1. Profil Responden**

Hasil analisis kuantitatif menyajikan potret objektif terkait akses layanan kesehatan, pola distribusi pemanfaatan, serta tingkat efektivitas sistem yang diterapkan. Temuan statistik yang diperoleh dirangkum pada bagian berikut untuk mendukung keputusan berbasis bukti:

**Tabel 4. 1 Umur, Pendidikan, Pekerjaan Utama, Jumlah Anggota Keluarga, dan Pendapatan Responden**

Umur		Jumlah	Persentase
1	25-35 tahun	14	14,00%
2	36-45 tahun	20	20,00%
3	45-55 tahun	39	39,00%
4	> 56 tahun	27	27,00%
Pendidikan			
1	SMP	12	12,00%
2	SMA	35	35,00%
3	Diploma	24	24,00%
4	S1	29	29,00%
Pekerjaan Utama			
1	Wiraswasta	19	19,00%
2	Karyawan Swasta	34	34,00%

3	PNS	27	27,00%
4	TNI/POLRI	20	20,00%
Anggota Keluarga			
1	2 Orang	17	17,00%
2	3 Orang	23	23,00%
3	4 Orang	31	31,00%
4	> 4 Orang	29	29,00%
Penghasilan per hari			
1	< Rp 50.000	18	18,00%
2	Rp 51.000 - Rp 150.000	36	36,00%
3	Rp151.000 - Rp 300.000	24	24,00%
4	> Rp 301.000	22	22,00%

Sumber : Data primer, 2025

Distribusi usia responden memperlihatkan kecenderungan dominasi kelompok usia 45–55 tahun, yang mencakup 39% dari total partisipan. Proporsi yang tinggi pada rentang usia ini mengindikasikan bahwa sebagian besar responden berada pada fase puncak produktivitas, yang biasanya ditandai oleh kestabilan ekonomi dan pengalaman kerja yang lebih panjang. Kondisi ini secara potensial berkontribusi pada kemampuan mereka dalam memanfaatkan layanan kesehatan, baik yang disediakan oleh skema *Universal Health Coverage* (UHC) maupun sumber pendanaan mandiri.

Kehadiran signifikan responden berusia lebih dari 56 tahun (27%) mencerminkan bahwa sebagian besar dari kelompok ini tengah menghadapi transisi menuju masa pensiun. Konteks demografis tersebut memiliki implikasi penting, mengingat keterbatasan pendapatan tetap pasca-pensiun dapat memengaruhi preferensi dan frekuensi akses layanan kesehatan, terutama terkait biaya tambahan di luar cakupan UHC dan tantangan transportasi menuju fasilitas kesehatan.

Kelompok usia 36–45 tahun yang mencakup 20% responden berperan sebagai jembatan antara generasi muda dan generasi mendekati masa pensiun. Profil usia ini sering kali memiliki tanggungan keluarga sekaligus tanggung jawab ekonomi yang tinggi, sehingga pertimbangan efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan menjadi lebih relevan.

Jumlah responden usia 25–35 tahun yang relatif kecil (14%) dapat mencerminkan tingkat partisipasi yang lebih rendah dalam survei. Fenomena ini mungkin dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu persepsi kebutuhan layanan kesehatan yang masih rendah pada usia muda, serta keterbatasan pengetahuan terkait program UHC. Rendahnya representasi kelompok ini menjadi catatan penting bagi pembuat kebijakan dalam upaya meningkatkan literasi kesehatan dan kesadaran tentang pentingnya perlindungan jaminan kesehatan sejak dini.

Pola distribusi usia responden menunjukkan relevansi yang erat dengan tujuan penelitian, terutama dalam mengevaluasi penyelenggaraan program UHC di Kota Semarang. Persepsi, pengalaman, dan kemampuan finansial yang bervariasi antar kelompok usia menjadi faktor determinan dalam menilai aksesibilitas, pembiayaan, dan kualitas layanan kesehatan yang tersedia.

Dalam aspek pendidikan, mayoritas responden memiliki latar belakang pendidikan menengah, dengan proporsi lulusan SMA mencapai 35% dari keseluruhan peserta. Kondisi ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan menengah merupakan kategori dominan di antara responden. Sebanyak 29% responden berpendidikan Sarjana (S1), dan 24% lainnya merupakan lulusan

Diploma, sehingga lebih dari separuh responden tercatat memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan SMA. Sebaliknya, hanya 12% responden yang berpendidikan SMP, yang merupakan kelompok dengan proporsi paling kecil.

Distribusi tingkat pendidikan ini memiliki implikasi yang signifikan terhadap penelitian, khususnya dalam menilai faktor-faktor yang memengaruhi aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan. Responden dengan pendidikan Diploma dan S1 umumnya memiliki literasi kesehatan yang lebih baik, sehingga lebih mampu memahami hak dan prosedur dalam program UHC, termasuk mekanisme pendaftaran BPJS, pemilihan fasilitas kesehatan, serta prosedur klaim pelayanan. Responden dengan latar belakang pendidikan SMP berpotensi menghadapi hambatan dalam memahami informasi administrasi maupun kebijakan pembiayaan kesehatan, yang pada akhirnya dapat mengurangi akses terhadap layanan yang optimal.

Tingkat pendidikan turut memengaruhi persepsi terhadap mutu layanan. Responden dengan pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki ekspektasi yang lebih kritis dan kemampuan menilai kualitas pelayanan secara lebih objektif. Sebaliknya, responden dengan pendidikan rendah mungkin lebih mudah menerima kekurangan layanan tanpa melakukan pengaduan atau upaya perbaikan. Dalam konteks kebijakan PANGERAN DIPONEGORO, temuan ini menjadi dasar penting untuk merumuskan strategi edukasi dan sosialisasi yang adaptif, sehingga kelompok masyarakat berpendidikan rendah pun dapat

memperoleh informasi secara lebih mudah dan meningkatkan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan yang tersedia.

Mengenai sisi pekerjaan utama, kelompok karyawan swasta merupakan kategori terbesar, dengan jumlah 34 responden atau 34% dari total partisipan. Temuan ini menunjukkan bahwa sektor swasta menjadi sumber mata pencaharian dominan dalam populasi penelitian. Selain itu, sebanyak 27% responden bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS), yang mencerminkan keterwakilan signifikan sektor pemerintahan. Responden yang berprofesi sebagai anggota TNI/POLRI tercatat sebesar 20%, sedangkan kelompok wiraswasta mencakup 19% responden, yang menunjukkan adanya preferensi terhadap usaha mandiri di antara sebagian partisipan.

Karakteristik pekerjaan ini memiliki relevansi langsung dengan tujuan penelitian, terutama dalam konteks pembiayaan dan aksesibilitas layanan kesehatan dalam skema *Universal Health Coverage* (UHC). Responden yang bekerja sebagai PNS maupun anggota TNI/POLRI pada umumnya memperoleh jaminan kesehatan dari negara, yang memberi mereka akses lebih stabil dan terjamin terhadap layanan kesehatan. Sebaliknya, karyawan swasta, terutama yang berpenghasilan tidak tetap, berpotensi menghadapi kendala finansial dalam memenuhi kewajiban iuran maupun membiayai layanan di luar cakupan UHC. Kondisi serupa juga dapat dialami oleh wiraswasta, mengingat pendapatan mereka yang cenderung fluktuatif dan tidak selalu mencukupi untuk pengeluaran kesehatan mendadak.

Perbedaan kondisi pekerjaan ini menjadi faktor yang signifikan dalam memengaruhi persepsi, preferensi, dan kemampuan responden dalam mengakses layanan kesehatan secara optimal. Kelompok pekerja formal dengan jaminan kesehatan yang stabil umumnya memiliki akses yang lebih terjamin, sedangkan pekerja swasta maupun wiraswasta berpotensi menghadapi hambatan finansial dan administratif. Oleh karena itu, upaya strategis seperti penyediaan subsidi, penyederhanaan prosedur pendaftaran jaminan kesehatan, serta program edukasi terkait literasi kesehatan dan perencanaan keuangan menjadi penting untuk mengurangi kesenjangan akses di antara kelompok pekerjaan yang berbeda.

Berdasarkan jumlah anggota keluarga, sebagian besar responden memiliki empat anggota keluarga, dengan proporsi sebesar 31% dari total partisipan. Selain itu, sebanyak 29% responden tinggal dalam rumah tangga dengan lebih dari empat anggota keluarga, yang mengindikasikan bahwa keluarga besar cukup umum di kalangan responden. Sementara itu, 23% responden tercatat memiliki tiga anggota keluarga, sedangkan kelompok dengan dua anggota keluarga merupakan yang paling sedikit, yaitu 17%.

Distribusi ini menunjukkan bahwa mayoritas responden hidup dalam keluarga dengan jumlah anggota yang relatif banyak, yang secara potensial memengaruhi pola pengeluaran rumah tangga dan alokasi kebutuhan ekonomi, termasuk pembiayaan layanan kesehatan. Jumlah anggota keluarga memiliki relevansi yang erat dengan aksesibilitas program jaminan kesehatan, karena keluarga besar cenderung menghadapi beban pengeluaran yang lebih tinggi,

terutama ketika beberapa anggota membutuhkan layanan kesehatan dalam waktu yang bersamaan. Kondisi ini dapat memaksa rumah tangga untuk memprioritaskan pengeluaran pada kebutuhan dasar, seperti pangan dan pendidikan, sehingga akses terhadap layanan kesehatan berkualitas mungkin menjadi terbatas.

Sebaliknya, keluarga kecil dengan dua hingga tiga anggota biasanya memiliki fleksibilitas keuangan yang lebih besar dalam membiayai layanan tambahan atau memilih fasilitas kesehatan dengan mutu yang lebih tinggi. Perbedaan karakteristik ini menjadi faktor penting dalam merumuskan kebijakan intervensi yang lebih responsif terhadap kebutuhan rumah tangga dengan beban tanggungan yang bervariasi, agar kualitas dan pemerataan layanan kesehatan dapat terjaga tanpa menimbulkan tekanan ekonomi yang berlebihan.

Terkait dengan aspek penghasilan per hari, kelompok responden dengan pendapatan antara Rp51.000 hingga Rp150.000 merupakan kategori terbanyak, mencakup 36% dari total responden. Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan berada dalam kelompok pendapatan menengah-bawah. Sementara itu, sebanyak 24% responden memiliki penghasilan harian antara Rp151.000 hingga Rp300.000, dan 22% lainnya memperoleh pendapatan lebih dari Rp301.000 per hari. Di sisi lain, kelompok berpenghasilan kurang dari Rp50.000 per hari mencapai 18%, yang menegaskan masih adanya sebagian responden dalam kondisi ekonomi rentan.

Distribusi pendapatan ini mencerminkan variasi tingkat kesejahteraan ekonomi di antara responden, dengan dominasi kelompok berpenghasilan menengah. Tingkat penghasilan tersebut memiliki relevansi yang erat dengan pembiayaan, aksesibilitas, dan persepsi kualitas layanan kesehatan. Responden berpenghasilan rendah (<Rp50.000) kemungkinan menghadapi hambatan finansial dalam membayar iuran jaminan kesehatan maupun biaya transportasi menuju fasilitas layanan, sehingga akses tetap terbatas meskipun layanan disediakan. Sebaliknya, kelompok berpenghasilan tinggi (>Rp301.000) memiliki peluang lebih besar untuk memilih layanan kesehatan swasta ketika menilai kualitas program UHC belum memadai, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap ketimpangan pengalaman pelayanan.

Kelompok berpenghasilan menengah-bawah, yang menjadi mayoritas, berperan sebagai indikator penting efektivitas program jaminan kesehatan. Jika kelompok ini masih menghadapi kendala finansial maupun persepsi negatif terhadap kualitas layanan, maka hal tersebut menunjukkan perlunya penyesuaian kebijakan agar program yang dilaksanakan dapat lebih inklusif, adaptif, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat dengan kemampuan ekonomi terbatas.

## **2. Hasil Penilaian Penyelenggaraan Program UHC dalam Perspektif Pembiayaan, Aksesibilitas dan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Kota Semarang.**

### **a. Perspektif Pembiayaan**

Pembiayaan *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan pilar utama dalam mewujudkan sistem kesehatan yang adil dan merata, di mana setiap

individu memiliki akses terhadap layanan kesehatan bermutu tanpa menghadapi kesulitan finansial. Perspektif pembiayaan dalam UHC tidak hanya menekankan pada besarnya alokasi dana, tetapi juga pada prinsip keadilan distribusi, efisiensi penggunaan sumber daya, dan keberlanjutan fiskal jangka panjang. Keberhasilan pembiayaan UHC bergantung pada sejauh mana pemerintah mampu mengelola anggaran secara transparan, memperluas sumber pendanaan, serta memastikan bahwa investasi kesehatan berdampak nyata terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Hasil penelitian menunjukkan hasil sebagaimana tabel dibawah ini:

**Tabel 4. 2 Persepsi tentang Anggaran Kesehatan (UHC) di Kota Semarang**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Proporsional	5	5.0	5.0	5.0
	Tidak Proporsional	16	16.0	16.0	21.0
	Proporsional	69	69.0	69.0	90.0
	Sangat Proporsional	10	10.0	10.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari P 1

Tingginya proporsi responden yang menilai anggaran UHC sudah proporsional menunjukkan tingkat kepercayaan publik yang cukup kuat terhadap manajemen keuangan kesehatan di Kota Semarang. Kondisi ini berpotensi memperkuat legitimasi pemerintah daerah dalam mengembangkan program-program berbasis UHC yang lebih inovatif. Angka minoritas yang masih merasa anggaran belum proporsional mengisyaratkan adanya ketimpangan persepsi, yang mungkin berakar dari ketidakmerataan distribusi manfaat atau kurangnya transparansi dalam proses penganggaran.

Persepsi positif ini perlu diupayakan dengan pendekatan strategis berupa transparansi anggaran, pelibatan masyarakat dalam perencanaan program kesehatan, serta penyebarluasan informasi terkait penggunaan dana UHC. Kelompok yang masih kritis dapat lebih memahami dan mendukung kebijakan yang berjalan. Keterbukaan dalam pengelolaan anggaran menjadi kunci untuk meningkatkan rasa keadilan dan partisipasi publik dalam sistem kesehatan daerah.

Aspek kecukupan anggaran menjadi salah satu faktor krusial yang menentukan keberhasilan pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat untuk mencapai tujuan *Universal Health Coverage* (UHC). Cakupan pembiayaan yang memadai tidak hanya mencerminkan komitmen pemerintah terhadap pelayanan kesehatan, tetapi juga berperan penting dalam memastikan aksesibilitas, kualitas, dan keberlanjutan program kesehatan. Analisis terhadap persepsi masyarakat mengenai kecukupan anggaran UHC menjadi penting untuk memahami sejauh mana program ini mampu memenuhi ekspektasi dan kebutuhan riil di lapangan. Hasil penelitian dapat disimak pada tabel berikut :

**Tabel 4. 3 Persepsi tentang Anggaran untuk UHC dari Total Anggaran Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Mencukupi	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Mencukupi	56	56.0	56.0	57.0
	Mencukupi	23	23.0	23.0	80.0
	Sangat Mencukupi	20	20.0	20.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 2

Tingginya proporsi responden yang menilai bahwa cakupan anggaran UHC belum mencukupi kebutuhan masyarakat menunjukkan adanya ketimpangan antara harapan layanan kesehatan dan kapasitas pembiayaan yang

tersedia. Dominasi persepsi negatif mengindikasikan adanya ketidakpuasan yang cukup serius terhadap efektivitas program UHC. Hal ini bahwa meski aspek proporsionalitas dinilai baik, aspek kecukupan anggaran memperlihatkan masih menjadi tantangan utama dalam implementasi kebijakan kesehatan di tingkat lokal.

Kondisi ini menuntut adanya evaluasi lebih mendalam terhadap strategi perencanaan dan alokasi anggaran kesehatan. Pemerintah daerah perlu melakukan optimalisasi sumber pendanaan dan efisiensi penggunaan anggaran agar kebutuhan layanan kesehatan masyarakat dapat terpenuhi secara lebih merata. Memperkuat mekanisme *monitoring* dan *feedback* dari masyarakat guna memastikan bahwa peningkatan anggaran benar-benar berdampak pada aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan.

Ketersediaan anggaran yang memadai bagi layanan kesehatan primer, seperti puskesmas, memegang peranan strategis dalam menjamin akses layanan yang merata, berkualitas, dan berkelanjutan bagi seluruh lapisan masyarakat demi mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). Anggaran yang mencukupi tidak hanya mendukung tersedianya fasilitas dan tenaga medis yang layak, tetapi juga memperkuat kapasitas layanan promotif dan preventif yang menjadi fondasi utama dalam sistem kesehatan berbasis UHC. Oleh karena itu, persepsi masyarakat mengenai kecukupan anggaran bagi puskesmas menjadi indikator penting dalam menilai sejauh mana pemerintah daerah, dalam hal ini Kota Semarang, berkomitmen terhadap penguatan layanan kesehatan dasar. Berikut disajikan hasil tanggapan responden terkait persepsi tersebut:

**Tabel 4. 4 Persepsi Layanan Kesehatan Primer (Puskesmas) dengan Anggaran yang Memadai**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Memadai	2	2.0	2.0	2.0
	Tidak Memadai	21	21.0	21.0	23.0
	Memadai	77	77.0	77.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 3

Mayoritas responden menilai bahwa anggaran untuk layanan kesehatan primer, khususnya puskesmas, di kota mereka telah memadai, mencerminkan persepsi positif terhadap kecukupan pembiayaan fasilitas kesehatan dasar. Sebaliknya, hanya sebagian kecil responden yang menyatakan anggaran sangat tidak memadai, menunjukkan adanya kelompok minoritas yang meragukan kapasitas pembiayaan sistem kesehatan. Persepsi positif yang dominan dapat meningkatkan kepercayaan publik terhadap sistem kesehatan, mendorong partisipasi masyarakat dalam program kesehatan, dan memperkuat legitimasi kebijakan pemerintah. Namun, keberadaan persepsi negatif, meskipun minor, menandakan potensi ketidakpuasan yang dapat melemahkan kepercayaan terhadap efektivitas layanan kesehatan primer jika tidak ditangani.

Hasil ini menunjukkan bahwa pembiayaan kesehatan primer dianggap cukup oleh sebagian besar responden, tetapi persepsi ketidakcukupan anggaran pada sebagian kecil responden mengindikasikan perlunya evaluasi efisiensi alokasi anggaran dan identifikasi kebutuhan dana tambahan. Untuk memperkuat persepsi positif dan mengatasi pandangan negatif, pemerintah perlu meningkatkan transparansi dalam pengelolaan anggaran kesehatan, memastikan alokasi dana yang tepat sasaran, dan mengoptimalkan sumber daya yang ada. Langkah-langkah

seperti pelaporan anggaran yang jelas dan komunikasi publik yang efektif dapat membantu membangun kepercayaan masyarakat serta memastikan bahwa puskesmas dapat memberikan layanan yang berkualitas dan merata, sesuai dengan tujuan *Universal Health Coverage*.

Pembayaran iuran BPJS Kesehatan merupakan komponen krusial dalam mencapai tujuan *Universal Health Coverage* (UHC), yang menuntut partisipasi aktif seluruh lapisan masyarakat dalam sistem jaminan kesehatan nasional. Tunggakan pembayaran iuran dapat menghambat efektivitas program jaminan kesehatan sosial, mengurangi keberlanjutan pembiayaan layanan kesehatan, dan berisiko menurunkan akses masyarakat terhadap layanan medis yang dibutuhkan. Oleh karena itu, pemahaman dan kebiasaan masyarakat dalam membayar tunggakan iuran BPJS menjadi indikator penting untuk mengevaluasi tingkat kepatuhan serta potensi tantangan dalam memastikan akses universal terhadap layanan kesehatan di Indonesia. Tabel berikut menyajikan data terkait pertanyaan mengenai pembayaran tunggakan iuran BPJS oleh responden.

**Tabel 4. 5 Persepsi tentang Tunggakan iuran BPJS**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah Membayar	23	23.0	23.0	23.0
	Kadang Membayar	77	77.0	77.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 4

Mayoritas responden menyatakan bahwa mereka kadang-kadang membayar tunggakan iuran BPJS, menunjukkan adanya kesediaan parsial untuk memenuhi kewajiban pembayaran dalam sistem jaminan kesehatan. Sebaliknya, sebagian kecil responden mengaku tidak pernah membayar tunggakan,

mencerminkan tingkat ketidakpatuhan yang lebih tinggi terhadap program tersebut. Perilaku ini memiliki implikasi signifikan terhadap partisipasi masyarakat dalam sistem jaminan kesehatan, dimana kepatuhan yang tidak konsisten dapat melemahkan keberlanjutan program BPJS, sementara ketidakpatuhan total berpotensi mengurangi cakupan dan efektivitas layanan kesehatan yang diberikan.

Berdasarkan perspektif pembiayaan kesehatan, dominasi perilaku pembayaran tunggakan yang tidak konsisten menunjukkan tantangan dalam menjaga stabilitas keuangan program BPJS, karena tunggakan iuran dapat mengganggu aliran dana yang diperlukan untuk penyediaan layanan kesehatan. Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah perlu menerapkan langkah-langkah seperti meningkatkan edukasi tentang pentingnya kepatuhan pembayaran iuran dan manfaat jaminan kesehatan, serta mempertimbangkan insentif bagi peserta yang konsisten membayar. Dengan memperkuat kesadaran dan motivasi masyarakat, pemerintah dapat meningkatkan partisipasi aktif dalam program BPJS, memastikan keberlanjutan pembiayaan, dan mendukung tercapainya tujuan *Universal Health Coverage*.

Menurut konteks pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC), keberlangsungan sistem pembiayaan menjadi aspek fundamental untuk menjamin akses layanan kesehatan yang merata dan berkelanjutan bagi seluruh masyarakat. Salah satu tantangan utama dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah tingginya angka tunggakan iuran BPJS oleh peserta, yang dapat mengganggu stabilitas keuangan BPJS Kesehatan serta berdampak pada kualitas

dan kesinambungan pelayanan kesehatan. Tunggakan iuran bukan hanya mencerminkan ketidakpatuhan individu terhadap kewajiban finansial, tetapi juga dapat memperburuk beban fasilitas kesehatan dan menghambat pelayanan optimal kepada peserta aktif. Oleh karena itu, persepsi masyarakat terhadap apakah tunggakan iuran menjadi masalah utama dalam pelayanan kesehatan merupakan indikator penting dalam menilai efektivitas dan tantangan implementasi UHC. Tabel berikut menyajikan tanggapan responden terkait isu tersebut.

**Tabel 4. 6 Persepsi tentang Masalah Tunggakan Iuran BPJS**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bermasalah	15	15.0	15.0	15.0
	Bermasalah	70	70.0	70.0	85.0
	Sangat Bermasalah	15	15.0	15.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 5

Sebagian besar responden menganggap tunggakan iuran BPJS sebagai kendala dalam pelayanan kesehatan, mencerminkan pandangan bahwa ketidakpatuhan dalam pembayaran iuran berdampak buruk pada kinerja sistem jaminan kesehatan. Di sisi lain, hanya sebagian kecil responden yang memandang tunggakan sebagai tidak bermasalah atau sangat bermasalah, menunjukkan keragaman persepsi di kalangan masyarakat. Dominasi persepsi negatif ini berpotensi mengurangi kepercayaan publik terhadap sistem jaminan kesehatan, karena tunggakan iuran dapat menghambat penyediaan layanan yang andal dan berkualitas, sehingga memengaruhi tingkat kepercayaan terhadap efektivitas program BPJS.

Ditinjau dari aspek pembiayaan kesehatan, persepsi bahwa tunggakan iuran merupakan masalah utama menggarisbawahi tantangan dalam memastikan

keberlanjutan pendanaan BPJS, mengingat ketidakstabilan dana dapat mengganggu operasional layanan kesehatan. Untuk mengatasi persepsi ini, pemerintah perlu meningkatkan upaya sosialisasi mengenai urgensi kepatuhan pembayaran iuran serta mengembangkan mekanisme penanganan tunggakan, seperti skema pembayaran fleksibel atau penghargaan bagi peserta yang konsisten. Langkah-langkah tersebut dapat mendorong partisipasi masyarakat, menjaga stabilitas pendanaan, dan memperkuat keberlanjutan sistem kesehatan dalam mendukung *Universal Health Coverage*.

Mengacu pada konteks implementasi *Universal Health Coverage* (UHC), salah satu tantangan signifikan yang dihadapi oleh sistem kesehatan adalah peningkatan biaya kesehatan yang dapat mempengaruhi aksesibilitas dan keberlanjutan layanan bagi masyarakat. Peningkatan biaya kesehatan dalam lima tahun terakhir berpotensi membebani peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), terutama bagi mereka yang berada di kelompok ekonomi menengah ke bawah, dan dapat memperburuk ketimpangan dalam akses pelayanan kesehatan. Untuk itu, penting untuk memahami persepsi masyarakat mengenai peningkatan biaya kesehatan, sebagai indikator dari efektivitas UHC dalam menyediakan layanan yang terjangkau dan berkualitas. Tabel berikut menyajikan pandangan responden terkait dengan peningkatan biaya kesehatan dalam kurun waktu lima tahun terakhir.

**Tabel 4. 7 Persepsi Peningkatan Biaya Kesehatan dalam 5 Tahun Terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meningkat	81	81.0	81.0	81.0
	Sangat Meningkatkan	19	19.0	19.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 6

Mayoritas responden merasa bahwa biaya kesehatan telah meningkat dalam lima tahun terakhir, mencerminkan persepsi umum tentang kenaikan beban finansial yang dihadapi masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Sebaliknya, hanya sebagian kecil responden yang menilai biaya kesehatan sangat meningkat, menunjukkan adanya variasi dalam tingkat keparahan persepsi kenaikan biaya. Persepsi dominan ini dapat memperberat beban finansial rumah tangga, terutama bagi kelompok berpenghasilan rendah, dan berpotensi menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan, khususnya jika layanan yang dianggap mahal tidak diimbangi dengan kualitas yang memadai.

Menurut perspektif pembiayaan kesehatan, persepsi kenaikan biaya kesehatan menunjukkan tekanan signifikan pada anggaran rumah tangga dan menimbulkan tantangan bagi keberlanjutan program kesehatan, termasuk dalam kerangka *Universal Health Coverage*. Untuk mengatasi persepsi ini, Pemerintah Kota Semarang perlu mengoptimalkan subsidi kesehatan guna meringankan beban masyarakat, meningkatkan efisiensi layanan kesehatan primer seperti puskesmas, dan melaksanakan edukasi finansial kesehatan untuk membantu masyarakat mengelola biaya kesehatan. Strategi ini dapat mengurangi persepsi kenaikan biaya, meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan yang terjangkau, dan memperkuat kepercayaan publik terhadap sistem kesehatan.

## **b. Perspektif Aksesibilitas**

Aksesibilitas *Universal Health Coverage* (UHC) merujuk pada upaya memastikan bahwa seluruh individu dan komunitas dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas tanpa menghadapi hambatan finansial, geografis, atau sosial. Konsep ini menekankan pentingnya penyediaan layanan kesehatan yang terjangkau, merata, dan efektif bagi semua lapisan masyarakat, terlepas dari status ekonomi, lokasi, atau latar belakang budaya. UHC menjadi pilar fundamental dalam mendukung keadilan sosial, karena akses yang inklusif terhadap kesehatan memperkuat kesejahteraan publik dan mengurangi ketimpangan sosial. Dengan memprioritaskan aksesibilitas, UHC tidak hanya meningkatkan hasil kesehatan masyarakat, tetapi juga berkontribusi pada pembangunan masyarakat yang lebih adil dan berkelanjutan.

Kepesertaan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS PBI APBD (Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) merupakan bagian penting dalam memastikan tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC), yang bertujuan untuk memberikan akses kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat, terutama bagi mereka yang kurang mampu. Program ini bertujuan untuk mengurangi beban biaya kesehatan bagi keluarga miskin dan rentan dengan memberikan iuran yang ditanggung oleh pemerintah daerah. Dalam konteks UHC, penting untuk mengevaluasi sejauh mana masyarakat terdaftar dalam program BPJS PBI APBD, karena tingkat kepesertaan yang tinggi mencerminkan keberhasilan kebijakan ini dalam meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan yang lebih adil. Tabel

berikut menggambarkan seberapa banyak responden atau keluarga mereka yang telah terdaftar dalam program BPJS PBI APBD di wilayah tersebut.

**Tabel 4. 8 Kepesertaan sebagai Peserta BPJS PBI APBD (UHC)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mayoritas Terdaftar	18	18.0	18.0	18.0
	Semua Terdaftar	82	82.0	82.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 7

Sebagian besar responden atau keluarganya telah terdaftar penuh dalam program BPJS PBI APBD (UHC), dengan kategori *Semua Terdaftar* mendominasi dibandingkan kategori *Mayoritas Terdaftar*. Hal ini mengindikasikan bahwa program UHC di Kota Semarang telah berhasil mencapai cakupan yang luas di kalangan masyarakat. Namun, masih adanya responden yang belum sepenuhnya terdaftar menandakan perlunya upaya lebih lanjut untuk memastikan inklusivitas program secara menyeluruh.

Tingginya tingkat pendaftaran dalam program ini mencerminkan kemajuan dalam aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat Kota Semarang. Namun, untuk memperluas jangkauan program, Pemerintah Kota dapat mengoptimalkan strategi seperti meningkatkan sosialisasi, menyederhanakan proses pendaftaran, dan memperkuat diseminasi informasi. Upaya tersebut diharapkan dapat mendorong partisipasi masyarakat yang lebih merata, sehingga tujuan *Universal Health Coverage* (UHC) dapat tercapai secara optimal.

Penjaminan akses kesehatan yang merata dan adil bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk kelompok rentan, merupakan salah satu tujuan utama dari implementasi *Universal Health Coverage* (UHC). Kelompok rentan, seperti ibu

hamil, bayi baru lahir, lansia, penyandang disabilitas, dan orang sakit, memerlukan perhatian khusus dalam sistem layanan kesehatan karena mereka cenderung menghadapi tantangan lebih besar dalam mengakses layanan yang berkualitas. Dalam konteks UHC, penting untuk memastikan bahwa kelompok-kelompok ini tercakup dalam program jaminan kesehatan untuk mencegah ketimpangan dalam pelayanan. Tabel berikut memberikan gambaran mengenai tingkat pengetahuan masyarakat tentang apakah kelompok rentan di wilayah mereka sudah tercover dalam program UHC, yang mencerminkan sejauh mana kesadaran dan pencapaian cakupan jaminan kesehatan bagi kelompok-kelompok tersebut.

**Tabel 4. 9 Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Kelompok Rentan (Ibu Hamil, Bayi Baru Lahir, Lansia, Disabilitas, Orang Sakit) yang Tercover dalam program UHC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	8	8.0	8.0	8.0
	Tahu tetapi Tidak Tercover	19	19.0	19.0	27.0
	Tahu dan Sebagian Tercover	73	73.0	73.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 8

Mayoritas responden memiliki pengetahuan bahwa kelompok rentan di wilayah mereka sebagian telah tercover dalam program UHC, sementara hanya sebagian kecil yang tidak mengetahui sama sekali tentang cakupan tersebut. Hal ini mencerminkan tingkat kesadaran masyarakat yang relatif baik terhadap keberadaan program UHC, meskipun masih terdapat sebagian responden yang menyatakan bahwa kelompok rentan belum tercover. Ketimpangan persepsi ini dapat memengaruhi efektivitas pelaksanaan program UHC di Kota Semarang,

karena keberhasilan program sangat bergantung pada pengetahuan masyarakat mengenai siapa saja yang menjadi sasaran layanan.

Mengacu pada sudut pandang aksesibilitas layanan kesehatan, data ini mengindikasikan bahwa penjangkauan program UHC terhadap kelompok rentan sudah mulai menjangkau masyarakat, tetapi belum sepenuhnya merata. Untuk memastikan bahwa seluruh kelompok rentan memperoleh manfaat secara optimal, Pemerintah Kota Semarang perlu melakukan strategi peningkatan sosialisasi program, memberikan informasi yang lebih terstruktur dan mudah diakses, serta memperluas cakupan layanan UHC secara transparan. Upaya tersebut akan mendorong peningkatan kesadaran masyarakat serta memastikan bahwa kelompok rentan benar-benar mendapatkan perlindungan kesehatan yang mereka butuhkan.

Ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, seperti puskesmas dan rumah sakit, merupakan elemen krusial dalam mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) yang efektif dan berkelanjutan. Jumlah fasilitas kesehatan yang mencukupi akan berdampak langsung pada aksesibilitas layanan, kecepatan penanganan, serta pemerataan pelayanan kesehatan di suatu wilayah. Dalam konteks UHC, kecukupan jumlah fasilitas kesehatan mencerminkan kesiapan infrastruktur daerah dalam memenuhi kebutuhan layanan dasar maupun lanjutan bagi seluruh lapisan masyarakat. Tabel berikut menyajikan persepsi masyarakat mengenai apakah jumlah puskesmas dan rumah sakit di wilayah mereka telah mencukupi, yang dapat menjadi indikator penting dalam mengevaluasi dukungan infrastruktur terhadap implementasi UHC.

**Tabel 4. 10 Jumlah Pemenuhan Puskesmas dan Rumah Sakit**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Tidak Mencukupi	1	1.0	1.0	1.0
Tidak Mencukupi	34	34.0	34.0	35.0
Mencukupi	65	65.0	65.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 9

Kategori dengan jumlah responden terbanyak menyatakan bahwa jumlah Puskesmas dan rumah sakit di wilayah mereka sudah mencukupi, sedangkan kategori dengan jumlah terendah menganggap jumlah fasilitas tersebut sangat tidak mencukupi. Dominasi persepsi yang menyatakan kecukupan fasilitas kesehatan ini mencerminkan pandangan positif masyarakat terhadap ketersediaan layanan kesehatan di Kota Semarang. Namun, masih adanya sekelompok responden yang menilai jumlah fasilitas tidak mencukupi mengindikasikan adanya ketimpangan persepsi, yang dapat mencerminkan perbedaan kondisi geografis atau distribusi fasilitas yang belum merata di seluruh wilayah.

Berdasarkan perspektif aksesibilitas layanan kesehatan, hasil ini menunjukkan bahwa keberadaan fasilitas kesehatan telah mampu menjangkau sebagian besar masyarakat, meskipun belum sepenuhnya merata. Persepsi ketidakcukupan yang masih muncul menunjukkan adanya kebutuhan untuk meninjau kembali distribusi dan kapasitas fasilitas yang ada. Pemerintah Kota Semarang dapat mengambil langkah strategis melalui penambahan unit layanan di wilayah yang padat atau kurang terlayani, optimalisasi distribusi geografis fasilitas, serta peningkatan kualitas dan efisiensi layanan. Pendekatan ini tidak hanya akan memperkuat akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, tetapi juga mengurangi persepsi negatif terkait ketersediaan fasilitas di daerah tertentu.

Ketersediaan tenaga medis yang mencukupi merupakan faktor fundamental dalam pelaksanaan *Universal Health Coverage* (UHC), karena secara langsung memengaruhi akses, mutu, dan kontinuitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Ketimpangan antara jumlah tenaga medis dengan jumlah penduduk dapat menyebabkan berbagai permasalahan, seperti waktu tunggu yang panjang, beban kerja berlebih, serta menurunnya kualitas interaksi antara pasien dan petugas kesehatan. Oleh karena itu, persepsi masyarakat terhadap kecukupan tenaga medis menjadi indikator penting dalam mengevaluasi kapasitas sistem kesehatan lokal. Tabel berikut menyajikan data mengenai pandangan masyarakat tentang apakah jumlah tenaga medis di wilayah mereka sudah mencukupi jika dibandingkan dengan jumlah penduduk.

**Tabel 4. 11 Jumlah Kecukupan Tenaga Medis berbanding Jumlah Pnduduk**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Mencukupi	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Mencukupi	35	35.0	35.0	36.0
	Mencukupi	63	63.0	63.0	99.0
	Sangat Mencukupi	1	1.0	1.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 10

Mayoritas responden menilai jumlah tenaga medis di wilayah mereka sudah mencukupi jika dibandingkan dengan jumlah penduduk, sementara hanya sebagian sangat kecil yang menyatakan tenaga medis sangat tidak mencukupi atau sangat mencukupi. Dominasi persepsi positif ini mencerminkan adanya tingkat kepuasan masyarakat terhadap keberadaan tenaga medis, yang pada gilirannya mendukung persepsi aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan di Kota Semarang. Namun, kehadiran responden yang merasa jumlah tenaga medis belum

mencukupi menunjukkan bahwa masih terdapat tantangan dalam pemerataan distribusi atau beban kerja yang dirasakan tidak seimbang di beberapa wilayah.

Apabila dilihat dari sudut pandang aksesibilitas layanan kesehatan, kecukupan tenaga medis menjadi faktor krusial dalam menjamin pelayanan yang cepat, efektif, dan merata bagi seluruh lapisan masyarakat. Ketimpangan persepsi yang masih muncul menandakan perlunya evaluasi terhadap distribusi dan ketersediaan tenaga medis di berbagai kawasan. Pemerintah Kota Semarang dapat merespons hal ini melalui strategi seperti penambahan rekrutmen tenaga medis, pelatihan dan peningkatan kapasitas profesional, serta pemerataan penempatan sumber daya manusia kesehatan secara geografis. Langkah-langkah ini akan memperkuat sistem layanan kesehatan dan menjawab persepsi ketidakcukupan yang masih dirasakan sebagian masyarakat.

Frekuensi kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan merupakan salah satu indikator penting dalam menilai aksesibilitas dan efektivitas sistem pelayanan kesehatan dalam kerangka *Universal Health Coverage* (UHC). Tingginya tingkat kunjungan dapat mencerminkan keterjangkauan layanan, kepercayaan terhadap fasilitas kesehatan, serta kesadaran masyarakat terhadap pentingnya pemeliharaan kesehatan. Sebaliknya, rendahnya kunjungan dapat mengindikasikan adanya hambatan, baik dari segi geografis, ekonomi, maupun kualitas pelayanan. Oleh karena itu, Tabel berikut menyajikan data mengenai seberapa sering responden mengakses fasilitas kesehatan dalam satu tahun terakhir, yang dapat menjadi dasar untuk mengevaluasi ketercapaian tujuan UHC di wilayah tersebut.

**Tabel 4. 12 Frekuensi Mengunjungi Fasilitas Kesehatan dalam Setahun Terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	10	10.0	10.0	10.0
	1 - 3 kali	12	12.0	12.0	22.0
	4 - 6 kali	63	63.0	63.0	85.0
	Lebih dari 6 kali	15	15.0	15.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 11

Sebagian besar responden menyatakan telah mengunjungi fasilitas kesehatan dengan frekuensi sedang dalam setahun terakhir, sedangkan kategori dengan jumlah paling sedikit berasal dari mereka yang sama sekali tidak melakukan kunjungan. Dominasi pola kunjungan yang aktif ini menunjukkan tingkat pemanfaatan layanan kesehatan yang cukup tinggi di Kota Semarang. Hal ini mengindikasikan bahwa sebagian besar masyarakat memiliki kesadaran terhadap pentingnya akses layanan kesehatan, meskipun masih terdapat sebagian kecil yang tidak memanfaatkan fasilitas yang tersedia.

Berdasarkan perspektif aksesibilitas layanan kesehatan, temuan ini mencerminkan bahwa fasilitas kesehatan di Kota Semarang pada umumnya cukup tersedia dan dapat dijangkau oleh masyarakat. Namun, keberadaan kelompok yang jarang atau tidak pernah melakukan kunjungan perlu diperhatikan, karena dapat mencerminkan hambatan akses, minimnya kebutuhan yang dirasakan, atau kurangnya edukasi terkait pentingnya pemeriksaan kesehatan secara berkala. Oleh karena itu, Pemerintah Kota Semarang dapat memperkuat strategi promosi kesehatan, meningkatkan ketersediaan fasilitas di wilayah yang belum terjangkau, serta mengedukasi masyarakat mengenai pentingnya kunjungan preventif sebagai bagian dari upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

Penggunaan layanan *Universal Health Coverage* (UHC) dalam mengakses fasilitas kesehatan merupakan salah satu komponen krusial dalam menilai sejauh mana masyarakat dapat memanfaatkan program jaminan kesehatan nasional untuk memenuhi kebutuhan medis mereka. Layanan UHC bertujuan untuk memastikan bahwa setiap individu, tanpa terkecuali, dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan biaya terjangkau, baik untuk pencegahan maupun pengobatan. Tabel berikut menyajikan data mengenai sejauh mana responden memanfaatkan layanan UHC saat mengakses fasilitas kesehatan, yang dapat memberikan gambaran tentang tingkat keberhasilan implementasi program jaminan kesehatan di wilayah tersebut serta efektivitasnya dalam menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

**Tabel 4. 13 Frekuensi Penggunaan Layanan UHC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah Menggunakan	10	10.0	10.0	10.0
	Jarang Menggunakan	12	12.0	12.0	22.0
	Sering Menggunakan	63	63.0	63.0	85.0
	Selalu Menggunakan	15	15.0	15.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 12

Kategori yang paling dominan dalam penggunaan layanan UHC saat mengakses fasilitas kesehatan adalah responden yang sering menggunakan layanan tersebut, sedangkan kategori dengan jumlah paling sedikit adalah mereka yang tidak pernah menggunakannya. Dominasi tingkat penggunaan yang tinggi ini mengindikasikan bahwa sebagian besar masyarakat telah mengadopsi program UHC dan memiliki kepercayaan terhadap manfaat yang ditawarkan. Hal ini mencerminkan bahwa program UHC di Kota Semarang telah menjangkau

masyarakat secara luas dan dinilai relevan dalam memenuhi kebutuhan layanan kesehatan.

Mengacu pada sudut pandang aksesibilitas, hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas masyarakat telah menyadari dan mampu memanfaatkan layanan UHC dengan baik. Namun, keberadaan sebagian responden yang masih jarang atau tidak pernah menggunakan layanan tersebut menandakan perlunya perbaikan dalam penyebaran informasi dan pemahaman publik. Pemerintah Kota Semarang dapat memperkuat strategi melalui sosialisasi yang lebih masif terkait manfaat UHC, peningkatan akses terhadap informasi layanan, serta penyederhanaan prosedur administrasi agar lebih mudah dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Dengan demikian, penggunaan layanan UHC dapat ditingkatkan secara lebih merata untuk mendukung akses kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan.

Waktu tempuh yang memadai menuju fasilitas kesehatan menjadi salah satu faktor penting dalam penilaian aksesibilitas layanan kesehatan dalam konteks *Universal Health Coverage* (UHC). Akses yang mudah dan cepat ke fasilitas kesehatan sangat penting untuk memastikan bahwa setiap individu, terutama mereka yang berada dalam kondisi darurat atau membutuhkan perawatan segera, dapat memperoleh layanan tanpa hambatan geografis atau waktu. Tabel berikut menggambarkan persepsi masyarakat mengenai kecukupan waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan terdekat, yang dapat memberikan gambaran mengenai sejauh mana infrastruktur kesehatan di wilayah tersebut mampu menjangkau seluruh

lapisan masyarakat dengan efisien, serta mendukung keberhasilan implementasi UHC dalam menyediakan layanan kesehatan yang inklusif dan merata.

**Tabel 4. 14 Persepsi Waktu Tempuh dalam Layanan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Memadai	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Memadai	32	32.0	32.0	33.0
	Memadai	62	62.0	62.0	95.0
	Sangat Memadai	5	5.0	5.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 13

Kategori persepsi responden yang paling dominan adalah menyatakan bahwa waktu tempuh ke fasilitas kesehatan terdekat sudah memadai, sedangkan kategori yang paling rendah adalah persepsi bahwa waktu tempuh sangat tidak memadai. Dominasi persepsi positif ini mencerminkan bahwa sebagian besar masyarakat merasa akses geografis terhadap fasilitas kesehatan di Kota Semarang sudah cukup baik. Hal ini menjadi indikator penting bagi efektivitas pelayanan kesehatan, karena waktu tempuh yang dianggap memadai berkontribusi terhadap peningkatan kunjungan dan pemanfaatan layanan kesehatan secara optimal.

Berdasarkan perspektif aksesibilitas, temuan ini mengindikasikan bahwa sebagian besar masyarakat telah memiliki kemudahan dalam menjangkau fasilitas kesehatan. Namun, masih terdapat sebagian responden yang merasa waktu tempuh belum memadai, yang menunjukkan adanya ketimpangan distribusi fasilitas atau hambatan transportasi di wilayah tertentu. Untuk itu, Pemerintah Kota Semarang dapat mengambil langkah strategis melalui pembangunan fasilitas kesehatan baru di daerah yang sulit dijangkau, penyediaan layanan transportasi kesehatan yang terintegrasi, atau peninjauan ulang terhadap penyebaran fasilitas

yang ada, guna memastikan setiap warga memiliki akses layanan yang cepat dan merata.

Biaya transportasi yang terjangkau merupakan salah satu elemen kunci dalam memastikan akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan, terutama dalam kerangka *Universal Health Coverage* (UHC). Meskipun akses fisik ke fasilitas kesehatan dapat terjamin, biaya transportasi yang tinggi dapat menjadi hambatan signifikan bagi individu, khususnya bagi mereka yang berasal dari kelompok ekonomi rendah. Tabel berikut menggambarkan persepsi masyarakat mengenai keterjangkauan biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan, yang menjadi indikator penting dalam menilai sejauh mana biaya terkait akses kesehatan dapat diatasi tanpa menambah beban finansial bagi masyarakat. Evaluasi terhadap faktor ini penting untuk mendukung upaya Pemerintah dalam mewujudkan UHC yang inklusif dan mengurangi kesenjangan dalam akses layanan kesehatan.

**Tabel 4. 15 Tingkat Keterjangkauan Biaya Transportasi Menuju Layanan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Tidak Terjangkau	1	1.0	1.0	1.0
Tidak Terjangkau	31	31.0	31.0	32.0
Terjangkau	64	64.0	64.0	96.0
Sangat Terjangkau	4	4.0	4.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 14

Mayoritas responden menilai biaya transportasi ke fasilitas kesehatan sebagian terjangkau, sementara hanya sebagian kecil yang menyatakan biaya tersebut sangat tidak terjangkau. Dominasi persepsi positif ini mencerminkan bahwa secara umum, masyarakat Kota Semarang tidak menghadapi hambatan finansial yang signifikan dalam hal transportasi menuju layanan kesehatan.

Namun, adanya kelompok responden yang masih menganggap biaya transportasi sebagai kendala menunjukkan bahwa faktor ekonomi tetap menjadi pertimbangan penting dalam menjangkau fasilitas kesehatan.

Jika dilihat dari perspektif aksesibilitas, persepsi terhadap keterjangkauan biaya transportasi memiliki pengaruh langsung terhadap kemampuan masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan secara rutin dan tepat waktu. Oleh karena itu, Pemerintah Kota Semarang perlu mempertimbangkan langkah strategis seperti penyediaan transportasi kesehatan bersubsidi, pembangunan fasilitas kesehatan yang lebih dekat dengan permukiman padat penduduk, serta peluncuran program bantuan biaya transportasi bagi masyarakat rentan. Upaya-upaya ini diharapkan dapat meningkatkan akses layanan kesehatan secara merata dan mengurangi hambatan ekonomi yang masih dirasakan sebagian warga.

Pemahaman yang memadai terhadap informasi kesehatan merupakan aspek fundamental dalam keberhasilan implementasi *Universal Health Coverage* (UHC), karena memungkinkan individu membuat keputusan yang tepat terkait pencegahan, pengobatan, dan pemanfaatan layanan kesehatan. Literasi kesehatan yang baik tidak hanya meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap hak dan kewajibannya sebagai peserta sistem jaminan kesehatan, tetapi juga mendorong perilaku hidup sehat dan penggunaan layanan secara optimal. Tabel berikut menyajikan tanggapan responden mengenai sejauh mana mereka merasa memiliki pemahaman yang cukup tentang informasi kesehatan, yang mencerminkan tingkat literasi kesehatan masyarakat sebagai elemen penting dalam mendukung akses yang setara dan berkelanjutan terhadap layanan dalam sistem UHC.

**Tabel 4. 16 Tingkat Pemahaman tentang Informasi Layanan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Kurang	66	66.0	66.0	66.0
	Kurang	20	20.0	20.0	86.0
	Cukup	14	14.0	14.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 15

Sebagian besar responden merasa memiliki pemahaman yang sangat kurang mengenai informasi kesehatan, sementara hanya sebagian kecil yang menilai pemahamannya berada pada tingkat cukup. Dominasi persepsi negatif ini mencerminkan adanya kesenjangan signifikan dalam literasi kesehatan masyarakat Kota Semarang. Rendahnya tingkat pemahaman dapat berdampak pada keterbatasan dalam mengenali kebutuhan kesehatan, mengakses layanan yang tepat, serta mengambil keputusan yang mendukung kesejahteraan individu maupun keluarga.

Menurut sudut pandang aksesibilitas informasi, hasil ini menandakan perlunya peningkatan upaya edukatif yang lebih terarah dan inklusif. Kurangnya pemahaman informasi kesehatan berpotensi menghambat partisipasi masyarakat dalam program promotif dan preventif yang diselenggarakan pemerintah. Oleh karena itu, Pemerintah Kota Semarang perlu menginisiasi kampanye edukasi kesehatan yang masif, menyediakan materi informasi yang sederhana dan mudah dipahami, serta melibatkan tokoh masyarakat atau kader kesehatan dalam menyebarluaskan informasi. Pendekatan ini dapat memperkuat literasi kesehatan dan mendukung peningkatan kualitas hidup masyarakat secara berkelanjutan.

### c. Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan

Kualitas layanan kesehatan dalam kerangka *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan elemen krusial yang menentukan efektivitas upaya mencapai akses kesehatan yang merata dan inklusif bagi seluruh lapisan masyarakat. UHC tidak hanya berfokus pada penyediaan akses layanan kesehatan yang terjangkau, tetapi juga memastikan bahwa layanan tersebut memenuhi standar kualitas tinggi, aman, dan responsif terhadap kebutuhan pasien. Kualitas layanan yang optimal meningkatkan kepuasan masyarakat, memperkuat kepercayaan terhadap sistem kesehatan, dan mendukung keberlanjutan UHC melalui efisiensi dan hasil kesehatan yang lebih baik. Dengan demikian, penekanan pada kualitas layanan dalam UHC menjadi fondasi untuk mewujudkan sistem kesehatan yang adil dan berdaya tahan.

Kondisi fisik fasilitas kesehatan memegang peranan penting dalam memastikan kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dalam konteks *Universal Health Coverage* (UHC). Fasilitas yang memadai tidak hanya berkontribusi pada kenyamanan pasien, tetapi juga berpengaruh langsung pada efektivitas layanan kesehatan yang diterima. Infrastruktur yang baik, termasuk peralatan medis yang berfungsi dengan optimal dan lingkungan yang bersih serta aman, merupakan prasyarat untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Tabel berikut menggambarkan pendapat responden mengenai kondisi fisik fasilitas kesehatan di wilayah mereka, yang mencerminkan seberapa baik fasilitas tersebut memenuhi standar yang dibutuhkan untuk mendukung

tercapainya tujuan UHC, yaitu akses kesehatan yang setara dan berkualitas bagi seluruh masyarakat.

**Tabel 4. 17 Persepsi tentang Kondisi Fisik Fasilitas Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Buruk	2	2.0	2.0	2.0
	Buruk	2	2.0	2.0	4.0
	Baik	69	69.0	69.0	73.0
	Sangat Baik	27	27.0	27.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 16

Sebagian besar responden menilai kondisi fisik fasilitas kesehatan di wilayah mereka dalam kategori baik, sementara hanya sebagian kecil yang memberikan penilaian sangat buruk atau buruk. Persepsi dominan terhadap kualitas fisik yang positif ini mencerminkan tingkat kepercayaan dan kenyamanan masyarakat yang relatif tinggi dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Hal ini menjadi indikator bahwa infrastruktur kesehatan di Kota Semarang secara umum telah memenuhi ekspektasi masyarakat dari segi tampilan dan kelayakan fasilitas.

Berdasarkan perspektif kualitas layanan, kondisi fisik fasilitas yang dinilai baik berkontribusi terhadap pengalaman pasien yang lebih positif dan dapat mendukung efektivitas pelayanan yang diberikan. Namun, keberadaan responden yang masih menilai kondisi fisik sebagai kurang baik menunjukkan perlunya perhatian terhadap fasilitas tertentu yang mungkin belum tersentuh perbaikan. Oleh karena itu, Pemerintah Kota Semarang dapat mengoptimalkan strategi seperti renovasi rutin, peningkatan standar pemeliharaan, serta pengalokasian anggaran infrastruktur yang proporsional untuk memastikan seluruh fasilitas

kesehatan memiliki kondisi fisik yang layak, merata, dan mendukung mutu pelayanan yang optimal.

Ketersediaan alat medis dan obat-obatan yang memadai di fasilitas kesehatan terdekat merupakan aspek penting dalam memastikan tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC). Akses yang cepat dan tepat terhadap perawatan medis yang dibutuhkan sangat bergantung pada ketersediaan sumber daya ini. Tanpa alat medis yang sesuai dan obat-obatan yang lengkap, pelayanan kesehatan tidak dapat diberikan secara optimal, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi kualitas hidup masyarakat dan keberhasilan sistem kesehatan secara keseluruhan. Tabel berikut memberikan gambaran mengenai persepsi responden terhadap ketersediaan alat medis dan obat-obatan di fasilitas kesehatan terdekat mereka, yang mencerminkan sejauh mana fasilitas tersebut mampu memenuhi kebutuhan dasar dalam memberikan layanan kesehatan yang efektif dan efisien sesuai dengan prinsip-prinsip UHC.

**Tabel 4. 18 Ketersediaan Alat Medis dan Obat-Obatan di Fasilitas Kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Tidak Tersedia	2	2.0	2.0	2.0
Tidak Tersedia	3	3.0	3.0	5.0
Tersedia	63	63.0	63.0	68.0
Sangat Tersedia	32	32.0	32.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 17

Sebagian besar responden menilai ketersediaan alat medis dan obat-obatan di fasilitas kesehatan terdekat sebagai sangat tersedia, sementara sebagian kecil menyatakan bahwa ketersediaan tersebut sangat tidak tersedia atau tidak tersedia sama sekali. Persepsi yang dominan terhadap ketersediaan yang memadai ini

menunjukkan bahwa masyarakat Kota Semarang umumnya merasa cukup yakin dengan kemampuan fasilitas kesehatan dalam menyediakan kebutuhan medis yang diperlukan. Hal ini berimplikasi positif terhadap tingkat kepercayaan masyarakat terhadap efektivitas layanan kesehatan yang mereka terima.

Apabila dilihat dari perspektif kualitas layanan, ketersediaan alat medis dan obat-obatan yang memadai sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien dan keberhasilan pengobatan. Ketidaktersediaan barang-barang medis yang vital dapat mempengaruhi kualitas pengobatan dan memperburuk pengalaman pasien. Pemerintah Kota Semarang dapat mengimplementasikan strategi seperti peningkatan pengadaan peralatan medis, pengelolaan stok obat yang lebih efisien, serta pengalokasian anggaran yang lebih besar untuk mendukung logistik kesehatan, guna memastikan ketersediaan alat medis dan obat-obatan yang terus terjaga di seluruh fasilitas kesehatan.

Kemampuan tenaga medis dan petugas UHC yang terlatih dan memadai merupakan faktor kunci dalam keberhasilan implementasi *Universal Health Coverage* (UHC). Tenaga medis yang memiliki keterampilan dan pengetahuan yang sesuai sangat berperan dalam memastikan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Ketersediaan petugas yang terlatih akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien serta keberlanjutan program UHC di suatu wilayah. Tabel berikut memberikan gambaran mengenai persepsi responden terhadap kemampuan tenaga medis dan petugas UHC di wilayah mereka, yang mencerminkan pentingnya penguatan kapasitas tenaga kesehatan dalam mendukung tercapainya tujuan UHC,

yaitu akses universal terhadap pelayanan kesehatan berkualitas bagi seluruh lapisan masyarakat.

**Tabel 4. 19 Tingkat Kemampuan Tenaga Medis Dan Petugas UHC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Memadai	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Memadai	1	1.0	1.0	2.0
	Memadai	76	76.0	76.0	78.0
	Sangat Memadai	22	22.0	22.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 18

Mayoritas responden menilai kemampuan tenaga medis dan petugas UHC di wilayah mereka memadai atau sangat memadai, dengan hanya sedikit yang merasa pelatihan dan kemampuan tenaga medis tersebut sangat tidak memadai atau tidak memadai. Persepsi ini menunjukkan bahwa masyarakat Kota Semarang umumnya memiliki kepercayaan yang cukup tinggi terhadap kompetensi tenaga medis dan petugas UHC, yang dapat meningkatkan kenyamanan dan kepuasan mereka saat mengakses layanan kesehatan. Namun, meskipun mayoritas merasa bahwa kemampuan tenaga medis sudah memadai, sejumlah kecil responden yang merasa tidak puas menandakan adanya potensi kekurangan yang perlu diperhatikan.

Jika dikaitkan dengan kualitas layanan kesehatan, kemampuan tenaga medis yang memadai sangat berpengaruh terhadap pengalaman pasien dan efektivitas pelayanan, terutama dalam memastikan diagnosis yang tepat dan pengobatan yang efektif. Untuk meningkatkan kualitas layanan, Pemerintah Kota Semarang dapat memperkuat program pelatihan dan sertifikasi tenaga medis, memastikan tenaga medis selalu terupdate dengan pengetahuan dan keterampilan

terbaru. Selain itu, merekrut tenaga medis yang terampil dan berkompeten di bidangnya juga dapat menjadi strategi penting dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan mengatasi persepsi negatif terkait kemampuan tenaga medis di wilayah tersebut.

Perbandingan antara jumlah tenaga medis dengan jumlah pasien merupakan salah satu indikator penting dalam menilai kapasitas sistem kesehatan dalam menyediakan layanan yang efektif dan berkualitas dalam kerangka *Universal Health Coverage* (UHC). Ketersediaan tenaga medis yang memadai sangat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan, waktu tunggu, serta pengalaman pasien dalam mengakses layanan kesehatan. Jika jumlah tenaga medis tidak sebanding dengan jumlah pasien, dapat timbul dampak negatif seperti meningkatnya waktu tunggu dan penurunan kualitas pelayanan, yang pada akhirnya mengurangi efektivitas implementasi UHC. Tabel berikut menggambarkan persepsi responden mengenai kecukupan jumlah tenaga medis dibandingkan dengan jumlah pasien di wilayah mereka, yang penting untuk mengevaluasi dan merancang kebijakan kesehatan yang lebih baik dalam mendukung tercapainya tujuan UHC.

**Tabel 4. 20 Jumlah Tenaga Medis Dibandingkan Dengan Jumlah Pasien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Memadai	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Memadai	80	80.0	80.0	81.0
	Memadai	18	18.0	18.0	99.0
	Sangat Memadai	1	1.0	1.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 19

Mayoritas responden merasa jumlah tenaga medis di fasilitas kesehatan tidak memadai dibandingkan dengan jumlah pasien yang ada, sementara hanya sedikit yang merasa jumlah tenaga medis tersebut memadai atau sangat memadai. Persepsi ini menggambarkan adanya kekhawatiran masyarakat terhadap beban kerja tenaga medis yang berpotensi mempengaruhi kualitas layanan yang diterima oleh pasien. Ketidacukupan tenaga medis dapat menyebabkan tingginya tingkat frustrasi di kalangan pasien, berkurangnya kepuasan layanan, dan berpotensi menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan di Kota Semarang.

Menurut sudut pandang kualitas layanan kesehatan, ketidacukupan jumlah tenaga medis dapat berdampak langsung pada peningkatan waktu tunggu pasien, pengurangan perhatian individual terhadap pasien, dan penurunan efektivitas pelayanan. Untuk mengatasi masalah ini, Pemerintah Kota Semarang dapat memperhatikan pentingnya rekrutmen tenaga medis tambahan untuk memenuhi kebutuhan yang ada, serta redistribusi tenaga medis secara merata di seluruh fasilitas kesehatan. Peningkatan efisiensi pelayanan juga dapat dilakukan dengan memperkenalkan sistem manajemen yang lebih baik, termasuk penggunaan teknologi untuk mendukung pelayanan, guna mengurangi beban kerja tenaga medis dan memastikan pelayanan yang lebih efektif bagi pasien.

Profesionalisme petugas dalam memberikan layanan kesehatan merupakan aspek krusial dalam mendukung keberhasilan implementasi *Universal Health Coverage* (UHC), karena berpengaruh langsung terhadap kepuasan dan kepercayaan masyarakat terhadap sistem layanan yang disediakan. Petugas UHC

yang profesional tidak hanya mencerminkan kualitas sumber daya manusia, tetapi juga efektivitas pelaksanaan program yang menjamin akses layanan kesehatan yang adil dan bermutu. Penilaian masyarakat terhadap profesionalisme petugas dapat menjadi indikator penting dalam mengevaluasi keberlanjutan dan perbaikan layanan kesehatan di tingkat lokal. Tabel berikut menyajikan persepsi responden mengenai tingkat kepuasan terhadap profesionalisme petugas UHC di wilayahnya.

**Tabel 4. 21 Tingkat Profesionalisme Petugas UHC dalam Memberikan Pelayanan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Puas	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Puas	2	2.0	2.0	3.0
	Puas	67	67.0	67.0	70.0
	Sangat Puas	30	30.0	30.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 20

Sebagian besar responden merasa puas dengan profesionalisme petugas UHC dalam memberikan pelayanan, meskipun terdapat sedikit responden yang merasa tidak puas. Persepsi yang positif terhadap profesionalisme ini mencerminkan tingkat kepercayaan masyarakat yang cukup tinggi terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas UHC di wilayah Kota Semarang. Kepuasan terhadap profesionalisme petugas berpotensi meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem pelayanan kesehatan dan memperkuat partisipasi mereka dalam program UHC.

Berdasarkan perspektif kualitas layanan kesehatan, profesionalisme petugas memiliki dampak langsung terhadap pengalaman pasien, kepuasan mereka, dan keberlanjutan program UHC itu sendiri. Ketika petugas memberikan

pelayanan dengan sikap profesional, hal ini tidak hanya meningkatkan pengalaman pasien, tetapi juga memperkuat citra program UHC di mata masyarakat. Untuk memastikan kualitas layanan tetap terjaga, Pemerintah Kota Semarang dapat mengimplementasikan strategi seperti pelatihan berkala untuk petugas dalam aspek profesionalisme, peningkatan pengawasan terhadap kinerja petugas, serta menyediakan kanal pengaduan bagi masyarakat untuk menyampaikan keluhan yang dapat ditindaklanjuti secara tepat.

Kepuasan masyarakat terhadap layanan kesehatan merupakan salah satu indikator penting dalam mengevaluasi keberhasilan program *Universal Health Coverage* (UHC), terutama dalam aspek waktu tunggu, sikap petugas, dan kualitas hasil layanan. Ketiga aspek ini mencerminkan efisiensi, humanisme, dan efektivitas sistem layanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat. Waktu tunggu yang singkat, keramahan petugas UHC, serta hasil layanan yang memadai berkontribusi terhadap persepsi positif masyarakat terhadap akses dan mutu layanan yang dijamin oleh UHC. Oleh karena itu, penilaian masyarakat terhadap aspek-aspek tersebut menjadi penting untuk mengetahui sejauh mana pelayanan UHC telah memenuhi harapan publik. Tabel berikut menggambarkan tingkat kepuasan responden terhadap waktu tunggu, keramahan petugas, dan hasil layanan yang mereka terima.

**Tabel 4. 22 Tingkat Kepuasan terhadap Waktu Tunggu, Keramahan Petugas Uhc, Dan Hasil Layanan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Puas	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Puas	56	56.0	56.0	57.0
	Puas	23	23.0	23.0	80.0
	Sangat Puas	20	20.0	20.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 21

Dominasi responden merasa tidak puas dengan waktu tunggu, keramahan petugas UHC, dan hasil layanan yang diterima. Hal ini mencerminkan adanya ketidakpuasan yang signifikan terhadap pengalaman mereka dalam mengakses layanan kesehatan di Kota Semarang. Sebaliknya, sebagian kecil responden merasa puas atau sangat puas, yang menunjukkan adanya persepsi positif dari sebagian masyarakat terhadap aspek-aspek tertentu dari layanan tersebut, meskipun tidak dominan. Ketidakpuasan yang tinggi dapat berpotensi menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem layanan kesehatan, yang pada gilirannya memengaruhi partisipasi dalam program UHC.

Merujuk pada perspektif kualitas layanan kesehatan, waktu tunggu yang lama, keramahan petugas yang kurang, serta hasil layanan yang belum memadai dapat menurunkan kepuasan pasien dan memengaruhi efektivitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Untuk meningkatkan kualitas layanan, Pemerintah Kota Semarang dapat melakukan optimalisasi manajemen antrian untuk mempercepat waktu tunggu, mengadakan pelatihan untuk meningkatkan keramahan petugas, serta memperbaiki kualitas hasil layanan yang diberikan. Langkah-langkah ini diharapkan dapat mengurangi tingkat ketidakpuasan

masyarakat dan meningkatkan pengalaman pasien dalam mendapatkan layanan kesehatan yang lebih baik.

Keluhan yang diajukan oleh masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan dalam program *Universal Health Coverage* (UHC), mencerminkan persepsi dan pengalaman mereka terkait kualitas layanan yang diterima. Frekuensi pengajuan keluhan menjadi indikator penting dalam menilai efektivitas dan keberlanjutan sistem layanan kesehatan, serta memberikan gambaran mengenai area-area yang masih perlu diperbaiki. Dalam konteks UHC, mengidentifikasi dan menangani keluhan dengan cepat dan efektif sangat penting untuk meningkatkan kepuasan peserta dan memastikan bahwa akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas dapat tercapai secara merata. Tabel berikut mengulas frekuensi pengajuan keluhan oleh responden terkait pelayanan kesehatan dan pelayanan UHC di wilayah mereka.

**Tabel 4. 23 Frekuensi Pengajuan Keluhan Oleh Responden Terkait Pelayanan Kesehatan Dan Pelayanan UHC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	26	26.0	26.0	26.0
	Jarang	66	66.0	66.0	92.0
	Sering	8	8.0	8.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Sumber : Diolah dari Pertanyaan P 22

Mayoritas responden jarang mengajukan keluhan terkait pelayanan kesehatan dan pelayanan UHC, sedangkan hanya sebagian kecil yang melaporkan sering mengajukan keluhan. Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun ada ketidakpuasan dalam beberapa aspek layanan, sebagian besar masyarakat cenderung tidak aktif menyampaikan keluhan secara formal.

Rendahnya frekuensi pengaduan juga dapat mencerminkan persepsi masyarakat bahwa mekanisme penyampaian keluhan belum optimal atau kepercayaan terhadap efektivitas tindak lanjut dari pengaduan tersebut masih terbatas.

Mengacu pada perspektif kualitas layanan kesehatan, frekuensi keluhan dapat menjadi indikator penting dalam menilai tingkat kepuasan dan efektivitas pelayanan. Minimnya pengajuan keluhan bukan serta-merta menunjukkan layanan sudah optimal, melainkan bisa jadi menunjukkan keterbatasan akses atau kesadaran masyarakat terhadap hak menyampaikan aspirasi. Oleh karena itu, Pemerintah Kota Semarang dapat meningkatkan aksesibilitas kanal pengaduan, mempercepat respons terhadap keluhan masyarakat, serta memperbaiki kualitas layanan secara menyeluruh. Strategi ini penting untuk membangun sistem layanan yang lebih responsif, transparan, dan berorientasi pada kebutuhan warga.

### **3. Strategi Kolaboratif untuk Penguatan Jaminan Kesehatan**

Dalam kaitannya dengan pencapaian *Strategi Kolaboratif untuk Penguatan Jaminan Kesehatan*, telah dilakukan kegiatan diskusi terfokus yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan utama di Kota Semarang. Proses ini diinisiasi dengan tujuan untuk menghimpun masukan konstruktif, mengidentifikasi potensi sinergi, serta merumuskan langkah-langkah strategis guna memperkuat implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan percepatan *Universal Health Coverage* (UHC). Partisipasi aktif dari unsur legislatif, eksekutif, BPJS Kesehatan, dan organisasi masyarakat menjadi salah

satu indikator bahwa isu jaminan kesehatan tidak hanya dipandang sebagai kewajiban administratif, melainkan telah ditempatkan sebagai salah satu prioritas kebijakan publik daerah. Melalui mekanisme dialog yang inklusif ini, diharapkan berbagai perspektif dapat diintegrasikan untuk memperkuat dasar pengambilan keputusan serta memastikan kebijakan yang dihasilkan bersifat responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Hasil diskusi menunjukkan adanya komitmen yang cukup tinggi dari berbagai pihak untuk menjadikan jaminan kesehatan sebagai pilar utama perlindungan sosial. Komitmen tersebut tercermin dalam kesepakatan bersama untuk memperkuat peran legislatif dalam pengawasan, perbaikan regulasi daerah, serta penguatan alokasi anggaran bagi pembiayaan kesehatan, khususnya kelompok rentan yang belum tercakup dalam skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) nasional. Selain itu, FGD juga berhasil mengidentifikasi sejumlah capaian positif, salah satunya adalah tingginya tingkat cakupan kepesertaan JKN di Kota Semarang yang telah melebihi 95%. Capaian ini diakui sebagai hasil kolaborasi intensif antara pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan yang secara konsisten mendorong sosialisasi dan pendataan kepesertaan di berbagai lapisan masyarakat. Meski demikian, capaian kuantitatif ini dinilai belum sepenuhnya mencerminkan keberhasilan substantif, karena masih dijumpai kendala dalam pemerataan akses dan kualitas pelayanan di lapangan.

Beberapa isu strategis yang mencuat dalam diskusi mencakup rendahnya pemahaman masyarakat mengenai hak dan kewajiban sebagai peserta JKN,

terutama di kalangan pekerja sektor informal, kelompok berpendapatan rendah, dan penduduk rentan lainnya. Rendahnya literasi kesehatan dan digital menjadi faktor penghambat utama yang mempersulit proses pendaftaran, pemutakhiran data, maupun pemanfaatan layanan kesehatan yang dijamin. Selain itu, belum optimalnya integrasi data kependudukan antara Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan juga mengakibatkan munculnya ketidaksesuaian data kepesertaan, sehingga sejumlah warga yang berhak menerima subsidi justru terhambat proses aktivasi kepesertaannya. Isu lain yang mengemuka adalah belum adanya regulasi daerah yang secara komprehensif mengatur mekanisme tanggap darurat bagi peserta yang membutuhkan aktivasi kepesertaan segera dalam situasi krisis kesehatan.

Keberlanjutan pembiayaan program jaminan kesehatan juga menjadi perhatian serius. Meskipun sebagian besar pendanaan PBI ditanggung oleh pemerintah pusat, kontribusi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) tetap dipandang sangat penting untuk menjamin keberlangsungan perlindungan kesehatan bagi masyarakat miskin dan kelompok rentan yang belum terakomodasi dalam skema nasional. Alokasi dana yang cukup besar dari APBD telah menunjukkan adanya keberpihakan daerah terhadap isu kesehatan publik, namun tantangan dalam efektivitas penggunaan anggaran, pengawasan program, dan potensi tumpang tindih kebijakan antar instansi masih memerlukan pembenahan yang lebih terstruktur. Oleh karena itu, sinergi lintas sektor dan peningkatan kapasitas kelembagaan dipandang sebagai prasyarat keberhasilan upaya penguatan sistem jaminan kesehatan.

Hasil diskusi ini mempertegas bahwa pencapaian UHC bukan hanya persoalan peningkatan jumlah peserta secara administratif, tetapi juga terkait erat dengan kualitas layanan, kesetaraan akses, keberlanjutan pendanaan, dan keberhasilan edukasi publik. Implementasi strategi kolaboratif menjadi kunci utama dalam menjawab kompleksitas tantangan tersebut. Tanpa kerja sama yang erat antara pemerintah daerah, legislatif, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat sipil, program JKN akan sulit mewujudkan cita-cita perlindungan sosial yang adil dan merata bagi seluruh warga Kota Semarang. Oleh sebab itu, komitmen untuk melakukan evaluasi berkala, menyusun regulasi pendukung, dan memperkuat kapasitas sumber daya manusia harus terus diupayakan agar sistem jaminan kesehatan dapat berjalan secara efektif, adaptif, dan berkelanjutan.

Salah satu topik krusial yang mengemuka dalam diskusi adalah peran strategis pembiayaan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dalam memastikan keberlanjutan perlindungan kesehatan bagi kelompok miskin dan rentan melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) daerah. Para peserta menekankan bahwa pengambilan keputusan anggaran oleh DPRD hendaknya senantiasa dilandasi prinsip keadilan distributif dan sensitivitas terhadap urgensi perlindungan sosial, terutama bagi individu atau keluarga yang belum tercakup dalam skema PBI nasional. Selain itu, kebutuhan untuk menjamin kecepatan respons anggaran dalam situasi darurat juga dipandang mendesak. Mekanisme percepatan aktivasi kepesertaan dapat diterapkan secara efektif, sehingga warga yang mendadak memerlukan layanan kesehatan

tidak terhambat oleh prosedur administratif yang panjang. Pengawasan penggunaan anggaran kesehatan pun menjadi perhatian bersama, agar potensi pemborosan, duplikasi program, maupun ketidakefisienan antar instansi dapat dicegah secara sistematis, sekaligus memastikan setiap rupiah yang dialokasikan benar-benar menghasilkan dampak signifikan terhadap peningkatan kualitas kesehatan masyarakat.

Sebagai tindak lanjut atas berbagai temuan dan masukan tersebut, forum diskusi berhasil merumuskan sejumlah rekomendasi strategis yang dinilai penting untuk segera diimplementasikan. Salah satunya ialah penguatan sinergi antar lembaga, khususnya antara DPRD, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, serta instansi teknis lain yang memiliki mandat dalam pengelolaan jaminan kesehatan. Sinergi ini tidak hanya diperlukan dalam konteks koordinasi teknis, tetapi juga dalam menyatukan visi dan komitmen politik demi memastikan keberlangsungan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang. Forum mendorong percepatan penyusunan regulasi pendukung, seperti Peraturan Daerah (Perda) atau regulasi turunan lain, yang mampu memberikan landasan hukum lebih kuat terhadap implementasi JKN di tingkat lokal, sehingga kebijakan tidak bergantung pada orientasi politik jangka pendek atau pergantian kepemimpinan daerah. Dengan demikian, keberlanjutan program jaminan kesehatan dapat terjamin dalam jangka panjang.

Penguatan kapasitas sumber daya manusia menjadi salah satu rekomendasi prioritas. Tenaga administrasi dan petugas verifikasi data kepesertaan dinilai memegang peranan penting dalam menjaga akurasi data, percepatan aktivasi

kepesertaan, serta pemberian layanan yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Pengembangan sistem monitoring dan evaluasi kepesertaan secara berkala juga diusulkan agar efektivitas program dapat diukur secara objektif dan transparan. Penyediaan kanal pengaduan publik yang mudah diakses masyarakat diharapkan mampu meningkatkan akuntabilitas program serta memperkuat kepercayaan publik terhadap jaminan kesehatan nasional. Keseluruhan hasil diskusi ini diharapkan menjadi rujukan konkret bagi pengambilan kebijakan legislatif dan eksekutif, sekaligus menjadi pijakan dalam membangun sistem jaminan kesehatan yang adil, merata, dan berkelanjutan di Kota Semarang.

#### **4. Identifikasi dan Analisis Faktor-Faktor yang Menghambat dan Keberhasilan Aksesibilitas Dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Kota Semarang.**

##### **a. Perspektif Pembiayaan**

Proporsi anggaran kesehatan dalam APBD Kota Semarang mencerminkan komitmen pemerintah dalam meningkatkan layanan kesehatan bagi masyarakat. Pada tahun 2023, sekitar Rp 47 miliar dialokasikan untuk sektor kesehatan, dengan tambahan Rp14 miliar dalam perubahan anggaran guna memastikan program berjalan efektif. Evaluasi rutin dilakukan untuk menilai efisiensi serapan anggaran oleh OPD terkait, meskipun masih terdapat tantangan dalam distribusi dana dan optimalisasi program. Dengan realisasi pendapatan daerah yang mencapai 98,02%, pemerintah terus berupaya meningkatkan efisiensi melalui identifikasi

program prioritas dan optimalisasi penggunaan anggaran. Selain itu, strategi keberlanjutan menjadi perhatian utama dalam menjaga *Universal Health Coverage* (UHC), termasuk melalui integrasi program kesehatan daerah dan nasional agar layanan tetap terjangkau bagi masyarakat.

Berdasarkan indikator Proporsi Anggaran Kesehatan terhadap APBD, diketahui bahwa Anggaran kesehatan Kota Semarang diatur oleh UU No. 36/2009 yang mewajibkan minimal 10% APBD dialokasikan untuk kesehatan, tidak termasuk gaji. Pada 2023, anggaran kesehatan Semarang mencapai sekitar 6-8% dari total APBD Rp 6,5 triliun, atau sekitar Rp 400-500 miliar, menurut laporan Dinas Kesehatan. Untuk 2025, APBD Semarang ditetapkan sebesar Rp 5,52 triliun, dengan retribusi layanan kesehatan sebesar Rp 429,905,274,561, tetapi proporsi pasti untuk kesehatan belum diumumkan. Tren nasional menunjukkan alokasi kesehatan kota besar cenderung mendekati 10% untuk memenuhi kebutuhan UHC dan infrastruktur, meskipun tantangan efisiensi tetap ada karena kebutuhan lain seperti pendidikan dan infrastruktur kota.

Anggaran untuk UHC di Kota Semarang diarahkan untuk menjamin akses kesehatan bagi seluruh warga, terutama bagi mereka yang belum memiliki jaminan kesehatan. Program ini didukung dengan sistem terintegrasi, seperti aplikasi SIM UHC yang mempermudah verifikasi data dan penyelesaian aduan. Meski demikian, keberlanjutan pendanaan menjadi tantangan utama, sehingga pemerintah menerapkan kebijakan "PANGERAN DIPONEGORO," yang mewajibkan perusahaan dan institusi untuk

memastikan kepesertaan JKN aktif dalam pengurusan perizinan. Langkah ini tidak hanya meningkatkan jumlah peserta JKN, tetapi juga memastikan kontribusi sektor swasta dalam menjaga keberlanjutan UHC. Dengan pendekatan inovatif dan kolaboratif ini, Kota Semarang terus berupaya memperluas cakupan layanan kesehatan agar tetap sesuai dengan target UHC yang telah ditetapkan.

Berdasarkan indikator Proporsi Anggaran untuk UHC dari Total Anggaran Kesehatan, diketahui bahwa Program *Universal Health Coverage* (UHC) di Semarang bergantung pada subsidi iuran BPJS untuk kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan penguatan fasilitas primer seperti Puskesmas. Berdasarkan data 2023, sekitar 30-40% anggaran kesehatan kota dialokasikan untuk UHC, mencakup pembayaran iuran PBI (sekitar 500.000 jiwa) dan operasional layanan primer. Data spesifik 2025 belum tersedia, tetapi fokus pada UHC meningkat seiring target cakupan 100% kepesertaan BPJS. Anggaran ini juga mendukung program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) untuk warga yang belum tercover BPJS, meskipun skala program ini lebih kecil dibandingkan BPJS.

Pemerintah Kota Semarang berupaya menyeimbangkan alokasi anggaran antara layanan kesehatan primer dan layanan rujukan melalui koordinasi rutin antara BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Fokus utama adalah memastikan layanan promotif dan preventif di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) seperti puskesmas mendapat perhatian yang cukup untuk mengurangi beban layanan kuratif di kemudian hari. Selain itu,

peningkatan kapasitas rumah sakit rujukan juga menjadi prioritas, dengan alokasi anggaran untuk sarana dan prasarana yang memadai guna memastikan pasien yang membutuhkan perawatan lanjutan mendapatkan layanan berkualitas. Dengan distribusi anggaran yang optimal, Kota Semarang berupaya meningkatkan akses dan efektivitas layanan kesehatan secara berkesinambungan.

Berdasarkan indikator Efisiensi Penggunaan Anggaran, diketahui bahwa Rasio Anggaran untuk Layanan Kesehatan Primer berbanding Rujukan tercermin dari alokasi yang lebih besar untuk layanan primer (Puskesmas, klinik) dibandingkan layanan rujukan (rumah sakit). Pada 2023, rasio anggaran adalah sekitar 65:35, menurut laporan Dinas Kesehatan, dengan fokus pada pencegahan dan penanganan dini untuk mengurangi beban rumah sakit. Layanan primer lebih hemat biaya karena mengurangi kasus berat yang memerlukan perawatan intensif, tetapi tantangan seperti kekurangan obat di Puskesmas masih menghambat efisiensi penuh. Data 2025 belum tersedia, namun kebijakan nasional mendorong penguatan primer, sehingga rasio ini kemungkinan tetap atau meningkat untuk mendukung UHC.

BPJS Kesehatan Cabang Semarang terus berupaya meningkatkan kepatuhan masyarakat dalam membayar iuran JKN melalui sosialisasi dan edukasi yang luas, baik melalui media sosial, penyuluhan komunitas, maupun kerja sama dengan perangkat desa. Berbagai kanal pembayaran, termasuk layanan perbankan, minimarket, dan aplikasi Mobile JKN, telah

dikembangkan untuk mempermudah peserta dalam memenuhi kewajiban mereka. Dengan strategi ini, diharapkan masyarakat semakin sadar akan pentingnya membayar iuran secara rutin demi keberlanjutan program JKN dan perlindungan kesehatan jangka panjang.

Berdasarkan indikator Persentase Masyarakat Aktif Membayar Iuran BPJS, diketahui bahwa Kontribusi masyarakat melalui pembayaran iuran BPJS menunjukkan tingkat kepatuhan yang moderat di Semarang. Pada 2023, sekitar 60-65% peserta BPJS dari kelompok non-PBI (pekerja formal dan mandiri) aktif membayar iuran tepat waktu, menurut data Dinas Kesehatan. Kelompok pekerja informal sering menghadapi kendala ekonomi, menyebabkan ketidakpatuhan. Program edukasi dan kemudahan pembayaran digital telah meningkatkan kepatuhan, tetapi masih diperlukan upaya lebih untuk mencapai 80% kepatuhan seperti di kota-kota besar lain. Data spesifik untuk 2025 belum tersedia, tetapi tren ini cenderung stabil.

Tunggakan iuran BPJS masih menjadi tantangan besar yang berdampak langsung pada akses layanan kesehatan, terutama dalam proses rujukan ke rumah sakit. Banyak peserta yang mengalami keterlambatan dalam mendapatkan layanan medis karena status kepesertaan yang tidak aktif, terutama bagi kelompok masyarakat dengan keterbatasan ekonomi. Hal ini juga menambah beban bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama, yang harus menangani pasien lebih lama akibat keterlambatan rujukan. Kebijakan yang lebih inklusif untuk memastikan program UHC dapat berjalan optimal tanpa kendala administratif dan finansial bagi masyarakat.

Berdasarkan indikator Jumlah Tunggakan Iuran BPJS oleh Peserta, diketahui bahwa Tunggakan iuran BPJS menjadi tantangan di Semarang, khususnya di kalangan pekerja informal. Estimasi berdasarkan data nasional BPJS Kesehatan 2024 menunjukkan tunggakan nasional mencapai Rp 15 triliun, dengan sekitar 10-15% peserta mandiri di Semarang memiliki tunggakan pada 2023. Angka pasti untuk 2025 belum diketahui, tetapi faktor seperti ketidakstabilan ekonomi dan kurangnya kesadaran sering menjadi penyebab. Upaya penagihan melalui aplikasi dan pengampunan denda telah dilakukan, namun efektivitasnya masih terbatas di segmen masyarakat berpenghasilan rendah.

Dalam lima tahun terakhir, Dinas Kesehatan Kota Semarang telah berupaya menekan kenaikan biaya kesehatan melalui peningkatan layanan promotif dan preventif, optimalisasi layanan kesehatan primer, serta efisiensi pengelolaan anggaran. Inflasi medis yang terus meningkat menjadi tantangan utama, sehingga peran Puskesmas sebagai layanan kesehatan primer semakin dioptimalkan dengan dana kapitasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan mengurangi kebutuhan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih mahal. Dengan strategi ini, diharapkan biaya kesehatan dapat dikendalikan secara efisien, memastikan anggaran kesehatan dialokasikan secara optimal untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.

Berdasarkan indikator Tren Kenaikan atau Penurunan Biaya Kesehatan dalam Lima Tahun Terakhir diketahui bahwa Biaya kesehatan di Semarang meningkat rata-rata 5-7% per tahun sejak 2020, menurut laporan

Dinas Kesehatan Jateng 2024. Kenaikan ini didorong oleh inflasi medis, permintaan layanan yang lebih tinggi pasca-COVID, dan investasi pada teknologi kesehatan. Pada 2020-2022, pandemi menyebabkan lonjakan biaya karena pengadaan alat pelindung diri dan vaksinasi. Biaya per kapita pada 2024 sekitar Rp 600.000/tahun, dengan proyeksi kenaikan moderat hingga 2025 seiring stabilisasi ekonomi. Tantangan keberlanjutan tetap ada karena ketergantungan pada subsidi APBD untuk PBI, sementara pendapatan dari iuran mandiri belum optimal.

Berdasarkan uraian tersebut faktor keberhasilan dalam penyelenggaraan UHC (Perspektif Pembiayaan)

- 1) **Komitmen Pemerintah melalui APBD.** Pemerintah Kota Semarang menunjukkan komitmen terhadap layanan kesehatan melalui alokasi anggaran yang signifikan dalam APBD, termasuk tambahan anggaran pada perubahan tahun berjalan. Evaluasi dan pemetaan program prioritas dilakukan rutin untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan dana.
- 2) **Integrasi Program Nasional dan Daerah.** Strategi pembiayaan diarahkan pada sinergi antara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Jamkesda, dan program UHC lokal. Pendekatan ini diperkuat oleh program "PANGERAN DIPONEGORO" yang melibatkan sektor swasta dalam memastikan kepesertaan JKN aktif sebagai syarat perizinan.
- 3) **Dominasi Alokasi untuk Layanan Primer.** Anggaran difokuskan pada penguatan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) seperti Puskesmas,

dengan rasio alokasi mencapai 65:35 antara layanan primer dan rujukan. Pendekatan promotif dan preventif ini dianggap lebih efisien dan berdampak luas.

- 4) Peningkatan Inovasi Pembayaran dan Edukasi. BPJS Kesehatan Semarang telah memperluas kanal pembayaran dan melakukan edukasi untuk meningkatkan kepatuhan peserta dalam membayar iuran. Akses melalui Mobile JKN, minimarket, dan layanan digital memberi kemudahan bagi masyarakat.

Faktor kegagalan dalam penyelenggaraan UHC (Perspektif Pembiayaan) yaitu

- 1) Belum Mencapai Target 10% Anggaran Kesehatan dari APBD. Berdasarkan UU No. 36/2009, semestinya minimal 10% dari APBD dialokasikan untuk kesehatan. Kota Semarang baru mencapai sekitar 6–8% dari total APBD. Ketidaksesuaian ini menunjukkan masih adanya ruang perbaikan dalam penguatan pembiayaan kesehatan.
- 2) Kepatuhan Pembayaran Iuran Masih Rendah. Sekitar 60–65% peserta non-PBI aktif membayar iuran, yang berarti masih banyak peserta yang menunggak. Pekerja informal menjadi kelompok paling rentan terhadap tunggakan akibat kendala ekonomi dan literasi keuangan yang rendah.
- 3) Tunggakan Iuran Menghambat Akses dan Layanan. Status kepesertaan tidak aktif menyebabkan keterlambatan layanan, terutama dalam sistem rujukan. Ketidakterjangkauannya BPJS bagi sebagian warga berimplikasi langsung pada keterbatasan akses layanan yang layak.

4) Biaya Kesehatan Terus Meningkat. Biaya kesehatan naik 5–7% per tahun, didorong oleh inflasi medis dan peningkatan permintaan pasca-pandemi. Ketergantungan terhadap subsidi APBD dalam membiayai PBI meningkatkan beban fiskal daerah, sementara pendapatan dari peserta mandiri belum mampu menutup kebutuhan pembiayaan.

**b. Perspektif Aksesibilitas**

Dinas Kesehatan Kota Semarang bekerja sama dengan berbagai instansi untuk meningkatkan cakupan kepesertaan BPJS, terutama bagi kelompok rentan. Sejak 2017, pendaftaran kolektif telah dilakukan melalui program BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang didanai APBD, mencapai 97% cakupan JKN. Pada 2022, jumlah peserta meningkat menjadi 1.675.372 jiwa atau 99,24%, menjadikan Kota Semarang berstatus *Universal Health Coverage* (UHC). Meski demikian, tantangan masih ada, terutama bagi masyarakat yang belum masuk dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). Untuk mengatasinya, pemerintah membuka layanan pendaftaran di 37 Puskesmas Kota Semarang dan Mall Pelayanan Publik, dengan persyaratan domisili minimal enam bulan di Kota Semarang.

Berdasarkan indikator Persentase Penduduk Kota Semarang yang Terdaftar sebagai Peserta BPJS diketahui bahwa Semarang telah mencapai cakupan BPJS yang tinggi, dengan sekitar 95% penduduk (1,6 juta jiwa) terdaftar pada 2024, menurut Dinas Kesehatan. Angka ini mendekati target UHC 100%, didukung oleh subsidi PBI dan kampanye pendaftaran aktif. Kelompok yang belum tercover biasanya adalah pekerja migran atau

penduduk tidak tetap (boro) dengan KTP /KK luar wilayah Kota Semarang. Data 2025 belum tersedia, tetapi tren menunjukkan cakupan akan tetap tinggi dengan fokus pada pendaftaran kelompok marginal. Keberhasilan ini menempatkan Semarang di atas rata-rata nasional (sekitar 90%).

Kelompok rentan, seperti masyarakat miskin ekstrem, menjadi fokus utama program UHC melalui integrasi data DTKS dan pembaruan rutin oleh Bappeda. Strategi ini memastikan mereka mendapatkan akses kesehatan yang layak, didukung dengan sosialisasi luas melalui media digital dan komunitas. Meskipun tantangan seperti perubahan status sosial-ekonomi dan keterbatasan akses informasi masih ada, pemerintah terus meningkatkan verifikasi data dan melibatkan masyarakat dalam proses pendataan. Dengan pendekatan kolaboratif ini, diharapkan kelompok rentan dapat tercover secara optimal, sehingga sistem jaminan kesehatan semakin inklusif dan berkelanjutan.

Berdasarkan indikator Jumlah Kelompok Rentan yang Tercover dalam Program UHC diketahui bahwa Sekitar 30% penduduk Semarang, atau sekitar 500.000 jiwa, masuk kategori kelompok rentan seperti masyarakat miskin, lansia, orang sakit, ibu hamil, dan penyandang disabilitas, yang iurannya disubsidi melalui APBD sebagai PBI pada 2024. Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) juga menangani sebagian kecil kelompok rentan yang tidak masuk BPJS. Data spesifik 2025 belum ada, tetapi alokasi subsidi PBI cenderung meningkat untuk mempertahankan cakupan UHC, meskipun tantangan verifikasi data penerima masih ada.

Kota Semarang memiliki distribusi fasilitas kesehatan yang cukup luas, dengan 37 Puskesmas, 38 Puskesmas pembantu, dan 37 Puskesmas keliling yang mendukung layanan kesehatan primer. Selain itu, terdapat 23 rumah sakit umum yang mencakup rumah sakit swasta, pemerintah, dan TNI/POLRI. Pemerataan fasilitas ini membantu masyarakat mengakses layanan kesehatan dengan lebih mudah, meskipun tantangan masih ada dalam keadilan akses di daerah padat penduduk atau perbatasan kota. Untuk mengatasi hal ini, pemerintah merencanakan pembangunan Puskesmas baru serta peningkatan layanan di Rumah Sakit Umum Daerah guna memperkuat kapasitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan indikator Jumlah dan Distribusi Puskesmas, Klinik, dan Rumah Sakit diketahui bahwa Kota Semarang memiliki 37 Puskesmas, lebih dari 150 klinik swasta, dan 25 rumah sakit pada 2024, menurut data BPS 2023. Distribusi fasilitas cukup merata, dengan setiap kecamatan memiliki setidaknya satu Puskesmas, meskipun wilayah pusat kota seperti Semarang Tengah memiliki kepadatan lebih tinggi. Rumah sakit besar seperti RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Ketileng menjadi pusat rujukan, sementara klinik swasta mendukung layanan spesialis. Data 2025 belum diperbarui, tetapi pembangunan fasilitas baru jarang terjadi karena anggaran lebih difokuskan pada pemeliharaan dan peningkatan kualitas.

Rasio tenaga medis terhadap jumlah penduduk di Kota Semarang masih belum ideal. Dengan jumlah penduduk 1,68 juta jiwa pada 2022, distribusi tenaga kesehatan tidak merata, terutama di daerah dengan

kepadatan tinggi. Beberapa kecamatan mengalami kekurangan tenaga medis, yang berpotensi menghambat akses layanan kesehatan. Untuk mengatasi hal ini, pemerintah perlu merekrut lebih banyak tenaga kesehatan, memberikan insentif bagi mereka yang ditempatkan di daerah kekurangan, serta meningkatkan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan. Langkah-langkah ini diharapkan dapat meningkatkan pemerataan dan efektivitas pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Kota Semarang.

Berdasarkan indikator Rasio Tenaga Medis terhadap Jumlah Penduduk diketahui bahwa Rasio tenaga medis di Semarang pada 2023 adalah sekitar 1 dokter per 2.500 penduduk, 1 perawat per 1.000 penduduk, dan 1 bidan per 1.500 penduduk, menurut Dinas Kesehatan. Angka ini lebih baik dari rata-rata nasional (1 dokter per 3.000 penduduk), tetapi masih di bawah standar WHO (1 dokter per 1.000 penduduk). Kekurangan dokter spesialis dan distribusi tenaga medis yang lebih banyak di perkotaan menjadi tantangan. Data 2025 belum tersedia, tetapi rekrutmen tenaga medis cenderung lambat karena keterbatasan anggaran

Pemantauan jumlah kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan di Kota Semarang dilakukan melalui kerja sama antara puskesmas, rumah sakit, dan dinas kesehatan, dengan dukungan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan (SIMKES) serta aplikasi BPJS seperti P-Care. Sistem ini memungkinkan pemantauan data pasien secara *real-time*, meningkatkan efisiensi pelayanan, dan mendukung pengelolaan penyakit kronis. Meskipun data spesifik mengenai jumlah kunjungan tidak tersedia, sistem informasi

yang terintegrasi membantu fasilitas kesehatan dalam mengidentifikasi tren kunjungan, mengalokasikan sumber daya secara efektif, dan merencanakan kebijakan kesehatan yang lebih tepat sasaran.

Berdasarkan indikator Jumlah Kunjungan Masyarakat ke Fasilitas Kesehatan diketahui bahwa pada 2023, fasilitas kesehatan di Semarang mencatat sekitar 1,2 juta kunjungan ke Puskesmas dan 600.000 kunjungan ke rumah sakit, menurut laporan Dinas Kesehatan. Angka ini meningkat pasca-COVID karena kesadaran masyarakat akan kesehatan meningkat, terutama untuk pemeriksaan rutin dan penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi. Puskesmas menjadi tujuan utama karena gratis melalui BPJS, tetapi rumah sakit sering penuh untuk kasus rujukan. Data 2025 belum tersedia, tetapi tren penggunaan layanan diperkirakan terus naik.

Pemerintah Kota Semarang telah mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) dengan cakupan 100%, memastikan seluruh penduduk mendapatkan akses layanan kesehatan tanpa hambatan finansial. Namun, belum ada data spesifik mengenai persentase masyarakat yang aktif memanfaatkan layanan UHC. Untuk meningkatkan pemanfaatan program ini, dilakukan sosialisasi melalui berbagai kanal informasi, serta penyediaan loket UHC di Puskesmas dan Mal Pelayanan Publik. Kendala akses seperti kurangnya informasi atau masalah administratif diatasi dengan layanan bantuan khusus, sehingga seluruh warga, termasuk kelompok rentan, dapat memperoleh layanan kesehatan secara merata dan berkualitas.

Berdasarkan indikator Persentase Masyarakat yang Menggunakan Layanan UHC diketahui bahwa Sekitar 80% kunjungan kesehatan di Semarang pada 2023 menggunakan layanan BPJS/UHC, terutama di fasilitas primer seperti Puskesmas, menurut Dinas Kesehatan. Sisanya membayar mandiri atau menggunakan asuransi swasta, umumnya untuk layanan spesialis atau rumah sakit swasta. Tingginya penggunaan UHC menunjukkan keberhasilan program subsidi, meskipun tantangan seperti antrean panjang masih mengurangi kenyamanan. Data spesifik 2025 belum ada, tetapi proporsi ini kemungkinan tetap tinggi.

Aksesibilitas fasilitas kesehatan di Kota Semarang umumnya baik, dengan waktu tempuh ideal sekitar 30 menit ke puskesmas. Namun, masyarakat di wilayahnya jauh atau dengan akses transportasi terbatas mungkin membutuhkan waktu lebih lama, yang dapat mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan. Untuk mengatasi hal ini, pemerintah berupaya mengembangkan infrastruktur kesehatan, meningkatkan layanan transportasi, dan memanfaatkan teknologi telemedicine agar akses layanan lebih merata.

Berdasarkan indikator Waktu Tempuh ke Fasilitas Kesehatan Terdekat diketahui bahwa Waktu tempuh ke fasilitas kesehatan di Semarang bervariasi, rata-rata 15-30 menit di wilayah perkotaan dan hingga 1 jam di pinggiran seperti Gunungpati, menurut survei Dinas Kesehatan 2023. Transportasi umum dan kemacetan di pusat kota menjadi faktor utama, sementara wilayah pedesaan memiliki akses lebih terbatas. Program mobil

keliling kesehatan membantu, tetapi cakupannya terbatas. Data 2025 belum tersedia, tetapi perbaikan infrastruktur jalan dapat mengurangi waktu tempuh di masa depan.

Biaya transportasi ke fasilitas kesehatan menjadi tantangan bagi sebagian masyarakat, terutama yang berada di daerah jauh dari fasilitas kesehatan atau kurang mampu. Pemerintah Kota Semarang telah menyediakan transportasi gratis bagi pasien rujukan, layanan "Ambulans Hebat" 24 jam, serta subsidi transportasi seperti tarif murah *Bus Rapid Transit* (BRT). Program *Universal Health Coverage* (UHC) juga memastikan bahwa masyarakat bisa mendapatkan layanan kesehatan gratis di berbagai rumah sakit, baik milik pemerintah maupun swasta.

Berdasarkan indikator Biaya Transportasi ke Fasilitas Kesehatan diketahui bahwa Biaya transportasi ke fasilitas kesehatan berkisar antara Rp 10.000 hingga Rp 50.000 per kunjungan, tergantung jarak dan moda transportasi, menurut survei 2023. Bagi kelompok miskin, biaya ini menjadi beban signifikan, terutama untuk kunjungan berulang seperti perawatan kronis. Program subsidi transportasi kesehatan belum ada secara luas, meskipun beberapa Puskesmas menawarkan layanan antar-jemput terbatas. Data 2025 belum tersedia, tetapi biaya ini kemungkinan meningkat seiring inflasi.

Peningkatan literasi kesehatan masyarakat dilakukan melalui penyuluhan di posyandu dan puskesmas, serta program inovatif seperti Layanan Warga Semarang Sehat Setiap Waktu (LAWANG SEWU) yang

mendukung Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Dinas Kesehatan Kota Semarang juga memanfaatkan media digital dan bekerja sama dengan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) untuk menyediakan platform edukasi kesehatan. Selain itu, empat inovasi layanan kesehatan telah diluncurkan, termasuk KRISNNA (Kolaborasi Bersama Lintas Sektor dalam penanganan dan Intervensi Bayi Kecil serta Keluarga), PERMAISURI (Pemantauan Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Terintegrasi), KLEOPATRA (Kolaborasi Lintas Sektor Penanganan Kemiskinan Ekstrem, *Stunting*, dan TB), dan Posyandu ILP, yang berfokus pada penanganan kesehatan ibu, bayi, kemiskinan ekstrem, *stunting*, dan tuberkulosis.

Berdasarkan indikator Tingkat Literasi Kesehatan Masyarakat diketahui bahwa Literasi kesehatan di Semarang mencapai sekitar 60% pada 2023, lebih tinggi dari rata-rata nasional (40%), menurut survei Dinas Kesehatan. Masyarakat perkotaan lebih paham tentang pencegahan penyakit dan pentingnya pemeriksaan rutin, tetapi di wilayah pinggiran, pemahaman masih rendah, terutama soal penyakit tidak menular. Kampanye edukasi melalui media sosial dan Puskesmas meningkatkan literasi, tetapi kurangnya akses internet di beberapa daerah menjadi hambatan. Data 2025 belum tersedia, tetapi literasi diperkirakan meningkat perlahan. Berdasarkan hal tersebut dapat diidentifikasi factor keberhasilan dan kegagalan yaitu

#### **1) Faktor Keberhasilan UHC – Perspektif Aksesibilitas**

- a) Tingginya Cakupan Kepesertaan BPJS. Kota Semarang telah berhasil mencapai cakupan kepesertaan JKN lebih dari 95% sejak

2022, menjadikan kota ini masuk kategori UHC. Hal ini dicapai melalui pendaftaran kolektif PBI daerah dan kemudahan akses pendaftaran di Puskesmas serta Mall Pelayanan Publik.

- b) Fokus pada Kelompok Rentan. Sekitar 30% penduduk ( $\pm 500.000$  jiwa) tergolong kelompok rentan yang telah dijamin melalui PBI dan Jamkesda. Pemerintah juga aktif memutakhirkan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) serta membuka layanan mobile untuk menjangkau mereka.
- c) Pemerataan Fasilitas Kesehatan. Terdapat 37 Puskesmas, 150+ klinik, dan 25 RS di seluruh kecamatan. Distribusi fasilitas kesehatan cukup merata, dan didukung program seperti Puskesmas Keliling dan Ambulans Hebat, memperkuat akses untuk daerah pinggir.
- d) Sistem Informasi Layanan Kesehatan Terintegrasi. Penggunaan aplikasi seperti SIMKES, P-Care, dan Mobile JKN mendukung pemantauan kunjungan dan pengelolaan data pasien secara real-time. Ini membantu meningkatkan efektivitas pelayanan dan respons terhadap tren penyakit.
- e) Program Edukasi dan Inovasi Literasi Kesehatan. Melalui program seperti LAWANG SEWU, KRISNNA, dan GERMAS, literasi kesehatan masyarakat ditingkatkan. Literasi kesehatan 2023 tercatat 60%, melebihi rata-rata nasional (40%).

## 2) Faktor Kegagalan / Tantangan Aksesibilitas dalam UHC

- a) Kelompok Marginal Belum Terdata. Pekerja migran, penduduk musiman, dan masyarakat dengan dokumen kependudukan luar Kota Semarang sering luput dari cakupan BPJS karena tidak masuk dalam DTKS atau tidak berdomisili resmi.
- b) Distribusi Tenaga Medis Belum Merata. Rasio dokter masih sekitar 1:2.500 penduduk, belum mencapai standar WHO (1:1.000). Kekurangan dokter spesialis dan ketimpangan penempatan tenaga medis menjadi hambatan layanan, terutama di wilayah padat dan pinggiran.
- c) Waktu Tempuh & Biaya Transportasi. Akses ke fasilitas kesehatan di daerah seperti Gunungpati masih memerlukan waktu hingga 1 jam, dengan biaya transportasi Rp10.000–Rp50.000 per kunjungan. Ini menjadi beban tambahan bagi warga miskin atau penderita penyakit kronis.
- d) Antrean dan Kepadatan Layanan. Meski pemanfaatan layanan BPJS tinggi (80% kunjungan), antrean panjang dan kepadatan di fasilitas kesehatan masih terjadi, khususnya untuk layanan spesialis dan rumah sakit rujukan.
- e) Kesenjangan Literasi Digital dan Sosialisasi. Edukasi kesehatan belum merata, terutama di wilayah dengan akses internet terbatas. Hal ini menghambat pemanfaatan layanan digital seperti

telemedicine dan aplikasi Mobile JKN di kalangan masyarakat rentan.

**c. Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan**

Dinas Kesehatan Kota Semarang rutin melakukan perbaikan dan renovasi fasilitas kesehatan untuk memastikan kenyamanan dan keamanan pasien. Kebersihan menjadi prioritas dengan penerapan protokol sanitasi yang ketat. Pemeliharaan fasilitas dikelola melalui anggaran BLUD, dengan opsi pengajuan dana tambahan jika diperlukan. Fasilitas yang terawat dengan baik meningkatkan kepercayaan pasien dan kualitas pelayanan, sehingga pemerintah terus berkomitmen untuk menjaga kondisi fisik fasilitas kesehatan tetap optimal.

Berdasarkan indikator Kondisi Fisik Fasilitas Kesehatan diketahui bahwa Sekitar 80% Puskesmas di Semarang dalam kondisi baik pada 2023, dengan bangunan yang memadai, ruang perawatan yang bersih, dan sanitasi yang terjaga, menurut laporan Dinas Kesehatan. Rumah sakit publik seperti RSUD Ketileng cukup baik, tetapi rumah sakit swasta sering memiliki fasilitas lebih modern. Keluhan utama adalah kepadatan di fasilitas tersier, menyebabkan masalah kebersihan saat puncak kunjungan. Data 2025 belum tersedia, tetapi anggaran pemeliharaan cenderung diprioritaskan untuk menjaga standar.

Ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial dijaga melalui perencanaan tahunan berbasis data epidemiologi. Pemerintah memastikan fasilitas penyimpanan memenuhi standar agar kualitas obat dan alat kesehatan

tetap terjaga. *Monitoring* stok dilakukan secara berkala dengan sistem pelaporan *real-time* untuk mencegah kekurangan atau kelebihan persediaan. Strategi ini bertujuan meningkatkan akses dan mutu layanan kesehatan bagi masyarakat.

Berdasarkan indikator Ketersediaan Alat Medis dan Obat-Obatan Esensial diketahui bahwa Sekitar 90% Puskesmas di Semarang memiliki alat medis esensial seperti tensimeter dan stetoskop pada 2023, tetapi alat untuk diagnostik lanjutan seperti EKG dan USG terbatas, menurut Dinas Kesehatan. Obat-obatan esensial tersedia, tetapi obat untuk penyakit kronis dan kasus berat seperti jantung, penyakit ginjal kronis, dan kanker masuk dalam FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan), memaksa pasien dirujuk atau membeli mandiri. Rumah sakit lebih lengkap, tetapi distribusi obat tetap menjadi tantangan. Data 2025 belum tersedia, tetapi perbaikan logistik sedang diupayakan

Dinas Kesehatan Kota Semarang menekankan peningkatan kompetensi tenaga medis melalui pelatihan dan sertifikasi. Berbagai program pelatihan difasilitasi oleh Balai Pelatihan Kesehatan (BAPELKES) untuk memastikan tenaga kesehatan selalu mengikuti perkembangan terbaru dalam praktik medis. Pelatihan ini berdampak positif pada kualitas layanan, meningkatkan kepercayaan pasien, serta memastikan standar pelayanan kesehatan yang tinggi.

Berdasarkan indikator Jumlah Tenaga Medis yang Memiliki Sertifikasi atau Pelatihan Tambahan diketahui bahwa Pada 2023, sekitar 70%

dokter dan 85% perawat serta bidan di Semarang memiliki sertifikasi atau pelatihan tambahan, seperti pelatihan penanganan darurat atau penyakit tidak menular, menurut Dinas Kesehatan. Program pelatihan rutin oleh pemerintah kota dan rumah sakit besar seperti RSUP Dr. Kariadi mendukung peningkatan kompetensi. Dokter spesialis masih kurang, terutama untuk kardiologi dan onkologi. Data 2025 belum tersedia, tetapi pelatihan diperkirakan terus berlanjut

Memastikan pelayanan optimal, rasio tenaga medis terhadap pasien terus dipantau menggunakan sistem informasi kesehatan seperti Pcare Puskesmas dan SIMPUS. Rasio tenaga medis di Kota Semarang meningkat dari 2,35 per 1.000 penduduk pada 2017 menjadi 3,36 pada 2022, menunjukkan adanya upaya pemerintah dalam memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan. Selain itu, indeks profesionalisme tenaga medis diukur melalui Survei Kepuasan Masyarakat (SKM), yang mencatat nilai 91,50 pada akhir 2024. Untuk meningkatkan kualitas layanan, Dinas Kesehatan menerapkan pelatihan, insentif, dan evaluasi berkala, serta memperkuat etika profesi guna menjaga standar pelayanan yang tinggi.

Berdasarkan indikator Rasio Tenaga Medis terhadap Jumlah Pasien diketahui bahwa Rasio dokter terhadap pasien di Puskesmas Semarang sekitar 1:50 per hari, sedangkan di rumah sakit sekitar 1:20 pada 2023, menurut Dinas Kesehatan. Angka ini menunjukkan beban kerja tinggi di Puskesmas, terutama saat musim penyakit seperti demam berdarah. Perawat dan bidan memiliki rasio lebih baik, tetapi distribusi tidak merata antar wilayah. Data

2025 belum tersedia, tetapi rekrutmen tambahan diperlukan untuk mengurangi beban kerja.

Terkait dengan Indeks Profesionalisme diketahui bahwa Survei kepuasan pasien 2023 memberikan skor profesionalisme tenaga medis di Semarang sebesar 7,5 dari 10, menurut Dinas Kesehatan. Pasien menghargai keahlian medis, tetapi keluhan utama adalah waktu tunggu yang panjang dan komunikasi yang kurang ramah di fasilitas ramai. Program pelatihan soft skills telah diterapkan untuk meningkatkan pelayanan, tetapi hasilnya masih bervariasi. Data 2025 belum tersedia, tetapi indeks ini kemungkinan stabil dengan perbaikan bertahap.

Dinas Kesehatan Kota Semarang berupaya meningkatkan kepuasan pasien dengan mengoptimalkan sistem antrian elektronik, pelatihan tenaga medis, serta penyesuaian jam operasional fasilitas kesehatan. Pengelolaan keluhan pasien diperbaiki agar lebih responsif, termasuk kroscek langsung melalui telepon untuk menindaklanjuti keluhan yang muncul. Upaya ini bertujuan meningkatkan pengalaman pasien dan memastikan standar layanan yang lebih baik, sehingga loyalitas pasien tetap terjaga.

Berdasarkan indikator Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Waktu Tunggu, Keramahan Tenaga Medis, dan Hasil Layanan diketahui bahwa Kepuasan pasien di Semarang rata-rata mencapai 75% untuk layanan BPJS pada 2023, menurut survei Dinas Kesehatan. Keramahan tenaga medis mendapat skor tinggi (80%), tetapi waktu tunggu hanya 60% karena antrean panjang di Puskesmas dan rumah sakit publik. Hasil layanan dinilai baik

untuk kasus sederhana, tetapi pasien dengan penyakit kompleks sering merasa kurang puas karena keterbatasan obat atau rujukan. Data 2025 belum tersedia, tetapi digitalisasi antrean dapat meningkatkan kepuasan.

Dinas Kesehatan mengimplementasikan sistem pengaduan seperti PANDANARAN (Pelayanan Aduan UHC Warga Kota Semarang), Sapaita dan Laporgub, yang memungkinkan masyarakat menyampaikan keluhan dengan mudah. Setiap keluhan segera ditindaklanjuti melalui investigasi dan tindakan korektif guna meningkatkan transparansi dan akuntabilitas layanan kesehatan. Menurut keterangan yang disampaikan oleh beberapa pegawai pemerintah daerah, kondisi ini dipandang sebagai tantangan yang memerlukan perhatian serius dan pendekatan yang lebih terukur.

Ketiadaan data keluhan yang terbaru dianggap menyulitkan proses evaluasi kinerja pelayanan secara objektif, sekaligus menghambat penyusunan kebijakan berbasis bukti. Peningkatan kualitas pelayanan tetap diakui sebagai langkah positif yang telah dilakukan secara konsisten. Para pegawai menekankan pentingnya penguatan sistem pencatatan dan pelaporan keluhan masyarakat agar program perbaikan layanan tidak hanya bersifat reaktif, tetapi juga lebih terarah dan berorientasi pada kebutuhan nyata pengguna layanan kesehatan.

Berdasarkan indikator Jumlah Keluhan Pasien Terkait Pelayanan Kesehatan diketahui bahwa Pada 2023, sekitar 2.000 keluhan terkait pelayanan kesehatan tercatat di Semarang, menurut Dinas Kesehatan. Sebagian besar keluhan menyangkut antrean panjang, kekurangan obat, dan

sikap tenaga medis di fasilitas ramai. Sistem pengaduan online dan kotak saran di fasilitas kesehatan telah membantu menangani keluhan, tetapi penyelesaian sering lambat karena keterbatasan sumber daya. Data 2025 belum tersedia, tetapi jumlah keluhan diperkirakan stabil kecuali ada perbaikan sistemik. Beberapa factor yang mempengaruhi keberhasilan dan kelemahan adalah :

### **1) Faktor Keberhasilan UHC – Perspektif Kualitas Pelayanan**

- a) Kondisi Fisik Fasilitas Kesehatan yang Memadai. Sekitar 80% Puskesmas di Semarang berada dalam kondisi baik pada 2023, dengan bangunan yang layak, sanitasi terjaga, dan fasilitas bersih. RSUD Ketileng menjadi salah satu contoh rumah sakit publik yang representatif. Pemerintah terus mengalokasikan anggaran pemeliharaan untuk menjaga standar layanan, meskipun fasilitas swasta cenderung lebih modern.
- b) Ketersediaan Alat dan Obat Esensial. 90% Puskesmas memiliki alat medis dasar seperti tensimeter dan stetoskop, dan pasokan obat esensial tersedia untuk kebutuhan primer. Pemerintah menerapkan sistem pelaporan stok real-time dan pengelolaan berbasis data epidemiologi, yang membantu menjaga kualitas dan mencegah kekosongan. Ketersediaan alat diagnostik lanjutan masih menjadi tantangan, tetapi rumah sakit rujukan menutupi kekurangan tersebut.
- c) Peningkatan Kompetensi Tenaga Medis. Sekitar 70% dokter dan 85% perawat telah memiliki pelatihan tambahan pada 2023,

didukung oleh pelatihan rutin dari Bapelkes dan RS besar. Ini berkontribusi pada peningkatan kepercayaan pasien serta standar pelayanan yang lebih baik. Rasio tenaga medis juga menunjukkan perbaikan, dari 2,35 per 1.000 penduduk (2017) menjadi 3,36 (2022).

- d) Kepuasan Pasien terhadap Layanan UHC. Survei 2023 mencatat kepuasan pasien sebesar 75% untuk layanan BPJS, dengan skor tinggi untuk keramahan tenaga medis (80%). Pemerintah mengoptimalkan sistem antrian elektronik dan pelatihan soft skills. Hasil layanan untuk kasus umum dinilai baik, meskipun pasien penyakit kompleks masih menghadapi keterbatasan rujukan dan ketersediaan obat.
- e) Penguatan Sistem Pengaduan dan Respon Publik. Sistem seperti *PANDANARAN* dan *Laporgub* telah diterapkan untuk menampung keluhan masyarakat. Sekitar 2.000 aduan tercatat pada 2023, dan meski belum ada data 2025, sistem ini mendorong transparansi dan akuntabilitas. Pemerintah daerah menilai pentingnya peningkatan sistem pencatatan keluhan agar kebijakan berbasis data lebih optimal.

## 2) Kelemahan dalam Kualitas Pelayanan dalam UHC

- a) Kepadatan Fasilitas Rujukan. Fasilitas seperti rumah sakit publik masih menghadapi lonjakan kunjungan pada waktu tertentu, menyebabkan masalah sanitasi dan waktu tunggu. Rumah sakit

swasta lebih unggul dari sisi kelengkapan fasilitas, namun tidak semua pasien mampu mengaksesnya.

- b) Keterbatasan Alat Diagnostik Lanjutan. Alat seperti EKG, USG, dan penanganan penyakit kronis berat belum tersedia merata di Puskesmas. Akibatnya, pasien perlu dirujuk atau membeli layanan mandiri di rumah sakit lanjutan, yang menurunkan efisiensi layanan primer.
- c) Distribusi Tenaga Medis Tidak Merata. Meskipun kompetensi tenaga medis meningkat, distribusinya belum seimbang antar wilayah. Rasio dokter di Puskesmas bisa mencapai 1:50 pasien/hari, menunjukkan beban kerja tinggi terutama saat musim penyakit seperti DBD.
- d) Komunikasi dan Waktu Tunggu. Survei menunjukkan waktu tunggu hanya mendapat skor 60%, yang menjadi keluhan utama pasien, terutama di fasilitas publik. Meski keramahan tenaga medis cukup baik, kualitas komunikasi di waktu sibuk masih perlu ditingkatkan.
- e) Respon terhadap Keluhan Belum Maksimal. Meski sistem aduan telah tersedia, penanganannya masih lambat karena keterbatasan SDM. Data keluhan belum diperbarui secara rutin, sehingga sulit digunakan sebagai acuan evaluasi kebijakan secara menyeluruh.

## **5. Hasil Evaluasi Efektivitas dan Efisiensi Kebijakan Program PANGERAN DIPONEGORO dalam Mengatasi Permasalahan UHC di Kota Semarang**

Salah satu topik krusial yang mengemuka dalam diskusi adalah peran strategis pembiayaan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dalam memastikan keberlanjutan perlindungan kesehatan bagi kelompok miskin dan rentan melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) daerah. Para peserta menekankan bahwa pengambilan keputusan anggaran oleh DPRD hendaknya senantiasa dilandasi prinsip keadilan distributif dan sensitivitas terhadap urgensi perlindungan sosial, terutama bagi individu atau keluarga yang belum tercakup dalam skema PBI nasional. Selain itu, kebutuhan untuk menjamin kecepatan respons anggaran dalam situasi darurat juga dipandang mendesak. Mekanisme percepatan aktivasi kepesertaan dapat diterapkan secara efektif, sehingga warga yang mendadak memerlukan layanan kesehatan tidak terhambat oleh prosedur administratif yang panjang. Pengawasan penggunaan anggaran kesehatan pun menjadi perhatian bersama, agar potensi pemborosan, duplikasi program, maupun ketidakefisienan antarinstansi dapat dicegah secara sistematis, sekaligus memastikan setiap rupiah yang dialokasikan benar-benar menghasilkan dampak signifikan terhadap peningkatan kualitas kesehatan masyarakat.

Sebagai tindak lanjut atas berbagai temuan dan masukan tersebut, forum diskusi berhasil merumuskan sejumlah rekomendasi strategis yang dinilai penting untuk segera diimplementasikan. Salah satunya ialah penguatan sinergi antarlembaga, khususnya antara DPRD, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, serta instansi teknis lain yang memiliki mandat dalam pengelolaan jaminan kesehatan.

Sinergi ini tidak hanya diperlukan dalam konteks koordinasi teknis, tetapi juga dalam menyatukan visi dan komitmen politik demi memastikan keberlangsungan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang. Di samping itu, forum mendorong percepatan penyusunan regulasi pendukung, seperti Peraturan Daerah (Perda) atau regulasi turunan lain, yang mampu memberikan landasan hukum lebih kuat terhadap implementasi JKN di tingkat lokal, sehingga kebijakan tidak bergantung pada orientasi politik jangka pendek atau pergantian kepemimpinan daerah. Dengan demikian, keberlanjutan program jaminan kesehatan dapat terjamin dalam jangka panjang.

Penguatan kapasitas sumber daya manusia menjadi salah satu rekomendasi prioritas. Tenaga administrasi dan petugas verifikasi data kepesertaan dinilai memegang peranan penting dalam menjaga akurasi data, percepatan aktivasi kepesertaan, serta pemberian layanan yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Pengembangan sistem *monitoring* dan evaluasi kepesertaan secara berkala juga diusulkan agar efektivitas program dapat diukur secara objektif dan transparan. Tidak kalah penting, penyediaan kanal pengaduan publik yang mudah diakses masyarakat diharapkan mampu meningkatkan akuntabilitas program serta memperkuat kepercayaan publik terhadap jaminan kesehatan nasional. Keseluruhan hasil diskusi ini diharapkan menjadi rujukan konkret bagi pengambilan kebijakan legislatif dan eksekutif, sekaligus menjadi pijakan dalam membangun sistem jaminan kesehatan yang adil, merata, dan berkelanjutan di Kota Semarang.

Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) hingga Maret 2022 telah dijadikan sebagai salah satu tolok ukur keberhasilan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang dalam diskusi ini dipandang sangat bergantung pada sinergi para pemangku kepentingan di berbagai tingkatan. Dalam forum tersebut, telah ditekankan bahwa peran pemerintah daerah perlu diperkuat secara signifikan, mengingat kebijakan di tingkat lokal kerap menjadi penentu utama keberhasilan pelaksanaan program di lapangan. Disepakati pula bahwa keterlibatan legislatif daerah, dinas kesehatan, BPJS Kesehatan, dan perangkat desa harus dioptimalkan dalam memastikan setiap penduduk memperoleh perlindungan kesehatan secara adil dan merata.

Dalam diskusi, perhatian khusus telah diarahkan pada persoalan ketidakakuratan data kependudukan yang hingga kini masih sering ditemui. Ketidaksesuaian data, seperti adanya data ganda atau belum diverifikasi, telah diakui sebagai penyebab keterlambatan aktivasi kepesertaan maupun hambatan dalam penyaluran bantuan iuran. Kelompok rentan, termasuk penduduk non-dokumen, masyarakat adat, dan pekerja sektor informal, juga telah disebutkan sebagai pihak yang paling sulit dijangkau oleh sistem. Kondisi ini dipandang sebagai cerminan perlunya kebijakan yang lebih adaptif terhadap konteks lokal serta mekanisme pemutakhiran data yang dilakukan secara berkelanjutan melalui kolaborasi intensif antarinstansi.

Peran strategis pemerintah daerah dalam mendukung percepatan pencapaian UHC telah diidentifikasi sebagai salah satu faktor determinan keberhasilan. Berdasarkan pengalaman di beberapa daerah, keberhasilan

peningkatan cakupan peserta JKN telah banyak ditentukan oleh keberpihakan anggaran yang dialokasikan secara khusus serta keberadaan regulasi pendukung yang ditetapkan di tingkat daerah. Daerah yang kepemimpinannya memiliki visi kesehatan publik yang kuat telah dicatat lebih cepat dalam menyusun kebijakan afirmatif, menyediakan dana Penerima Bantuan Iuran (PBI) Daerah, dan mengoptimalkan peran kader kesehatan dalam proses sosialisasi. Keterbatasan kapasitas fiskal di sejumlah daerah masih menyebabkan kesulitan dalam pemenuhan kewajiban pembiayaan iuran secara berkelanjutan, sehingga risiko peningkatan jumlah penduduk tidak terlindungi tetap tinggi.

Sinergi lintas sektor antara Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, dan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Dukcapil) telah dianggap sebagai elemen penting yang harus diperkuat untuk menjembatani kesenjangan yang ada. Melalui koordinasi yang lebih terpadu, integrasi data kependudukan diharapkan dapat ditingkatkan, proses verifikasi kepesertaan dapat disederhanakan, dan penyediaan bantuan iuran bagi masyarakat miskin dapat dioptimalkan. Pendekatan lintas sektor juga dipandang sebagai syarat untuk memastikan bahwa desain layanan kesehatan dapat disesuaikan dengan karakteristik sosial ekonomi masyarakat setempat, sehingga keberhasilan implementasi JKN tidak hanya bergantung pada kebijakan pusat.

Langkah-langkah strategis yang telah ditempuh oleh BPJS Kesehatan turut dipaparkan dalam diskusi ini. Salah satu kebijakan yang telah dikedepankan adalah integrasi sistem dengan database kependudukan nasional agar validasi Nomor Induk Kependudukan (NIK) dapat dilakukan secara lebih akurat.

Pengembangan layanan digital telah dilakukan untuk memudahkan proses pendaftaran dan klaim layanan. Meski demikian, tantangan teknis tetap dijumpai pada banyak daerah yang infrastrukturnya belum memadai. Kurangnya pelatihan bagi sumber daya manusia kesehatan dan rendahnya literasi digital masyarakat juga telah disebutkan sebagai faktor yang menghambat efektivitas pelaksanaan program.

Pencapaian UHC bukan hanya terkait aspek administratif dan kuantitatif kepesertaan, melainkan juga mencakup keberlanjutan pembiayaan, kualitas pelayanan, dan keadilan akses. Pemerintah pusat didorong agar dukungan anggaran tambahan dapat diberikan kepada daerah dengan keterbatasan fiskal, sehingga kelompok miskin tidak dibiarkan berada di luar jaminan perlindungan kesehatan. Pemanfaatan teknologi informasi telah ditekankan sebagai instrumen penting yang harus dioptimalkan, namun diiringi dengan program literasi masyarakat, penguatan kapasitas kelembagaan, dan perbaikan pengawasan agar sistem berjalan lebih efektif.

Tantangan implementasi JKN serta kompleksitas pencapaian UHC yang merata dan berkelanjutan menjadi rekomendasi yang diharapkan dapat dijadikan rujukan dalam penyusunan kebijakan yang lebih inklusif dan responsif, sehingga perlindungan sosial melalui sistem jaminan kesehatan nasional dapat diwujudkan secara optimal di seluruh wilayah Indonesia.

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan secara nasional berlandaskan ketentuan dalam Undang-Undang Dasar 1945 serta regulasi terkait. Perubahan keempat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 semakin

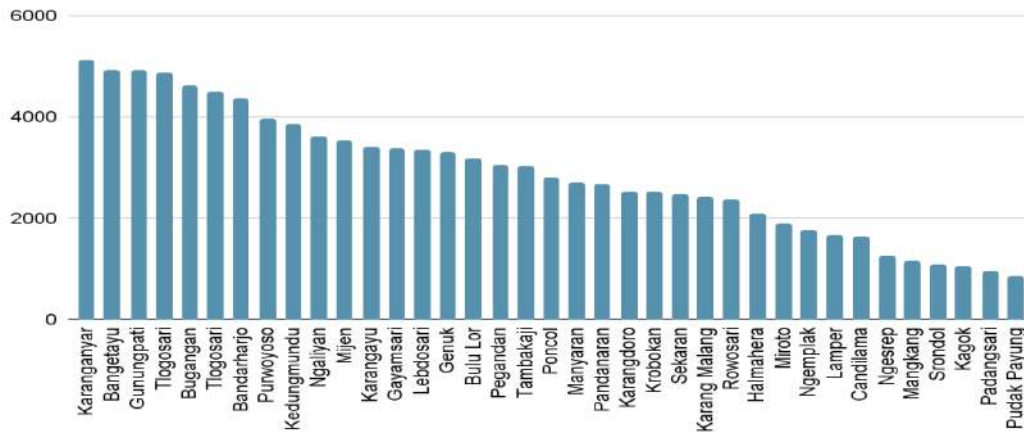
menegaskan tujuan negara dalam meningkatkan kesejahteraan rakyat melalui pengembangan sistem jaminan sosial bagi seluruh masyarakat. Implementasi tujuan ini diwujudkan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial wajib, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Program ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat dengan memberikan layanan kepada peserta yang membayar iuran secara mandiri maupun yang iurannya ditanggung oleh pemerintah.

Pemerintah Kota Semarang menerapkan Program *Universal Health Coverage* (UHC) sesuai dengan Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Kota Semarang. Melalui kebijakan ini, seluruh penduduk Kota Semarang didaftarkan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS Kesehatan yang pembiayaannya bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kota Semarang.

Program PBI APBD bertujuan memastikan akses layanan kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat Kota Semarang, terutama mereka yang berada dalam kondisi ekonomi rentan. Bantuan iuran ini memungkinkan kelompok kurang mampu untuk mendapatkan layanan kesehatan tanpa harus menanggung biaya penuh. Pada tahun 2023, tercatat sebanyak 114.300 peserta PBI-APBD yang memanfaatkan layanan di berbagai puskesmas di Kota Semarang.

**Gambar 4. 1 Kunjungan Peserta PBI-APBD di Kota Semarang Tahun 2023**



Berdasarkan data kunjungan peserta PBI-APBD di Kota Semarang, Puskesmas Karanganyar mencatat jumlah kunjungan tertinggi dengan 5.125 peserta, sementara Puskesmas Puduk Payung memiliki jumlah kunjungan terendah, yaitu 846 peserta. Perbedaan jumlah kunjungan ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti jumlah penduduk di wilayah cakupan, aksesibilitas fasilitas kesehatan, serta tingkat kesadaran masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia.

Program *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang telah mencapai cakupan penuh atau 100 persen pada tahun 2023. Program ini, yang telah berjalan sejak Oktober 2017, bertujuan untuk menjamin akses layanan kesehatan bagi seluruh penduduk Kota Semarang tanpa terkendala biaya pengobatan atau perawatan. Pemerintah Kota Semarang menunjukkan komitmennya dalam memastikan setiap warga mendapatkan perlindungan kesehatan yang memadai melalui program ini. Informasi terkait kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Semarang berdasarkan Fasilitas

Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dari tahun 2018 hingga 2023 dapat dilihat dalam grafik yang tersedia.

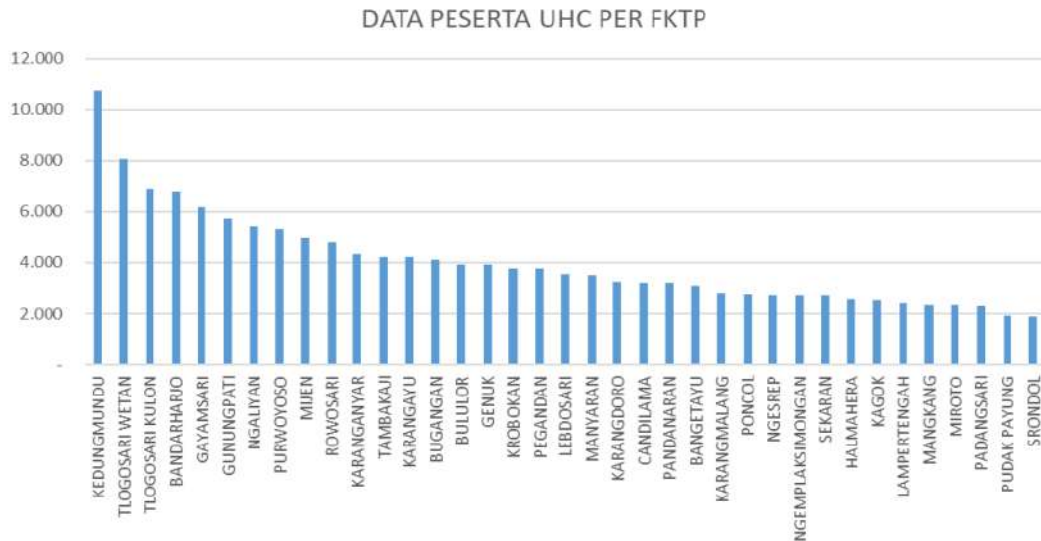
Pencapaian cakupan 100 persen ini memberikan interpretasi mendalam terhadap tujuan penelitian, khususnya dalam mengevaluasi efektivitas dan efisiensi kebijakan PANGERAN DIPONEGORO. Angka ini mendukung hipotesis bahwa kebijakan tersebut berhasil menciptakan perlindungan kesehatan universal dari sisi pembiayaan, karena tidak ada warga yang dikecualikan dari program JKN. Namun, cakupan penuh ini tidak serta merta menjamin aksesibilitas dan kualitas layanan yang merata, sebagaimana ditunjukkan oleh variasi kunjungan antar puskesmas pada paragraf sebelumnya. Jika grafik kepesertaan JKN menunjukkan peningkatan stabil dari 2018 hingga 2023, hal ini memperkuat argumen bahwa komitmen pemerintah efektif dalam hal perluasan jangkauan. Namun, jika terdapat fluktuasi atau stagnasi di beberapa tahun, hal itu bisa bertentangan dengan hipotesis efisiensi program, menunjukkan adanya tantangan dalam implementasi atau pemanfaatan layanan yang perlu dievaluasi lebih lanjut untuk memastikan bahwa cakupan 100 persen benar-benar mencerminkan akses dan kualitas yang optimal bagi seluruh penduduk.



kesehatan secara merata di Kota Semarang, tren penurunan ini mendukung argumen tersebut dengan menunjukkan bahwa saturasi kepesertaan telah tercapai, yang berarti sebagian besar penduduk telah terjangkau oleh program sejak awal implementasi pada 2017. Penurunan ini dapat bertentangan dengan hipotesis jika diasumsikan bahwa pendaftaran baru yang semakin sedikit mencerminkan kurangnya upaya proaktif untuk menjangkau kelompok rentan yang belum terdaftar, seperti penduduk miskin baru atau migran, yang mungkin masih menghadapi hambatan akses.

Tujuan kedua penelitian yaitu mengidentifikasi faktor penghambat aksesibilitas, tren ini menuntut analisis lebih lanjut: apakah penurunan pendaftaran mencerminkan keberhasilan total atau justru adanya stagnasi dalam sosialisasi dan penjangkauan. Tujuan ketiga yaitu mengevaluasi efektivitas kebijakan PANGERAN DIPONEGORO, angka ini dapat diartikan sebagai indikator efisiensi dalam mencapai cakupan luas, tetapi efektivitasnya tetap bergantung pada apakah layanan yang diakses benar-benar berkualitas dan memenuhi kebutuhan masyarakat, yang tidak dapat disimpulkan hanya dari tren pendaftaran saja.

**Gambar 4. 3 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)  
Kota Semarang Per FKTP pada tahun 2023**



Grafik tersebut menunjukkan bahwa pada tahun 2023, Puskesmas Kedungmundu mencatat jumlah kepesertaan UHC tertinggi di Kota Semarang, sementara Puskesmas Srandol memiliki jumlah kepesertaan terendah. Perbedaan ini dapat disebabkan oleh faktor demografi, jumlah penduduk di wilayah cakupan, serta tingkat pemanfaatan layanan kesehatan di masing-masing fasilitas. Makna yang lebih dalam dari data ini relevan dengan tujuan penelitian untuk menilai penyelenggaraan program UHC dari perspektif aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan. Tingginya kepesertaan di Puskesmas Kedungmundu dapat mendukung hipotesis bahwa UHC telah berhasil menjangkau wilayah dengan populasi besar atau kebutuhan kesehatan tinggi, yang mungkin didorong oleh faktor seperti kepadatan penduduk, lokasi strategis, atau tingkat kesadaran masyarakat yang lebih baik terhadap manfaat program. Sebaliknya, rendahnya kepesertaan di Puskesmas Srandol dapat bertentangan dengan hipotesis bahwa UHC memberikan akses merata di seluruh Kota Semarang, mengindikasikan

adanya ketimpangan regional yang dipengaruhi oleh faktor seperti akses fisik yang sulit, kurangnya promosi layanan, atau bahkan persepsi negatif terhadap kualitas pelayanan di fasilitas tersebut. Dalam konteks tujuan kedua penelitian, yaitu mengidentifikasi faktor penghambat aksesibilitas, perbedaan ini menyoroti perlunya investigasi lebih lanjut terhadap karakteristik demografi dan infrastruktur di kedua wilayah untuk memahami mengapa pemanfaatan layanan tidak seragam, yang dapat menjadi masukan bagi penyempurnaan kebijakan PANGERAN DIPONEGORO.

Tahun 2023, realisasi anggaran klaim premi BPJS di Kota Semarang mencapai Rp. 63.131.067.000. Anggaran ini mencakup berbagai komponen pembiayaan, termasuk Bantuan Iuran Pemda, Tagihan Iuran Induk, Tagihan Iuran Susulan, Tagihan Iuran BBL, serta Bantuan Iuran Mandiri yang dihitung dari Januari hingga Desember. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah dalam memastikan keberlanjutan program UHC bagi seluruh masyarakat. Interpretasi mendalam dari angka ini sangat signifikan dalam mengevaluasi efektivitas dan efisiensi kebijakan PANGERAN DIPONEGORO, sesuai dengan tujuan ketiga penelitian. Besarnya anggaran ini mendukung hipotesis bahwa pemerintah Kota Semarang memiliki komitmen kuat dalam pembiayaan UHC, yang tercermin dari alokasi dana yang mencakup berbagai kelompok, termasuk mereka yang membutuhkan bantuan iuran. Komponen seperti Bantuan Iuran Mandiri dan Tagihan Iuran Susulan menunjukkan upaya untuk menjaga keberlanjutan kepesertaan, bahkan bagi warga yang mungkin mengalami keterlambatan pembayaran, sehingga memperkuat argumen bahwa program ini inklusif.

Ketiadaan peningkatan akses maupun kualitas layanan di wilayah seperti Puskesmas Sronдол meskipun realisasi anggaran telah dilakukan, dapat dianggap bertentangan dengan hipotesis efisiensi. Kondisi ini menunjukkan bahwa alokasi dana yang besar belum sepenuhnya mampu mengatasi disparitas regional atau mendorong pemanfaatan layanan kesehatan secara merata.

**Gambar 4. 4 Realisasi Anggaran Klaim Premi BPJS di Kota Semarang tahun 2023**

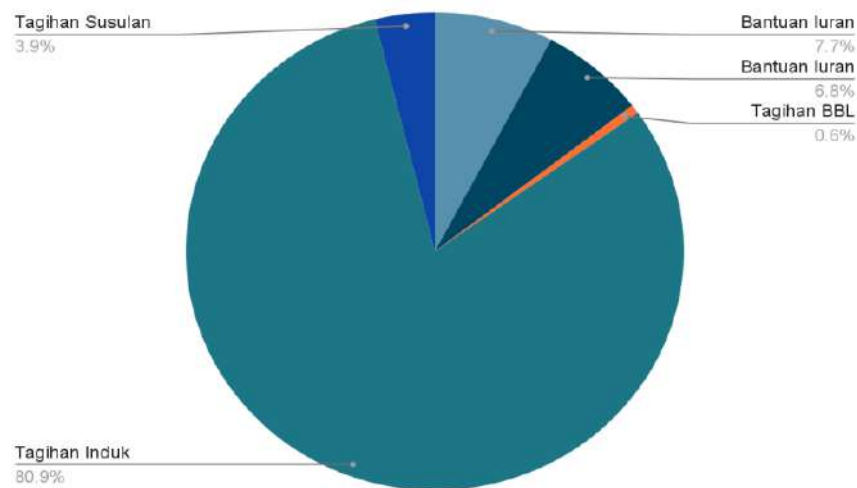


Diagram di atas menggambarkan pembagian anggaran klaim premi BPJS di Kota Semarang tahun 2023 berdasarkan komponen pembiayaan yang berbeda. Kontribusi terbesar anggaran klaim premi BPJS di Kota Semarang pada tahun 2023 berasal dari pembiayaan Tagihan Induk, yang mencapai 84% dengan total Rp.51.101.750.000. Dari rincian pembiayaan yang telah dialokasikan, kita dapat melihat jumlah anggaran yang dikeluarkan setiap bulan untuk klaim premi BPJS. Tagihan Induk merupakan komponen terbesar dengan kontribusi 80,9%, yang menunjukkan bahwa sebagian besar anggaran dialokasikan untuk pembayaran rutin bagi peserta BPJS yang telah terdaftar. Sementara itu, Bantuan Iuran terbagi

dalam dua kategori, yaitu 7,7% dan 6,8%, yang menggambarkan dukungan pemerintah dalam membantu pembayaran iuran untuk peserta tertentu. Selain itu, Tagihan Susulan memberikan kontribusi 3,9%, yang mencakup pembayaran tambahan atau penyesuaian klaim BPJS di luar tagihan utama.

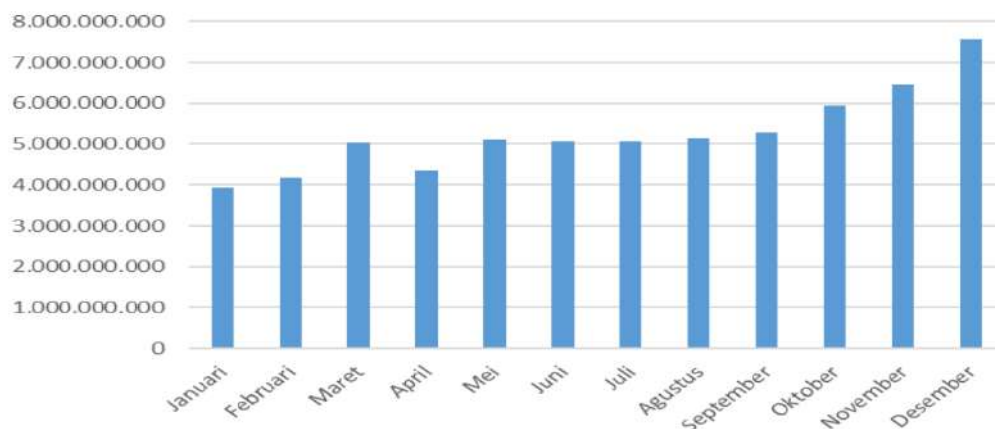
Tagihan BBL (Bayi Baru Lahir) memiliki porsi terkecil, yaitu 0,6%, yang menunjukkan bahwa pembiayaan untuk peserta bayi baru lahir relatif lebih kecil dibandingkan dengan komponen lainnya. Secara keseluruhan, grafik ini menggambarkan bagaimana anggaran BPJS diatur untuk mendukung keberlanjutan program *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang, dengan sebagian besar dana digunakan untuk pembayaran utama peserta, sementara bantuan iuran dan tagihan tambahan tetap dihitung sesuai dengan kebutuhan.

Dominasi Tagihan Induk sebesar 80,9% (Rp.51.101.750.000) berarti UHC di Kota Semarang memiliki struktur pembiayaan yang stabil dan berkelanjutan, karena sebagian besar anggaran difokuskan pada pemeliharaan kepesertaan rutin, yang mencerminkan komitmen kuat pemerintah untuk menjamin akses layanan kesehatan bagi mayoritas penduduk yang telah terdaftar. Angka ini menunjukkan bahwa sistem pembiayaan UHC mampu menangani beban utama program, yang selaras dengan tujuan untuk memastikan tidak ada warga yang terkendala biaya pengobatan. Porsi kecil dari Tagihan BBL (0,6%) dapat bertentangan dengan hipotesis jika penelitian mengasumsikan bahwa UHC juga harus memberikan perhatian khusus pada kelompok rentan seperti bayi baru lahir; angka ini menunjukkan bahwa kelompok ini mungkin kurang terakomodasi secara

finansial, yang bisa mengindikasikan adanya celah dalam inklusivitas program. Bantuan Iuran (7,7% dan 6,8%) memperkuat argumen bahwa kebijakan PANGERAN DIPONEGORO efektif dalam mendukung kelompok kurang mampu, tetapi porsinya yang relatif kecil dibandingkan Tagihan Induk memunculkan pertanyaan apakah bantuan ini cukup untuk mengatasi hambatan pembiayaan bagi penduduk miskin atau baru terdaftar, sesuai dengan tujuan kedua penelitian untuk mengidentifikasi faktor penghambat aksesibilitas.

Tagihan Susulan (3,9%) menunjukkan fleksibilitas dalam sistem untuk menangani ketidaksesuaian pembayaran, tetapi jika porsi ini meningkat di masa depan, bisa menjadi sinyal ketidakefisienan administrasi yang bertentangan dengan hipotesis efisiensi anggaran. Secara keseluruhan, distribusi anggaran ini mendukung keberlanjutan UHC, tetapi ketimpangan antar komponen menuntut evaluasi lebih lanjut untuk memastikan bahwa semua kelompok masyarakat, termasuk yang paling rentan, benar-benar terlayani dengan baik.

**Gambar 4. 5 Realisasi Anggaran Klaim Premi BPJS per Bulan di Kota Semarang tahun 2023**



Tahun 2023, anggaran klaim premi BPJS di Kota Semarang paling banyak dikeluarkan pada bulan Desember, dengan total anggaran mencapai Rp.7.574.055.800. Rincian pembiayaan pada bulan tersebut terdiri dari beberapa komponen, yaitu Bantuan Iuran Pemda sebesar Rp.499.010.400, Tagihan Iuran Induk sebesar Rp.5.647.285.000, Tagihan Iuran Susulan sebesar Rp.564.795.000, Tagihan Iuran BBL sebesar Rp.28.095.000, dan Bantuan Iuran Mandiri sebesar Rp.417.435.200. Anggaran terbesar dalam bulan Desember berasal dari Tagihan Iuran Induk, yang mencapai Rp.5.647.285.000, mencerminkan pembayaran rutin untuk peserta BPJS yang terdaftar. Sementara itu, Bantuan Iuran Pemda dan Bantuan Iuran Mandiri juga berperan penting dalam mendukung pembayaran iuran peserta tertentu. Pembiayaan Tagihan Iuran Susulan dan Iuran BBL (Bayi Baru Lahir) menunjukkan adanya penyesuaian dan pembiayaan khusus untuk klaim tambahan, meskipun kontribusinya lebih kecil dibandingkan dengan komponen utama seperti Tagihan Iuran Induk.

Puncak pengeluaran anggaran di bulan Desember (Rp.7.574.055.800) dengan dominasi Tagihan Iuran Induk (Rp.5.647.285.000) mendukung hipotesis bahwa UHC di Kota Semarang memiliki sistem pembiayaan yang kokoh untuk menjamin keberlanjutan kepesertaan rutin, terutama pada akhir tahun yang sering menjadi periode evaluasi dan penutupan anggaran. Besarnya Tagihan Iuran Induk menunjukkan bahwa mayoritas peserta telah terlayani secara konsisten, yang selaras dengan tujuan utama UHC untuk memastikan akses layanan kesehatan tanpa hambatan biaya. Lonjakan anggaran di bulan Desember dapat bertentangan dengan efisiensi jika hal ini mencerminkan penumpukan pembayaran atau

penyesuaian yang tertunda dari bulan-bulan sebelumnya, mengindikasikan potensi masalah dalam manajemen keuangan bulanan yang perlu dianalisis lebih lanjut sesuai tujuan kedua penelitian.

Bantuan Iuran Pemda (Rp.499.010.400) dan Bantuan Iuran Mandiri (Rp.417.435.200) memperkuat argumen bahwa kebijakan PANGERAN DIPONEGORO efektif dalam mendukung kelompok yang membutuhkan subsidi, tetapi porsi yang relatif kecil dibandingkan Tagihan Iuran Induk menimbulkan pertanyaan apakah bantuan ini cukup untuk mengatasi disparitas ekonomi di antara peserta, terutama di akhir tahun ketika kebutuhan kesehatan mungkin meningkat (misalnya, musim libur atau penyakit musiman). Sementara itu, Tagihan Iuran Susulan (Rp.564.795.000) menunjukkan fleksibilitas sistem dalam menangani keterlambatan, tetapi Tagihan Iuran BBL yang sangat kecil (Rp.28.095.000) dapat bertentangan dengan hipotesis bahwa UHC memberikan perhatian seimbang pada kelompok rentan seperti bayi baru lahir; angka ini menunjukkan prioritas rendah pada kelompok ini, yang bisa menjadi celah dalam inklusivitas program.

Hasil evaluasi sebagai berikut :

a. Evaluasi Pembiayaan dan Peran Strategis Pemerintah Daerah

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa keberhasilan pelaksanaan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang sangat bergantung pada keberlanjutan pembiayaan melalui sinergi multisektor, terutama peran strategis Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dalam mendukung Penerima Bantuan Iuran (PBI) Daerah. Keputusan anggaran yang

diambil oleh DPRD dinilai cukup responsif terhadap kebutuhan kelompok rentan, meskipun mekanisme percepatan aktivasi kepesertaan masih perlu diperkuat untuk menghindari keterlambatan layanan akibat prosedur administratif. Pemerintah daerah juga dinilai perlu mengantisipasi potensi pemborosan atau duplikasi program dengan menerapkan sistem pengawasan terpadu. Forum evaluasi menekankan pentingnya menguatkan regulasi lokal, seperti Perda pendukung JKN, agar pelaksanaan UHC tidak tergantung pada siklus politik jangka pendek dan tetap menjamin keberlanjutan jaminan kesehatan secara struktural.

b. Sinergi Antar Lembaga dan Ketepatan Intervensi Kebijakan

Evaluasi juga mengidentifikasi bahwa sinergi antarlembaga—Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, DPRD, hingga perangkat desa—memegang peran penting dalam memperluas cakupan dan menjaga kualitas pelaksanaan program JKN. Kolaborasi tersebut telah menghasilkan cakupan kepesertaan mencapai lebih dari 99% penduduk pada 2022, namun efektivitasnya masih perlu ditingkatkan melalui penguatan kapasitas sumber daya manusia administratif, serta percepatan penyusunan regulasi turunan yang mampu menjamin keselarasan arah kebijakan di tingkat lokal. Kelemahan utama yang teridentifikasi adalah lemahnya proses pemutakhiran data kependudukan dan verifikasi peserta, yang menghambat aktivasi dan penyaluran bantuan tepat sasaran, khususnya bagi kelompok rentan seperti pekerja informal, penduduk non-dokumen, dan masyarakat miskin baru yang belum terjangkau program.

c. Ketimpangan Akses dan Ketidakseimbangan Regional

Dari sisi aksesibilitas, evaluasi menemukan bahwa meskipun cakupan peserta telah menyentuh 100%, disparitas antarwilayah masih terjadi. Terdapat variasi signifikan dalam jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan, di mana Puskesmas Karanganyar mencatat angka tertinggi dan Pudak Payung terendah, menunjukkan bahwa pemerataan akses layanan masih menjadi tantangan. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor seperti perbedaan kepadatan penduduk, lokasi geografis, dan kesadaran masyarakat terhadap manfaat program. Tren data juga menunjukkan adanya ketidakseimbangan antara kepesertaan dan pemanfaatan, mengindikasikan bahwa cakupan administratif belum sepenuhnya mencerminkan akses riil terhadap layanan kesehatan, terutama di daerah dengan akses fisik terbatas atau persepsi negatif terhadap kualitas layanan.

d. Evaluasi Efisiensi dan Alokasi Anggaran

Evaluasi lebih lanjut terhadap data keuangan menunjukkan bahwa realisasi anggaran klaim premi BPJS di Kota Semarang tahun 2023 mencapai lebih dari Rp63 miliar, dengan 80,9% dialokasikan untuk tagihan induk. Angka ini menunjukkan struktur pembiayaan yang stabil dan konsisten, tetapi alokasi untuk kelompok rentan seperti bayi baru lahir (Tagihan BBL hanya 0,6%) menunjukkan celah dalam inklusivitas program. Sementara itu, besarnya dana Bantuan Iuran dan Tagihan Susulan memperlihatkan adanya komitmen terhadap kelompok miskin dan fleksibilitas dalam menangani keterlambatan pembayaran, namun juga menandai potensi ketidakefisienan administratif.

Dominasi pengeluaran pada akhir tahun (Desember) menimbulkan pertanyaan mengenai efisiensi manajemen anggaran bulanan, dan menyoroti perlunya evaluasi sistem keuangan agar tidak terjadi akumulasi beban pembayaran di satu periode tertentu.

e. Refleksi atas Kualitas Layanan dan Kepuasan Masyarakat

Aspek kualitas layanan menjadi perhatian penting dalam evaluasi ini. Meskipun program UHC telah menjamin cakupan penuh, belum semua peserta mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Perbedaan signifikan dalam tingkat kepesertaan per fasilitas kesehatan, serta rendahnya penggunaan Tagihan BBL, menunjukkan bahwa kelompok tertentu belum sepenuhnya terlayani. Selain itu, waktu tunggu yang panjang, keluhan pasien terhadap pelayanan di fasilitas ramai, serta masih terbatasnya kanal pengaduan yang responsif mengindikasikan perlunya penguatan sistem pelayanan berbasis kebutuhan. Evaluasi ini menekankan bahwa capaian administratif seperti 100% kepesertaan belum cukup jika tidak disertai dengan kualitas dan keadilan layanan yang merata. Oleh karena itu, penguatan literasi digital, pelatihan SDM, dan reformasi sistem pengaduan masyarakat menjadi langkah penting untuk menjamin keberlanjutan dan efektivitas UHC di Kota Semarang secara menyeluruh.

### C. Pembahasan

Program *Universal Health Coverage* (UHC) yang diterapkan di Kota Semarang telah mendorong perubahan signifikan dalam sistem pelayanan kesehatan, khususnya dalam aspek pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas

layanan. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kota Semarang disusun secara sistematis untuk mendukung pelaksanaan program UHC. Penyusunan anggaran tersebut memperhitungkan berbagai faktor, termasuk kebutuhan layanan kesehatan primer dan sistem rujukan, sehingga dapat memastikan keberlanjutan program serta optimalisasi manfaat bagi masyarakat.

Dunn (2018) mengungkapkan kebijakan kesehatan yang efektif harus mempertimbangkan tiga aspek utama, yaitu alokasi sumber daya, aksesibilitas layanan, dan dampak terhadap kesejahteraan masyarakat. Alokasi anggaran kesehatan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kota Semarang dirancang secara sistematis untuk memastikan keberlanjutan program UHC. Prinsip penganggaran berbasis kebutuhan, sebagaimana dijelaskan dalam teori anggaran publik oleh Mardiasmo (2018), menjadi dasar dalam menyusun kebijakan keuangan daerah guna mendukung layanan kesehatan yang merata dan berkeadilan.

Teori aksesibilitas layanan kesehatan yang dikembangkan oleh Penchansky dan Thomas (1981) menekankan pentingnya lima dimensi aksesibilitas, yaitu keterjangkauan, ketersediaan, akseptabilitas, kesesuaian, dan kemampuan membayar. Dalam implementasi program UHC di Kota Semarang, pemerintah daerah berupaya memastikan bahwa layanan kesehatan dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat melalui sistem pembiayaan yang inklusif. Penyusunan anggaran yang mempertimbangkan kebutuhan layanan kesehatan primer dan sistem rujukan bertujuan untuk meningkatkan keterjangkauan layanan bagi masyarakat. Penerapan program UHC tidak hanya berorientasi pada

perluasan cakupan kepesertaan, tetapi juga pada peningkatan kualitas layanan kesehatan yang berkelanjutan sesuai dengan prinsip *good governance* dalam sektor kesehatan.

Anggaran untuk UHC telah diperhitungkan secara matang. Optimalisasi penggunaan dana tetap menjadi tantangan signifikan, khususnya dalam konteks kenaikan biaya kesehatan selama lima tahun terakhir. Rasio masyarakat yang aktif membayar iuran BPJS juga masih perlu ditingkatkan agar keberlanjutan pembiayaan dapat terjaga secara konsisten. Permasalahan tunggakan iuran BPJS tercatat sebagai kendala utama yang memerlukan penanganan, sehingga strategi inovatif, seperti pemberian insentif bagi peserta yang patuh membayar serta penerapan sanksi bagi yang menunggak, dinilai penting untuk diterapkan. Pengelolaan pembiayaan yang lebih efektif dan peningkatan kepatuhan masyarakat dalam memenuhi kewajiban iuran diharapkan mampu memperkuat keberlanjutan sistem kesehatan di Kota Semarang.

Implementasi UHC dari perspektif aksesibilitas, telah meningkatkan cakupan kepesertaan BPJS di Kota Semarang, meskipun masih terdapat tantangan dalam menjangkau kelompok rentan, seperti pekerja sektor informal dan masyarakat miskin. Berbagai upaya telah dilakukan untuk memperluas cakupan kepesertaan, termasuk kerja sama dengan berbagai pihak serta pemanfaatan teknologi digital dalam pendaftaran dan monitoring. Selain itu, jumlah dan distribusi fasilitas kesehatan, seperti Puskesmas, klinik, dan rumah sakit, telah mencukupi untuk melayani sebagian besar penduduk, tetapi masih ada beberapa wilayah yang memerlukan peningkatan akses. Rasio tenaga medis terhadap

jumlah penduduk juga menjadi perhatian, dengan berbagai langkah yang diambil untuk memastikan distribusi tenaga kesehatan yang lebih merata.

Tingkat kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan mengalami peningkatan setelah UHC diterapkan, namun masih terdapat kendala dalam waktu tempuh dan biaya transportasi bagi masyarakat di daerah tertentu. Pengembangan infrastruktur, peningkatan layanan kesehatan keliling, dan pemanfaatan teknologi dalam pelayanan, diharapkan aksesibilitas layanan kesehatan di Kota Semarang semakin merata dan tidak lagi menjadi hambatan bagi masyarakat.

Aspek kualitas layanan kesehatan di Kota Semarang menunjukkan perkembangan positif melalui renovasi rutin, peningkatan sarana dan prasarana, serta pengawasan kebersihan yang lebih ketat. Ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial tercatat semakin baik berkat penerapan sistem distribusi yang lebih terkoordinasi. Proses evaluasi tetap dianggap penting agar pemerataan ketersediaan dapat terwujud pada seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.

Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki sertifikasi dan pelatihan tambahan mengalami peningkatan signifikan seiring pelaksanaan program pengembangan kompetensi yang dilakukan secara berkala. Rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien masih menjadi tantangan, terutama pada jam layanan padat di beberapa fasilitas kesehatan. Redistribusi tenaga medis bersama pemanfaatan teknologi informasi dinilai sebagai langkah prioritas yang perlu dioptimalkan secara konsisten.

Tingkat kepuasan masyarakat terhadap layanan kesehatan secara umum menunjukkan kecenderungan positif, berdasarkan berbagai laporan internal dan

umpan balik pengguna layanan. Persepsi masyarakat terutama berkaitan dengan keramahan tenaga kesehatan dan mutu hasil pelayanan yang dirasakan semakin baik. Waktu tunggu di sejumlah fasilitas kesehatan masih menjadi kendala. Optimalisasi sistem antrean dengan aplikasi PUSTAKA (Puskesmas Tanpa Antrian) dan penguatan kapasitas layanan dipandang mendesak agar efisiensi waktu tunggu dapat tercapai secara lebih merata.

Implementasi UHC di Kota Semarang telah membawa perubahan positif dalam sistem pelayanan kesehatan, terutama dalam aspek pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan. Tantangan masih tetap ada, seperti keberlanjutan pembiayaan BPJS, pemerataan akses ke fasilitas kesehatan, serta peningkatan kualitas layanan dalam menghadapi lonjakan pasien. Komitmen pemerintah daerah, kerja sama antara berbagai pemangku kepentingan, serta dukungan aktif dari masyarakat, diharapkan program UHC dapat terus berkembang dan memberikan manfaat yang lebih luas bagi seluruh penduduk Kota Semarang.

Pelaksanaan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang membawa dampak signifikan terhadap pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan kesehatan. Sejumlah penelitian terdahulu mendukung temuan bahwa UHC telah meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, tetapi masih menghadapi tantangan dalam pembiayaan dan kualitas pelayanan.

Penelitian Kutzin (2013) menekankan bahwa mekanisme pembiayaan yang efektif berperan penting dalam keberhasilan UHC, terutama dalam memastikan akses layanan yang terjangkau bagi seluruh masyarakat. Hal ini

sejalan dengan temuan Rizky Perdana et al. (2022), yang menunjukkan bahwa meskipun cakupan layanan kesehatan di Indonesia meningkat melalui BPJS Kesehatan, sustainabilitas dana menjadi tantangan utama akibat beban peserta yang tinggi. Selain itu, penelitian Nisnoni dan Sulistyowati (2020) juga menyoroti bahwa peningkatan anggaran menjadi kendala dalam implementasi UHC di Kota Semarang, terutama karena kenaikan iuran dan kurangnya efektivitas dalam sosialisasi program.

Beberapa penelitian mengidentifikasi bahwa meskipun UHC mengurangi hambatan finansial, tantangan geografis dan distribusi fasilitas kesehatan masih menjadi masalah. Penelitian Darrudi et al. (2022) menunjukkan bahwa keterbatasan infrastruktur di daerah tertentu menghambat pemerataan akses layanan kesehatan. Ini diperkuat oleh temuan Ensor (2004), yang mengungkap bahwa akses terhadap layanan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor finansial, tetapi juga oleh faktor geografis dan sosial, termasuk stigma terhadap layanan kesehatan tertentu. Studi tentang UHC di Indonesia juga menyoroti bahwa meskipun akses finansial meningkat, distribusi tenaga kesehatan dan layanan medis masih belum merata, yang berdampak pada kesenjangan dalam penyediaan layanan kesehatan.

Penelitian Gandanesia & Maesaroh (2020) mengungkapkan bahwa pelayanan bagi peserta UHC di Rumah Sakit Wongsonegoro Kota Semarang masih memerlukan peningkatan untuk mencapai kepuasan pasien yang optimal. Hal ini selaras dengan penelitian Aisyah (2022), yang menemukan bahwa implementasi UHC di Kota Semarang masih menghadapi kendala dalam sistem

informasi dan kekurangan tenaga di loket pelayanan UHC Dinas Kesehatan. Selain itu, penelitian global tentang dampak UHC terhadap layanan kesehatan menunjukkan bahwa meskipun program ini dapat meningkatkan indikator kesehatan populasi, tantangan dalam kualitas layanan tetap ada, terutama dalam hal waktu tunggu, kompetensi tenaga medis, serta ketersediaan alat medis dan obat-obatan.

Dalam mendukung Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC). Dalam forum ini, peran legislatif ditekankan bukan hanya sebatas pengesahan anggaran, tetapi juga pembentukan regulasi yang menjamin perlindungan hak kesehatan masyarakat. Cakupan JKN di Semarang telah mencapai lebih dari 95% per Maret 2023, dan kolaborasi lintas sektor dipandang penting untuk mempertahankan serta meningkatkan capaian tersebut, khususnya bagi kelompok rentan.

Diskusi juga menyoroti tantangan administratif yang dihadapi masyarakat dalam pendaftaran dan aktivasi kepesertaan JKN, termasuk rendahnya pemahaman warga terhadap prosedur dan manfaat layanan. Masih ada hambatan terkait integrasi data dan keterlambatan aktivasi peserta saat kondisi darurat. Oleh karena itu, peserta FGD menyarankan agar dibuat regulasi lokal yang memungkinkan aktivasi otomatis bagi penerima bantuan iuran (PBI) serta memperkuat peran kader kesehatan dalam sosialisasi. Pemutakhiran data melalui DTKS juga dianggap krusial agar program ini tepat sasaran.

Pembiayaan JKN menjadi fokus penting, terutama mengenai kontribusi APBD dalam menjamin kepesertaan masyarakat miskin yang tidak tercover PBI

nasional. Pemerintah Kota Semarang telah mengalokasikan dana sekitar Rp81 miliar untuk iuran PBI daerah, namun diperlukan kebijakan tambahan untuk mengatasi tunggakan iuran peserta. Transparansi dan efektivitas penggunaan anggaran menjadi sorotan agar setiap dana benar-benar memberikan dampak kesehatan. DPRD diminta berperan aktif dalam pengawasan anggaran serta mendukung regulasi yang memastikan perlindungan menyeluruh bagi warga.

FGD juga menyepakati bahwa edukasi dan advokasi publik adalah kunci keberlanjutan UHC. Kampanye literasi JKN melalui media sosial, forum masyarakat, dan tokoh lokal perlu diperkuat agar pemahaman publik meningkat. Selain itu, penting untuk mengevaluasi pencapaian UHC tidak hanya dari segi kuantitas, tetapi juga kualitas pelayanan. FGD ini menekankan bahwa pencapaian UHC bukan semata soal angka cakupan, melainkan juga mengenai keadilan akses dan keberlanjutan layanan di seluruh wilayah, yang hanya dapat terwujud melalui sinergi kuat antara pemerintah, legislatif, penyedia layanan, dan masyarakat.

Penelitian Suryawijaya et al. (2023) tentang program PANGERAN DIPONEGORO menunjukkan bahwa inovasi layanan publik di Kota Semarang telah berkontribusi dalam mengatasi berbagai tantangan UHC. Program ini terbukti meningkatkan cakupan kepesertaan, memperluas akses layanan kesehatan, serta membantu pemerintah daerah dalam mengatasi kendala pembiayaan dan distribusi fasilitas kesehatan. Dengan adanya program ini, Kota Semarang mampu mengoptimalkan implementasi UHC dan mendekati target cakupan kesehatan semesta yang lebih ideal.

Berbagai penelitian terdahulu mendukung bahwa pelaksanaan UHC di Kota Semarang telah membawa kemajuan dalam aksesibilitas dan pembiayaan layanan kesehatan, meskipun masih menghadapi kendala dalam keberlanjutan dana serta kualitas pelayanan. Langkah-langkah inovatif seperti program PANGERAN DIPONEGORO menjadi kunci dalam mengatasi tantangan ini, sehingga implementasi UHC dapat berjalan lebih optimal dan berkelanjutan di masa depan.

Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 menyediakan kerangka ambisius untuk jaminan kesehatan, tetapi implementasinya penuh ketidaksesuaian. Alokasi anggaran di bawah target, efisiensi terhambat oleh logistik yang buruk, kontribusi masyarakat rendah karena edukasi lemah, dan keberlanjutan finansial terancam oleh ketergantungan APBD. Kebijakan ini kuat di atas kertas, tetapi tanpa pengawasan ketat, teknologi memadai, dan pendekatan yang realistis terhadap tantangan sosial-ekonomi, janji pemerataan dan efektivitas layanan kesehatan tetap jauh dari kenyataan, terutama bagi masyarakat miskin yang seharusnya menjadi prioritas utama.

Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 menawarkan visi ambisius untuk UHC melalui cakupan kepesertaan luas, fasilitas merata, pemanfaatan efisien, dan akses minim hambatan. Namun, implementasinya penuh celah: pendaftaran BPJS tidak menjangkau semua kelompok marginal, distribusi fasilitas dan tenaga medis timpang, sistem informasi tidak sepenuhnya mendukung evaluasi real-time, dan hambatan geografis serta ekonomi terus membatasi akses. Literasi kesehatan yang rendah memperparah inefisiensi,

sementara kebijakan ini terlalu bergantung pada infrastruktur existing tanpa inovasi nyata untuk kelompok rentan. Narasi inklusivitas dan efisiensi dalam kebijakan sering kali bertabrakan dengan realitas ketimpangan, menunjukkan bahwa tanpa pengawasan ketat, pendanaan memadai, dan pendekatan berbasis komunitas, janji UHC di Semarang tetap lebih sebagai dokumen daripada kenyataan bagi banyak warga, terutama yang paling membutuhkan.

Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 menawarkan kerangka ambisius untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan melalui infrastruktur memadai, tenaga medis kompeten, dan kepuasan pasien tinggi. Namun, implementasinya penuh celah: fasilitas kesehatan timpang antarwilayah, obat esensial sering kosong, pelatihan tenaga medis tidak merata, rasio dokter tidak mendukung layanan optimal, dan sistem pengaduan gagal menangani keluhan efektif. Kebijakan ini terlalu bergantung pada teknologi dan metrik tanpa mengatasi akar masalah seperti anggaran terbatas, ketimpangan distribusi, dan literasi masyarakat. Akibatnya, janji mutu layanan sering kali tidak terpenuhi, terutama bagi warga miskin di pinggiran, menunjukkan bahwa kebijakan ini lebih kuat di atas kertas daripada di lapangan.

Program *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang telah meningkatkan pelayanan kesehatan melalui pembiayaan yang sistematis, aksesibilitas yang lebih luas, dan kualitas layanan yang lebih baik. Anggaran kesehatan dalam APBD 2025, dengan total Rp 5,52 triliun dan retribusi layanan kesehatan Rp 429,9 miliar, dirancang untuk mendukung UHC, fokus pada layanan primer dan subsidi BPJS bagi masyarakat miskin. Namun, tantangan seperti

tunggakan iuran BPJS (10-15% peserta mandiri menunggak pada 2023) dan kenaikan biaya kesehatan 5-7% per tahun sejak 2020 menghambat keberlanjutan, menunjukkan perlunya strategi inovatif seperti insentif kepatuhan, menurut laporan Dinas Kesehatan Jateng 2024.

Aksesibilitas UHC di Semarang meningkat dengan cakupan BPJS 95% penduduk pada 2024, didukung program seperti Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas Pandanaran (Februari 2025) (Dinas Kesehatan Kota Semarang). Meski demikian, kelompok rentan seperti pekerja informal sering terlewat dalam pendaftaran, dan distribusi 37 Puskesmas, 150+ klinik, dan 25 rumah sakit timpang, dengan daerah pinggiran seperti Gunungpati kekurangan akses. Waktu tempuh hingga 1 jam dan biaya transportasi Rp 10.000-50.000 menjadi kendala, menurut survei Dinkes 2023, menunjukkan gap antara kebijakan inklusivitas dan realitas geografis.

Kualitas layanan kesehatan membaik dengan 80% Puskesmas dalam kondisi baik dan 70% dokter bersertifikasi tambahan pada 2023, menurut Dinas Kesehatan. Namun, rasio tenaga medis (1 dokter per 2.500 penduduk) di bawah standar WHO, dan obat esensial sering kosong di fasilitas primer. Kepuasan pasien mencapai 75%, tetapi waktu tunggu panjang (skor 60%) dan 2.000 keluhan tahunan terkait antrean menunjukkan kelemahan sistem, menurut survei 2023. Program seperti PANGERAN DIPONEGORO membantu, tetapi pemerataan tenaga medis dan evaluasi pengaduan masih perlu diperkuat untuk memenuhi janji UHC.

Implementasi *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Semarang, terdapat beberapa faktor yang menghambat pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas pelayanan kesehatan. Dari segi pembiayaan, salah satu tantangan utama adalah ketergantungan pada pendanaan APBD dan kontribusi iuran BPJS yang belum sepenuhnya optimal. Meskipun alokasi anggaran untuk program UHC telah diperhitungkan dengan baik, peningkatan biaya layanan kesehatan dalam beberapa tahun terakhir menimbulkan tekanan terhadap anggaran daerah. Masih terdapat masyarakat yang menunggak iuran BPJS, terutama dari kelompok pekerja informal dan peserta mandiri, sehingga mengurangi stabilitas keuangan program.

Kurangnya kesadaran dan kepatuhan dalam pembayaran iuran menjadi hambatan serius yang dapat berdampak pada kesinambungan pembiayaan layanan kesehatan. Untuk mengatasi hal ini, diperlukan strategi yang lebih efektif dalam meningkatkan kepatuhan peserta, seperti insentif bagi peserta yang taat membayar dan sistem sanksi yang lebih tegas bagi penunggak iuran.

Aspek aksesibilitas layanan kesehatan Kota Semarang menunjukkan sejumlah capaian positif, namun kelompok tertentu masih sulit dijangkau, terutama pekerja sektor informal dan masyarakat miskin yang belum terdaftar dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Faktor lain yang menjadi penghambat mencakup distribusi fasilitas kesehatan yang belum sepenuhnya merata. Beberapa wilayah Kota Semarang masih menghadapi keterbatasan akses terhadap Puskesmas, klinik, maupun rumah sakit, terutama masyarakat yang

tinggal pada kawasan pinggiran sehingga harus menempuh jarak lebih jauh untuk memperoleh layanan kesehatan.

Rasio tenaga medis terhadap jumlah penduduk tetap menjadi tantangan. Jumlah tenaga kesehatan memang terus mengalami peningkatan seiring kebijakan rekrutmen dan pelatihan, namun distribusi belum merata sehingga beban kerja pada fasilitas tertentu cenderung tinggi. Kondisi tersebut berkontribusi pada waktu tunggu yang lebih panjang bagi pasien yang membutuhkan pelayanan.

Faktor biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan turut memengaruhi aksesibilitas, terutama bagi kelompok rentan yang memiliki keterbatasan ekonomi atau bermukim pada wilayah dengan akses transportasi terbatas. Kendati bagi sebagian besar masyarakat aspek biaya tidak menjadi hambatan utama, keberadaan kelompok yang terdampak tetap memerlukan perhatian khusus agar akses layanan kesehatan dapat diwujudkan secara lebih setara dan inklusif.

Beberapa tantangan masih perlu diatasi untuk memastikan pelayanan yang optimal bagi masyarakat. Kondisi fisik fasilitas kesehatan, meskipun telah mengalami peningkatan, masih memerlukan perbaikan di beberapa tempat, terutama dalam hal ketersediaan ruang perawatan dan sarana yang memadai untuk menangani lonjakan pasien. Ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial juga menjadi kendala di beberapa fasilitas, meskipun sistem distribusi sudah dikelola dengan baik. Terkadang, keterlambatan pasokan atau ketidakseimbangan distribusi dapat mempengaruhi kualitas layanan yang diberikan. Selain itu, meskipun tenaga medis di Kota Semarang telah menjalani pelatihan dan sertifikasi

tambahan, masih terdapat kebutuhan untuk peningkatan kompetensi secara berkelanjutan guna menghadapi berbagai tantangan dalam pelayanan kesehatan.

Rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien juga masih perlu diperbaiki agar tidak terjadi beban kerja yang berlebihan, terutama di fasilitas kesehatan dengan jumlah pasien yang tinggi. Waktu tunggu yang masih menjadi keluhan masyarakat juga perlu diatasi dengan optimalisasi sistem antrean dan pengelolaan kapasitas layanan yang lebih baik.

Faktor-faktor yang menghambat pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan kesehatan di Kota Semarang meliputi ketidakstabilan pendanaan akibat tunggakan iuran BPJS, ketimpangan distribusi fasilitas kesehatan dan tenaga medis, serta keterbatasan infrastruktur dan sumber daya di beberapa wilayah. Mengatasi tantangan ini, diperlukan strategi yang lebih terintegrasi dan kolaboratif antara pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, serta berbagai pemangku kepentingan lainnya.

Pendekatan holistik dan perbaikan berkelanjutan dalam berbagai aspek, diharapkan program UHC dapat berjalan lebih efektif dan memberikan manfaat yang lebih luas bagi seluruh masyarakat Kota Semarang.

Program PANGERAN DIPONEGORO di Kota Semarang merupakan inisiatif strategis yang dirancang untuk mengatasi berbagai tantangan dalam implementasi *Universal Health Coverage* (UHC). Program ini berfokus pada peningkatan aksesibilitas, pembiayaan, dan kualitas layanan kesehatan melalui pendekatan yang lebih inklusif dan kolaboratif. Salah satu aspek utama yang diatasi oleh program ini adalah cakupan kepesertaan BPJS, terutama bagi

kelompok masyarakat yang sulit dijangkau, seperti pekerja sektor informal dan kelompok rentan.

Strategi pendaftaran kolektif, kerja sama lintas sektor, serta pemanfaatan teknologi digital, program berhasil meningkatkan jumlah peserta BPJS di Kota Semarang, sehingga semakin banyak masyarakat yang terlindungi dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Meningkatnya cakupan kepesertaan, beban pembiayaan kesehatan bagi individu dapat berkurang, dan program UHC dapat berjalan lebih optimal.

Program PANGERAN DIPONEGORO dinilai berperan signifikan dalam menekan kendala keuangan pada implementasi *Universal Health Coverage* (UHC). Inisiatif ini mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam kepesertaan BPJS serta mengoptimalkan pemanfaatan anggaran daerah untuk menanggung biaya kesehatan kelompok miskin dan rentan. Upaya tersebut diikuti penerapan mekanisme efisiensi dalam alokasi dana kesehatan, sehingga dana yang tersedia dapat digunakan secara tepat sasaran, khususnya dalam pembiayaan layanan bagi masyarakat yang paling membutuhkan.

Salah satu strategi yang diterapkan mencakup penguatan sinergi antara APBD Kota Semarang, BPJS Kesehatan, dan berbagai sumber pendanaan lainnya. Pendekatan ini dinilai efektif dalam menjaga keberlanjutan program UHC, termasuk saat terjadi kenaikan biaya layanan kesehatan. Selain itu, program tersebut juga berkontribusi meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya membayar iuran BPJS secara tepat waktu, sehingga risiko tunggakan iuran dapat diminimalkan dan stabilitas keuangan sistem kesehatan tetap terjaga.

Tokoh masyarakat menilai bahwa kehadiran program PANGERAN DIPONEGORO telah memberikan dampak positif yang nyata, terutama bagi warga berpenghasilan rendah. Menurutnya, banyak keluarga yang sebelumnya kesulitan mengakses layanan kesehatan kini terbantu dengan adanya mekanisme subsidi yang lebih jelas serta edukasi yang lebih intensif mengenai hak dan kewajiban peserta BPJS. Pentingnya keberlanjutan sosialisasi program agar informasi mengenai prosedur pendaftaran dan manfaat kepesertaan dapat dipahami secara merata oleh seluruh lapisan masyarakat adalah hal urgen.

Program PANGERAN DIPONEGORO turut berperan dalam memperluas jangkauan layanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya pada wilayah yang selama ini menghadapi keterbatasan akses. Upaya pemerataan distribusi fasilitas kesehatan dilakukan melalui penguatan peran Puskesmas, klinik, dan rumah sakit, sekaligus dilengkapi pengadaan layanan kesehatan keliling serta penyediaan ambulans hebat untuk menjangkau penduduk di kawasan pinggiran. Peningkatan jumlah tenaga medis yang disertai dengan optimalisasi distribusi dokter, perawat, dan bidan diarahkan agar kapasitas pelayanan semakin memadai pada seluruh wilayah Kota Semarang. Pemerintah daerah juga menempatkan waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan sebagai salah satu indikator prioritas yang harus diperbaiki. Hambatan geografis diatasi melalui pembangunan infrastruktur kesehatan yang lebih merata, penambahan titik layanan pada daerah padat penduduk, serta integrasi transportasi publik untuk mendukung mobilitas pasien menuju pusat layanan kesehatan.

Program PANGERAN DIPONEGORO menitikberatkan pada peningkatan kompetensi tenaga medis, ketersediaan alat kesehatan, serta perbaikan kondisi fisik fasilitas kesehatan. Program ini mendorong peningkatan kapasitas tenaga medis melalui pelatihan dan sertifikasi berkala, sehingga profesionalisme dan kompetensi mereka dapat terus meningkat. Selain itu, pemantauan terhadap indeks kepuasan pasien, waktu tunggu layanan, serta respons terhadap keluhan masyarakat terus dilakukan guna memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan tetap berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Upaya untuk meningkatkan stok obat-obatan esensial serta modernisasi alat medis juga menjadi fokus utama, sehingga pasien tidak mengalami keterlambatan dalam mendapatkan pengobatan yang mereka butuhkan.

Program PANGERAN DIPONEGORO mampu mengatasi berbagai permasalahan dalam implementasi UHC di Kota Semarang melalui pendekatan yang komprehensif di bidang pembiayaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan kesehatan. Dengan strategi yang terus diperbaiki dan koordinasi yang lebih erat antara pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, tenaga medis, serta masyarakat, program ini menjadi langkah maju dalam mewujudkan sistem kesehatan yang lebih merata, inklusif, dan berkualitas bagi seluruh warga Kota Semarang.

Evaluasi pelaksanaan UHC di Kota Semarang memperlihatkan bahwa pendekatan kebijakan yang digunakan telah mengakomodasi prinsip-prinsip teori kebijakan publik yang dikemukakan Dunn (2018), terutama dalam hal alokasi sumber daya dan dampaknya terhadap kesejahteraan masyarakat. Alokasi dana melalui APBD yang diarahkan untuk pembiayaan PBI Daerah sejalan dengan

prinsip keadilan distributif. Hal ini diperkuat dengan pendekatan anggaran berbasis kebutuhan (*need-based budgeting*) sebagaimana dijelaskan oleh Mardiasmo (2018), di mana penganggaran diarahkan untuk memenuhi kebutuhan mendesak masyarakat, termasuk kelompok miskin dan rentan. Pendekatan ini terlihat dari penyediaan dana yang adaptif terhadap kondisi darurat serta penyusunan regulasi daerah yang mendukung keberlanjutan program jaminan kesehatan.

Temuan mengenai variasi akses layanan kesehatan dan tantangan distribusi fasilitas kesehatan di wilayah pinggiran Kota Semarang berkaitan erat dengan teori aksesibilitas layanan kesehatan dari Penchansky dan Thomas (1981). Kelima dimensi dalam teori tersebut—ketersediaan, keterjangkauan, kesesuaian, akseptabilitas, dan kemampuan membayar—masih belum sepenuhnya terpenuhi secara merata di Kota Semarang. Data menunjukkan bahwa meskipun cakupan kepesertaan mencapai 100%, masih terdapat wilayah yang memiliki tingkat kunjungan rendah dan akses terbatas, seperti terlihat di Puskesmas Puduk Payung dan Sronдол. Hal ini menunjukkan bahwa pencapaian administratif belum menjamin kesetaraan akses riil, dan implementasi teori ini menegaskan perlunya kebijakan yang lebih adaptif secara spasial dan sosial.

Dari sudut pandang teori kebijakan kesehatan oleh Kutzin (2013), pelaksanaan UHC di Kota Semarang memperlihatkan upaya serius dalam membangun sistem pembiayaan yang solid dan terencana. Namun, ketergantungan besar terhadap dana APBD serta munculnya tunggakan iuran dari peserta mandiri menunjukkan belum optimalnya prinsip sustainabilitas

pembiayaan. Meskipun alokasi dana seperti Tagihan Induk mendominasi (80,9%), porsi kecil untuk kelompok rentan seperti bayi baru lahir (0,6%) dapat menjadi indikator kurangnya perhatian terhadap kelompok prioritas. Temuan ini mengindikasikan bahwa meskipun prinsip efisiensi telah diupayakan, efektivitas penggunaan anggaran belum merata, sejalan dengan temuan Rizky Perdana et al. (2022) tentang tantangan keberlanjutan fiskal JKN secara nasional.

Aspek kualitas layanan kesehatan dalam pelaksanaan UHC di Semarang mencerminkan penerapan sebagian prinsip good governance, namun belum sepenuhnya terwujud dalam pelayanan di lapangan. Teori pelayanan publik menekankan pentingnya profesionalisme, transparansi, dan akuntabilitas, yang sebagian besar sudah mulai dijalankan melalui pelatihan tenaga kesehatan, peningkatan sarana prasarana, dan sistem antrean digital seperti aplikasi PUSTAKA. Namun, kendala seperti waktu tunggu panjang dan rasio dokter yang belum ideal menunjukkan bahwa efisiensi pelayanan belum sepenuhnya tercapai. Temuan ini sejalan dengan studi Gandanesia & Maesaroh (2020) dan Aisyah (2022) yang menunjukkan perlunya penguatan sistem informasi dan tenaga pelayanan garis depan dalam program UHC di Kota Semarang.

Program PANGERAN DIPONEGORO dapat diinterpretasikan sebagai inovasi lokal yang relevan dengan teori implementasi kebijakan adaptif. Program ini berfungsi sebagai model kontekstualisasi kebijakan nasional di level daerah, di mana adaptasi terhadap realitas sosial, ekonomi, dan geografis menjadi kunci keberhasilan. Melalui pendekatan kolaboratif lintas sektor, optimalisasi distribusi fasilitas, dan edukasi publik, program ini berhasil menutup celah kebijakan yang

belum mampu dijangkau oleh regulasi nasional. Hal ini memperkuat gagasan dalam literatur kebijakan desentralisasi bahwa keberhasilan UHC sangat ditentukan oleh kapasitas inovasi dan komitmen lokal. Dengan demikian, program ini dapat menjadi contoh implementasi teori kebijakan berbasis konteks yang menekankan pentingnya solusi lokal dalam menjawab tantangan nasional secara konkret dan berkelanjutan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan analisis terhadap implementasi Universal Health Coverage (UHC) di Kota Semarang, dapat disimpulkan jawaban atas pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Secara umum, UHC telah menunjukkan perkembangan positif dengan cakupan kepesertaan BPJS melebihi 95%. Pembiayaan didukung APBD melalui subsidi iuran dan penguatan layanan primer, meski menghadapi tantangan tunggakan iuran peserta mandiri dan kenaikan biaya kesehatan. Aksesibilitas meningkat berkat inovasi seperti Puskesmas diperkuat, layanan keliling, dan ambulans hebat, meski distribusi fasilitas dan tenaga medis belum merata di wilayah pinggiran. Kualitas layanan mengalami peningkatan melalui modernisasi fasilitas dan pelatihan tenaga medis, namun keterbatasan alat medis dan waktu tunggu panjang masih menjadi tantangan.
2. Faktor pendukung utama meliputi komitmen pemerintah daerah melalui alokasi APBD, sinergi lintas sektor (DPRD, Dinas Kesehatan, BPJS), inovasi lokal seperti program PANGERAN DIPONEGORO, serta pemanfaatan teknologi informasi. Sementara faktor penghambat mencakup ketergantungan tinggi pada APBD, ketimpangan geografis dan distribusi fasilitas kesehatan, rasio tenaga medis yang rendah, literasi masyarakat yang terbatas, serta sistem pengaduan dan monitoring yang masih lemah.

3. Program PANGERAN DIPONEGORO terbukti efektif dalam memperluas cakupan kepesertaan BPJS bagi pekerja informal dan kelompok rentan melalui pendaftaran kolektif dan edukasi intensif. Program ini berkontribusi dalam optimalisasi pembiayaan melalui sinergi APBD-BPJS, peningkatan aksesibilitas via penguatan infrastruktur kesehatan, serta peningkatan kualitas layanan melalui pelatihan tenaga medis dan modernisasi fasilitas. Dengan demikian, program ini menjadi katalis penting dalam mempercepat pencapaian UHC yang inklusif dan berkualitas di Kota Semarang.

## **B. Rekomendasi**

Berdasarkan temuan penelitian implementasi UHC di Kota Semarang, rekomendasi untuk meningkatkan keberlanjutan dan efektivitas program meliputi:

### **1. Optimalisasi Pembiayaan**

Untuk mendukung keberlanjutan pembiayaan UHC, diperlukan peningkatan alokasi APBD sektor kesehatan hingga minimal 10%. Langkah ini dapat mengurangi ketergantungan pada subsidi iuran sekaligus menutupi tunggakan peserta mandiri. Pengembangan skema pembiayaan alternatif seperti kemitraan swasta-pemerintah juga perlu dioptimalkan guna memperkuat stabilitas finansial program jangka panjang.

### **2. Pemerataan Akses Layanan Kesehatan**

Pemerataan akses layanan dapat dicapai melalui pembangunan Puskesmas baru dan penempatan tenaga medis secara proporsional di wilayah pinggiran. Peningkatan frekuensi layanan keliling dan ambulans hebat diperlukan untuk

menjangkau kelompok rentan di area terpencil. Inisiatif ini bertujuan meminimalkan kesenjangan geografis dalam akses kesehatan.

3. Peningkatan Kualitas Layanan

Modernisasi alat medis di fasilitas kesehatan perlu dipercepat untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan kepuasan pasien. Pelatihan berkelanjutan bagi tenaga medis juga harus diintensifkan guna mendukung pelayanan berbasis teknologi terkini. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan standar kualitas layanan secara menyeluruh.

4. Penguatan Sinergi dan Inovasi Lokal

Sinergi lintas sektor antara DPRD, Dinas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan perlu diperkuat melalui regulasi daerah yang jelas. Optimalisasi teknologi informasi diperlukan untuk pemutakhiran data kepesertaan dan sistem pengaduan yang responsif. Inovasi lokal seperti program PANGERAN DIPONEGORO dapat menjadi model replikasi yang efektif.

5. Edukasi dan Literasi Masyarakat

Kampanye edukasi intensif diperlukan untuk meningkatkan literasi kesehatan dan kepatuhan pembayaran iuran BPJS. Pengembangan platform digital dapat memfasilitasi edukasi dan pengaduan masyarakat secara transparan. Fokus utama diberikan pada pekerja informal dan kelompok rentan yang masih mengalami keterbatasan akses informasi.

6. Penguatan Monitoring dan Evaluasi

Sistem monitoring terintegrasi diperlukan untuk melacak kinerja UHC meliputi distribusi anggaran dan akses layanan. Evaluasi berkala terhadap

program PANGERAN DIPONEGORO penting untuk memastikan dampaknya tetap optimal. Mekanisme umpan balik masyarakat perlu dikembangkan sebagai bahan perbaikan berkelanjutan..

7. Pengembangan Program *Bank Sampah for UHC*

Dinas Kesehatan Kota Semarang sebaiknya mengembangkan program Bank Sampah For UHC secara terstruktur dengan membentuk kemitraan strategis bersama Dinas Lingkungan Hidup, kelurahan, dan organisasi masyarakat, dimana mekanisme pengelolaannya dirancang dengan sistem tabungan kesehatan kolektif yang memungkinkan hasil penjualan sampah terpadu dikonversi secara otomatis sebagai pembayaran iuran BPJS bagi warga tidak mampu yang belum terdaftar, terutama dari kelompok pekerja informal, lansia, dan penyandang disabilitas yang selama ini terjebak dalam lingkaran ketidakmampuan ekonomi dan keterbatasan akses administrasi, sehingga tidak hanya memberikan solusi finansial yang inovatif dan mandiri, tetapi juga sekaligus mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan sekaligus menjaga lingkungan, menciptakan model pembiayaan kesehatan yang inklusif, berkelanjutan, dan berbasis komunitas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiyanta, Fc. S. (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), 272–299. <https://doi.org/10.14710/alj.v3i2.272-299>
- Aisyah, S. (2022). Implementasi Kebijakan *Universal Health Coverage* untuk Mengatasi Masalah Kesehatan bagi Masyarakat Kurang Mampu di Kota Semarang. Undip Repository.
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., ... Khusun, H. (2019). *Universal Health Coverage* in Indonesia: Concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Andhika, L. R. (2018). Elemen dan Faktor Governansi Inovasi Pelayanan Publik Pemerintah. *Inovasi Pembangunan : Jurnal Kelitbangan*, 6(03), 207–222. <https://doi.org/10.35450/jip.v6i03.112>
- Bednarski, P., & Kiwerski, J. (2020). Possibilities for Quality Assessment of Health Services in Therapeutic Rehabilitation. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 22(4), 293–292. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.3464>
- Bryman, A. (2006). Integrating Quantitative and Qualitative Research: How is it Done? *Qualitative Research*, 6(1), 97–113. DOI:10.1177/1468794106058877
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545–547. DOI:10.1188/14.ONF.545-547
- Charalabidis, Y., Flak, L. S., & Viale Pereira, G. (Eds.). (2022). *Scientific Foundations of Digital Governance and Transformation: Concepts, Approaches and Challenges* (Vol. 38). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-92945-9>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (Fifth edition). SAGE.
- Cui, T., & Aulton, K. (2023). Conceptualizing the elements of value in public services: Insights from practitioners. *Public Management Review*, 1–23. <https://doi.org/10.1080/14719037.2023.2226676>
- Darrudi, A., Ketabchi Khoonsari, M. H., & Tajvar, M. (2022). Challenges to Achieving *Universal Health Coverage* Throughout the World: A Systematic Review. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 55(2), 125–133. <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.542>
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2015). *The new public service: Serving, not steering* (Fourth edition). Routledge/Taylor & Francis Group.

- Denzin, N. K. (1978). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw-Hill
- Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: Lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature: Table 1. *BMJ Quality & Safety*, *21*(10), 876–884. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000760>
- Donaldson, L. (2001). *The Contingency Theory of Organizations*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452229249>
- Drolet, M., Bouchard, P., & Savard, J. (Eds.). (2017). *Accessibility and Active Offer: Health Care and Social Services in Linguistic Minority Communities*. University of Ottawa Press / Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Ensor, T. (2004). Overcoming barriers to health service access: Influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, *19*(2), 69–79. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh009>
- Flick, U. (2004). Triangulation in Qualitative Research. In U. Flick, E. Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *A Companion to Qualitative Research* (pp. 178–183). London: SAGE Publications.
- Gandanesia, C., & Maesaroh, M. (2020). Analisis Kualitas Pelayanan Pasien Peserta Program *Universal Health Coverage* di Rumah Sakit Wongsonegoro Kota Semarang. *Jurnal Administrasi Publik*.
- Guy, M. E., & Rubin, M. M. (Eds.). (2015). *Public administration evolving: From foundations to the future*. Routledge.
- Hardati, P. (2016). Characteristics of Ageing Population in Semarang City. *Forum Geografi*, *19*(2), 178. <https://doi.org/10.23917/forgeo.v19i2.4848>
- International Labour Office (ILO). (2017). *Social Health Protection: An ILO Strategy Towards Universal Health Coverage*. [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protect/@soc\\_sec/documents/publication/wcms\\_sec soc\\_5956.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@soc_sec/documents/publication/wcms_sec soc_5956.pdf)
- Kumar, R. (2023). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners* (5th edition). SAGE Publications.
- Kusuma, C. (2022). Modified Historical Institutionalism. In C. Kusuma, *The Rise of the Indonesian Financial Service Authority* (pp. 21–53). Springer Nature Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-19-3850-4\\_2](https://doi.org/10.1007/978-981-19-3850-4_2)
- Mathur, M. R., Williams, D. M., Reddy, K. S., & Watt, R. G. (2015). *Universal Health Coverage: A Unique Policy Opportunity for Oral Health*. *Journal of Dental Research*, *94*(3\_suppl), 3S-5S. <https://doi.org/10.1177/0022034514565648>
- Nisoni, D., & Sulistyowati. (2020). Evaluasi Proses Implementasi Kebijakan Program UHC (*Universal Health Coverage*) di Semarang. *Journal of Politic and Government Studies*, *9*(02), 101-110.

- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Addison-Wesley publ. A W. Patrick book.
- Pratama, A. (2019). NPM in Indonesia: Budget Restructuring, Privatisation and Civil Service Reform. *Journal of Public Administration Studies*, 4(1), 33–38. <https://doi.org/10.21776/ub.jpas.2019.004.01.7>
- Retnaningsih, H., & Huraerah, A. (Eds.). (2019). *Universal Health Coverage (UHC): Perspektif kesehatan dan kesejahteraan* (Cetakan pertama). Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI.
- Rizky Perdana, N., Adhasari, G., & Puspitaloka Mahadewi, E. (2022). Challenges and Implementation of *Universal Health Coverage* Program in Indonesia. *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*, 2(3), 589–596. <https://doi.org/10.51601/ijhp.v2i3.97>
- Santoso, T. B., Ambarwati, O. C., Nugroho, R. A., & Suharto, D. G. (2018). Reformasi Birokrasi Lintas Generasi pada Sektor Transportasi Publik (Studi Kasus Persepsi Generasi Y dan Z). *Spirit Publik: Jurnal Administrasi Publik*, 13(2), 27. <https://doi.org/10.20961/sp.v13i2.24868>
- Stewart, J., & Ayres, R. (2001). Systems theory and policy practice: An exploration. *Policy Sciences*, 34(1), 79–94. <https://doi.org/10.1023/A:1010334804878>
- Suryawijaya, T., Trenandi, T., Jatmiko, A., & Safitri, M. (2023). *Pangeran Diponegoro: The Effectiveness of Achieving 100% UHC in the City of Semarang through Public Service Innovation*. 1(1). <https://doi.org/10.22437/j7tebs25>
- Suryawijaya, T. W. E., Jatmiko, A., & Safitri, M. (2024). *The Effectiveness Of Achieving 100% Universal Health Coverage (UHC) In The City Of Semarang Through Public Service*. 1.
- Tavares, A. I. (Ed.). (2019). *Universal Health Coverage*. IntechOpen.
- UHC2030. (2018). *Healthy Systems for Universal Health Coverage: A Joint Vision for Healthy Lives*. World Health Organization and the World Bank.
- Weber, M. (1997). *The Theory of Social and Economic Organization*. Free Press.
- World Health Organization (WHO). (2020). *World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals* (1st ed). World Health Organization.

**Lampiran 1 Interview Guide Untuk Dinas Kesehatan Kota Semarang**

**PEDOMAN WAWANCARA  
(GUIDE INTERVIEW)**

**EVALUASI KEBIJAKAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) :  
PERSPEKTIF PEMBIAYAAN, AKSES, DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN  
KOTA SEMARANG**

**IDENTITAS INFORMAN**

1. Nama : .....
2. Umur : .....
3. Pendidikan terakhir : .....
4. Pekerjaan : .....
5. Bagian : .....
6. Lama bekerja : .....
7. Alamat : .....

**PERTANYAAN UTAMA**

<b>Perspektif/ Dimensi sebagai Fokus</b>	<b>Sub Fokus</b>	<b>Uraian Sub Fokus sebagai Indikator</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Jawaban</b>
Perspektif Pembiayaan	Alokasi anggaran kesehatan	Proporsi anggaran kesehatan terhadap APBD.	1) Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang memastikan proporsi anggaran kesehatan dalam APBD mencukupi untuk kebutuhan masyarakat?	
		Proporsi anggaran untuk UHC dari total anggaran kesehatan.	2) Apa langkah-langkah yang diambil untuk memastikan proporsi anggaran untuk UHC dalam total anggaran kesehatan cukup efektif?	
	Efisiensi penggunaan anggaran	Rasio anggaran yang digunakan untuk layanan kesehatan primer dibandingkan dengan layanan rujukan.	3) Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang mengalokasikan anggaran antara layanan kesehatan primer dan layanan rujukan?	
	Kontribusi masyarakat	Persentase masyarakat yang aktif	4) Apa upaya Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk	

		membayar iuran BPJS mandiri.	meningkatkan partisipasi masyarakat dalam membayar iuran BPJS mandiri secara teratur?	
		Jumlah tunggakan iuran BPJS oleh peserta.	5) Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang menangani tunggakan iuran BPJS yang terjadi di masyarakat?	
	Keberlanjutan finansial	Tren kenaikan atau penurunan biaya kesehatan dalam lima tahun terakhir.	6) Apa strategi yang dilakukan Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk menekan kenaikan biaya kesehatan dalam lima tahun terakhir?	
Perspektif Aksesibilitas	Cakupan kepesertaan	Persentase penduduk Kota Semarang yang terdaftar sebagai peserta BPJS PBI APBD.	7) Sejauh mana Dinas Kesehatan Kota Semarang berperan dalam mendaftarkan penduduk Kota Semarang ke dalam program BPJS PBI APBD?	
		Jumlah kelompok rentan (misalnya masyarakat miskin) yang tercover dalam program UHC.	8) Apa langkah konkret yang diambil Dinas Kesehatan untuk memastikan kelompok rentan tercover oleh program UHC?	
	Ketersediaan fasilitas kesehatan	Jumlah dan distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di seluruh wilayah Kota Semarang.	9) Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang memastikan distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit merata di seluruh wilayah?	
		Rasio tenaga medis terhadap jumlah penduduk (dokter, perawat, bidan).	10) Apa upaya Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam memastikan rasio tenaga medis terhadap jumlah penduduk yang memadai?	

	Pemanfaatan layanan	Jumlah kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan.	11) Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang memonitor dan mendukung kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan?	
		Persentase masyarakat yang menggunakan layanan UHC	12) Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang berupaya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan UHC?	
	Hambatan akses	Waktu tempuh ke fasilitas kesehatan terdekat.	13) Apa yang dilakukan Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk mengurangi waktu tempuh ke fasilitas kesehatan di wilayah yang jauh?	
		Biaya transportasi ke fasilitas kesehatan.	14) Apa solusi yang ditawarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang terkait biaya transportasi masyarakat ke fasilitas kesehatan?	
		Tingkat literasi kesehatan masyarakat.	15) Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang meningkatkan tingkat literasi kesehatan di kalangan masyarakat?	
	Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan	Infrastruktur dan peralatan	Kondisi fisik fasilitas kesehatan (bangunan, ruang perawatan, kebersihan).	16) Apa upaya Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk memperbaiki kondisi fisik fasilitas kesehatan, baik dari segi bangunan maupun kebersihan?
Ketersediaan alat medis dan			17) Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang	

		obat-obatan esensial.	memastikan ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial di fasilitas kesehatan?	
Kompetensi Tenaga Medis	Jumlah tenaga medis yang memiliki sertifikasi atau pelatihan tambahan.	18) Apa kebijakan Dinas Kesehatan Kota Semarang terkait pelatihan tambahan atau sertifikasi bagi tenaga medis?		
	Rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien.	19) Bagaimana Dinas Kesehatan Kota Semarang memantau rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien di fasilitas kesehatan?		
	Indeks profesionalisme (berdasarkan survei kepuasan pasien).	20) Apa langkah yang diambil Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis di wilayah Anda?		
Kepuasan pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil layanan.	21) Apa saja upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk meningkatkan kepuasan pasien terkait waktu tunggu dan kualitas layanan?		
	Jumlah keluhan pasien terkait pelayanan kesehatan.	22) Apa langkah yang diambil oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam menanggapi keluhan pasien terkait pelayanan kesehatan?		

**Lampiran 2 Interview Guide Untuk Manajemen BPJS Kota Semarang**

**PEDOMAN WAWANCARA  
(GUIDE INTERVIEW)**

**EVALUASI KEBIJAKAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) :  
PERSPEKTIF PEMBIAYAAN, AKSES, DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN  
KOTA SEMARANG**

**IDENTITAS INFORMAN**

1. Nama : .....
2. Umur : .....
3. Pendidikan terakhir : .....
4. Pekerjaan : .....
5. Bagian : .....
6. Lama bekerja : .....
7. Alamat : .....

**PERTANYAAN UTAMA**

<b>Perspektif/ Dimensi sebagai Fokus</b>	<b>Sub Fokus</b>	<b>Uraian Sub Fokus sebagai Indikator</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Jawaban</b>
Perspektif Pembiayaan	Alokasi anggaran kesehatan	Proporsi anggaran kesehatan terhadap APBD.	1. Bagaimana manajemen BPJS Kota Semarang memastikan proporsi anggaran kesehatan dalam APBD dapat memenuhi kebutuhan masyarakat?	
		Proporsi anggaran untuk UHC dari total anggaran kesehatan.	2. Apa upaya yang dilakukan oleh manajemen BPJS Kota Semarang untuk memastikan anggaran untuk UHC cukup untuk menjangkau seluruh masyarakat?	
	Efisiensi penggunaan anggaran	Rasio anggaran yang digunakan untuk layanan kesehatan primer dibandingkan dengan layanan rujukan.	3. Bagaimana BPJS Kota Semarang berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk memastikan distribusi anggaran antara layanan kesehatan primer dan rujukan?	
	Kontribusi masyarakat	Persentase masyarakat	4. Apa langkah yang diambil oleh	

		yang aktif membayar iuran BPJS.	manajemen BPJS untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam membayar iuran BPJS?	
		Jumlah tunggakan iuran BPJS oleh peserta.	5. Bagaimana BPJS Kota Semarang mengatasi masalah tunggakan iuran dari peserta?	
	Keberlanjutan finansial	Tren kenaikan atau penurunan biaya kesehatan dalam lima tahun terakhir.	6. Apa kebijakan yang diterapkan oleh BPJS Kota Semarang untuk menghadapi tren kenaikan biaya kesehatan yang semakin meningkat?	
Perspektif Aksesibilitas	Cakupan kepesertaan	Persentase penduduk Kota Semarang yang terdaftar sebagai peserta BPJS.	7. Bagaimana BPJS Kota Semarang memastikan jumlah penduduk Kota Semarang yang terdaftar sebagai peserta BPJS terus meningkat?	
		Jumlah kelompok rentan (misalnya masyarakat miskin) yang tercover dalam program UHC.	8. Apa yang dilakukan BPJS Kota Semarang untuk memastikan bahwa kelompok rentan tercover oleh program UHC?	
	Ketersediaan fasilitas kesehatan	Jumlah dan distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di seluruh wilayah Kota Semarang.	9. Sejauh mana BPJS Kota Semarang berupaya untuk memastikan distribusi fasilitas kesehatan, seperti Puskesmas dan rumah sakit, mencakup seluruh wilayah Kota Semarang?	
		Rasio tenaga medis terhadap jumlah penduduk (dokter, perawat, bidan).	10. Apa langkah yang diambil oleh BPJS Kota Semarang untuk memastikan rasio tenaga medis terhadap jumlah peserta BPJS memadai?	

	Pemanfaatan layanan	Jumlah kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan.	11. Bagaimana manajemen BPJS Kota Semarang memonitor kunjungan peserta ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS?	
		Persentase masyarakat yang menggunakan layanan UHC	12. Apa kebijakan BPJS Kota Semarang untuk meningkatkan penggunaan layanan UHC oleh peserta?	
	Hambatan akses	Waktu tempuh ke fasilitas kesehatan terdekat.	13. Bagaimana BPJS Kota Semarang bekerja sama dengan fasilitas kesehatan untuk meminimalkan waktu tunggu peserta BPJS?	
		Biaya transportasi ke fasilitas kesehatan.	14. Apa langkah yang diambil oleh BPJS Kota Semarang untuk mengatasi masalah biaya transportasi bagi peserta yang jauh dari fasilitas kesehatan?	
		Tingkat literasi kesehatan masyarakat.	15. Apa yang dilakukan BPJS Kota Semarang untuk meningkatkan literasi kesehatan peserta, khususnya terkait dengan manfaat BPJS?	
Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan	Infrastruktur dan peralatan	Kondisi fisik fasilitas kesehatan (bangunan, ruang perawatan, kebersihan).	16. Apa upaya yang dilakukan BPJS Kota Semarang untuk memastikan kondisi fisik fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS terjaga dengan baik?	
		Ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial.	17. Bagaimana BPJS Kota Semarang memastikan ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial di fasilitas kesehatan yang bekerjasama?	

	Kompetensi Tenaga Medis	Jumlah tenaga medis yang memiliki sertifikasi atau pelatihan tambahan.	18. Apa kebijakan yang diterapkan BPJS Kota Semarang terkait pelatihan atau sertifikasi bagi tenaga medis yang bekerjasama dengan BPJS?	
		Rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien.	19. Bagaimana BPJS Kota Semarang memantau rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien di fasilitas kesehatan yang bekerjasama?	
		Indeks profesionalisme (berdasarkan survei kepuasan pasien).	20. Apa upaya BPJS Kota Semarang dalam meningkatkan profesionalisme tenaga medis yang melayani peserta BPJS?	
	Kepuasan pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil layanan.	21. Apa yang dilakukan BPJS Kota Semarang untuk menanggapi keluhan peserta terkait waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil layanan?	
		Jumlah keluhan pasien terkait pelayanan kesehatan.	22. Bagaimana BPJS Kota Semarang menangani keluhan yang diajukan oleh peserta terkait pelayanan kesehatan di fasilitas yang bekerjasama dengan BPJS?	

**Lampiran 3. Interview Guide Untuk Tenaga Kesehatan di Kota Semarang**

**PEDOMAN WAWANCARA  
(GUIDE INTERVIEW)**

**EVALUASI KEBIJAKAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) :  
PERSPEKTIF PEMBIAYAAN, AKSES, DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN  
KOTA SEMARANG**

**IDENTITAS INFORMAN**

1. Nama : .....
2. Umur : .....
3. Pendidikan terakhir : .....
4. Pekerjaan : .....
5. Bagian : .....
6. Lama bekerja : .....
7. Alamat : .....

**PERTANYAAN UTAMA**

<b>Perspektif/ Dimensi sebagai Fokus</b>	<b>Sub Fokus</b>	<b>Uraian Sub Fokus sebagai Indikator</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Jawaban</b>
Perspektif Pembiayaan	Alokasi anggaran kesehatan	Proporsi anggaran kesehatan terhadap APBD.	1. Bagaimana Anda menilai proporsi anggaran kesehatan dalam APBD Kota Semarang terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat?	
		Proporsi anggaran untuk UHC dari total anggaran kesehatan.	2. Apa pendapat Anda tentang proporsi anggaran untuk UHC di Kota Semarang? Apakah sudah mencukupi untuk mencapainya?	
	Efisiensi penggunaan anggaran	Rasio anggaran yang digunakan untuk layanan kesehatan primer dibandingkan dengan layanan rujukan.	3. Bagaimana menurut Anda alokasi anggaran antara layanan kesehatan primer dan rujukan di Kota Semarang? Apakah sudah tepat?	
	Kontribusi masyarakat	Persentase masyarakat yang aktif membayar iuran BPJS.	4. Apa kendala yang Anda hadapi terkait dengan upaya peningkatan kesadaran masyarakat untuk	

			membayar iuran BPJS secara teratur?	
		Jumlah tunggakan iuran BPJS oleh peserta.	5. Apa yang Anda rasakan tentang pengaruh tunggakan iuran BPJS terhadap pelayanan kesehatan yang Anda berikan?	
	Keberlanjutan finansial	Tren kenaikan atau penurunan biaya kesehatan dalam lima tahun terakhir.	6. Bagaimana Anda merasakan tren kenaikan biaya kesehatan di Kota Semarang selama lima tahun terakhir? Apa dampaknya terhadap pelayanan?	
Perspektif Aksesibilitas	Cakupan kepesertaan	Persentase penduduk Kota Semarang yang terdaftar sebagai peserta BPJS.	7. Apa yang Anda rasakan mengenai tingkat pendaftaran masyarakat Kota Semarang sebagai peserta BPJS? Apakah banyak yang belum terdaftar?	
		Jumlah kelompok rentan (misalnya masyarakat miskin) yang tercover dalam program UHC.	8. Bagaimana menurut Anda dengan cakupan program UHC di Kota Semarang? Apakah kelompok rentan sudah tercover dengan baik?	
	Ketersediaan fasilitas kesehatan	Jumlah dan distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di seluruh wilayah Kota Semarang.	9. Apakah distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di Kota Semarang sudah memadai untuk mencakup seluruh wilayah?	
		Rasio tenaga medis terhadap jumlah penduduk (dokter, perawat, bidan).	10. Apakah Anda merasa jumlah tenaga medis di Kota Semarang sudah mencukupi untuk menangani jumlah penduduk yang ada?	
	Pemanfaatan layanan	Jumlah kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan.	11. Seberapa sering Anda berinteraksi dengan masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan?	

		Persentase masyarakat yang menggunakan layanan UHC	12. Apakah Anda melihat masyarakat di Kota Semarang memanfaatkan layanan UHC dengan maksimal? Apa yang perlu diperbaiki?	
	Hambatan akses	Waktu tempuh ke fasilitas kesehatan terdekat.	13. Bagaimana waktu tempuh masyarakat menuju fasilitas kesehatan di Kota Semarang? Apakah menjadi kendala bagi pasien?	
		Biaya transportasi ke fasilitas kesehatan.	14. Apa kendala yang dihadapi masyarakat terkait biaya transportasi ke fasilitas kesehatan dan bagaimana Anda menanggapinya?	
		Tingkat literasi kesehatan masyarakat.	15. Apa yang Anda lakukan untuk meningkatkan literasi kesehatan masyarakat Kota Semarang, terutama terkait dengan informasi kesehatan yang tepat?	
Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan	Infrastruktur dan peralatan	Kondisi fisik fasilitas kesehatan (bangunan, ruang perawatan, kebersihan).	16. Bagaimana Anda menilai kondisi fisik fasilitas kesehatan tempat Anda bekerja? Apakah sudah mendukung pelayanan kesehatan yang baik?	
		Ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial.	17. Apakah Anda merasa fasilitas kesehatan di Kota Semarang cukup tersedia alat medis dan obat-obatan esensial yang dibutuhkan?	
	Kompetensi Tenaga Medis	Jumlah tenaga medis yang memiliki sertifikasi atau pelatihan tambahan.	18. Sejauh mana Anda mengikuti pelatihan tambahan atau sertifikasi untuk meningkatkan kompetensi sebagai tenaga medis?	

		Rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien.	19. Bagaimana Anda menilai rasio antara jumlah tenaga medis dan jumlah pasien di fasilitas tempat Anda bekerja?	
		Indeks profesionalisme (berdasarkan survei kepuasan pasien).	20. Apa yang menurut Anda perlu dilakukan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis di Kota Semarang?	
	Kepuasan pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil layanan.	21. Bagaimana Anda menilai tingkat kepuasan pasien terkait waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil pelayanan?	
		Jumlah keluhan pasien terkait pelayanan kesehatan.	22. Seberapa sering Anda menerima keluhan dari pasien terkait pelayanan yang Anda berikan? Apa tindak lanjut yang dilakukan?	

## Lampiran 4. Kuesioner Untuk Masyarakat

### KUESIONER

#### Identitas Responden

Nama : .....

Umur : .....

Pendidikan : .....

Pekerjaan utama : .....

Jumlah anggota Keluarga : .....

Penghasilan per hari : .....

Alamat : .....

#### Perspektif UHC

Perspektif	Sub Fokus	Pertanyaan	Jawaban
Perspektif Pembiayaan	Alokasi anggaran kesehatan	1. Apakah Anda merasa anggaran kesehatan (UHC) di Kota Semarang sudah proporsional?	a. Sangat Tidak Proporsional b. Tidak Proporsional c. Proporsional, d. Sangat Proporsional
		2. Apakah anggaran untuk UHC dari total anggaran kesehatan sudah mencukupi kebutuhan masyarakat?	a. Sangat Tidak Mencukupi, b. Tidak Mencukupi, c. Mencukupi, d. Sangat Mencukupi
	Efisiensi penggunaan anggaran	3. Apakah layanan kesehatan primer (puskesmas) di Kota Anda sudah mendapatkan anggaran yang memadai?	a. Sangat Tidak Memadai, b. Tidak Memadai, c. Memadai, d. Sangat Memadai
	Kontribusi masyarakat	4. Jika ada tunggakan iuran BPJS, Apakah Anda membayar tunggakan iuran BPJS ?	a. Tidak Pernah Membayar, b. Kadang Membayar, c. Sering Membayar, d. Selalu Membayar
		5. Menurut Anda, apakah tunggakan iuran BPJS oleh peserta menjadi masalah utama dalam pelayanan?	a. Sangat Tidak Bermasalah, b. Tidak Bermasalah, c. Bermasalah, d. Sangat Bermasalah
	Keberlanjutan finansial	6. Apakah Anda merasa biaya kesehatan semakin meningkat dalam lima tahun terakhir?	a. Sangat Menurun, b. Menurun, c. Meningkatkan, d. Sangat Meningkatkan
Perspektif Aksesibilitas	Cakupan kepesertaan	7. Apakah Anda atau keluarga terdaftar sebagai peserta BPJS PBI APBD (UHC) ?	a. Tidak Terdaftar, b. Sebagian Terdaftar, c. Mayoritas Terdaftar, d. Semua Terdaftar
		8. Apakah Anda mengetahui kelompok	a. Tidak Tahu,

<b>Perspektif</b>	<b>Sub Fokus</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Jawaban</b>
		rentan (ibu hamil, bayi baru lahir, lansia, disabilitas, orang sakit) sudah tercover dalam program UHC di wilayah Anda?	b. Tahu tetapi Tidak Tercover, c. Tahu dan Sebagian Tercover, d. Tahu dan Semua Tercover
	<b>Ketersediaan fasilitas kesehatan</b>	9. Apakah jumlah Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di wilayah Anda sudah mencukupi?	a. Sangat Tidak Mencukupi, b. Tidak Mencukupi, c. Mencukupi, d. Sangat Mencukupi
		10. Apakah tenaga medis di wilayah Anda sudah mencukupi dibandingkan jumlah penduduk?	a. Sangat Tidak Mencukupi, b. Tidak Mencukupi, c. Mencukupi, d. Sangat Mencukupi
	<b>Pemanfaatan layanan</b>	11. Seberapa sering Anda mengunjungi fasilitas kesehatan dalam setahun terakhir?	a. Tidak Pernah, b. 1-3 Kali, c. 4-6 Kali, d. Lebih dari 6 Kali
		12. Apakah Anda menggunakan layanan UHC saat mengakses fasilitas kesehatan?	a. Tidak Pernah Menggunakan, b. Jarang Menggunakan, c. Sering Menggunakan, d. Selalu Menggunakan
	<b>Hambatan akses</b>	13. Apakah waktu tempuh ke fasilitas Kesehatan terdekat sudah memadai?	a. Sangat Tidak Memadai, b. Tidak Memadai, c. Memadai, d. Sangat Memadai
		14. Apakah biaya transportasi ke fasilitas kesehatan terjangkau?	a. Sangat Tidak Terjangkau, b. Tidak Terjangkau, c. Terjangkau, d. Sangat Terjangkau
		15. Apakah Anda merasa memiliki pemahaman yang cukup tentang informasi kesehatan?	a. Sangat Kurang, b. Kurang, c. Cukup, d. Sangat Cukup
<b>Perspektif Kualitas Layanan Kesehatan</b>	<b>Infrastruktur dan peralatan</b>	16. Bagaimana pendapat Anda tentang kondisi fisik fasilitas kesehatan di wilayah Anda?	a. Sangat Buruk, b. Buruk, c. Baik, d. Sangat Baik
		17. Apakah alat medis dan obat-obatan di fasilitas kesehatan terdekat sudah tersedia?	a. Sangat Tidak Tersedia, b. Tidak Tersedia, c. Tersedia,

<b>Perspektif</b>	<b>Sub Fokus</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Jawaban</b>
			d. Sangat Tersedia
	<b>Kompetensi Tenaga Medis</b>	18. Apakah kemampuan tenaga medis dan petugas UHC di wilayah Anda sudah terlatih dan memadai?	a. Sangat Tidak Memadai, b. Tidak Memadai, c. Memadai, d. Sangat Memadai
		19. Bagaimana pendapat Anda tentang jumlah tenaga medis dibandingkan dengan jumlah pasien?	a. Sangat Tidak Memadai, b. Tidak Memadai, c. Memadai, d. Sangat Memadai
	<b>Kepuasan pasien</b>	20. Apakah Anda puas dengan profesionalisme petugas UHC dalam memberikan pelayanan di wilayah Anda?	a. Sangat Tidak Puas, b. Tidak Puas, c. Puas, d. Sangat Puas
		21. Bagaimana kepuasan Anda terhadap waktu tunggu, keramahan petugas UHC , dan hasil layanan?	a. Sangat Tidak Puas, b. Tidak Puas, c. Puas, d. Sangat Puas
		22. Seberapa sering Anda atau keluarga mengajukan keluhan terkait pelayanan kesehatan dan pelayanan UHC?	a. Tidak Pernah, b. Jarang, c. Sering, d. Sangat Sering

## **Lampiran 5 Kerangka Acuan FGD Lintas Sektor Dan Dukungan Kebijakan Program UHC**

### **I. PENDAHULUAN**

Jumlah masyarakat Kota Semarang yang harus mendapatkan pembiayaan pengobatan dan perawatan cukup tinggi terutama kelompok rentan yaitu ibu hamil, bayi baru lahir, orang sakit, lansia, dan disabilitas. Hal ini mengakibatkan jumlah pembiayaan kesehatan yang bersumber dari APBD Kota Semarang menjadi sangat besar dan membebani keuangan Kota Semarang.

Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan salah satu program yang terdapat dalam Sistem Jaminan Sosial yang merupakan hak dan kewajiban bagi setiap warga negara Indonesia yang diamanatkan dalam Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar masyarakat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan Pemerintah.

Program UHC merupakan komitmen pemerintah dalam memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Kota Semarang. Dengan Adanya UHC ini, masyarakat tidak perlu terbebani biaya pengobatan dan perawatan ketika sedang sakit di fasilitas pelayanan kesehatan.

Program *Universal Health Coverage* (UHC) Kota Semarang telah mencapai 99,23 persen atau sebanyak 1.674.416 jiwa. Program UHC ini merupakan program jaminan kesehatan bagi seluruh warga Kota Semarang. Program ini sudah berjalan sejak Oktober 2017 lalu.

Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 07 Tahun 2022 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Semarang Tahun Anggaran 2023 Tanggal 16 November 2022 ; Peraturan Walikota Semarang Nomor 73 Tahun 2022 tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Kota Semarang Tahun Anggaran 2023 tanggal 16 November 2022. Dengan pertemuan ini, diharapkan lintas sektoral dapat meningkatkan bahwa dalam rangka optimalisasi pelaksanaan program UHC Kota Semarang perlu dukungan kebijakan dan lintas sektor. Kegiatan FGD

Lintas Sektor Dan Dukungan Kebijakan pada program UHC Kota Semarang dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas

**II. TUJUAN**

Memberikan penguatan dan dukungan kebijakan kepada lintas sektor dan masyarakat terkait program UHC di Kota Semarang

**III. TEMPAT DAN WAKTU**

Pelaksanaan kegiatan akan dilaksanakan pada :

Hari / Tanggal : Rabu, 08 Februari 2023

Waktu : 09.00 WIB s/d Selesai

Tempat : Puskesmas Rowosari

**IV. UNSUR PESERTA**

1. Komisi D DPRD Kota Semarang : 3 Orang
2. Kabid Pelayanan Medis : 1 Orang
3. Sub.Kor. Jamkes dan Kemitraan : 1 Orang
4. Kepala Puskesmas : 1 Orang
5. Staf Jamkes dan Kemitraan : 4 Orang
6. Staf Puskesmas : 2 Orang
7. Peserta terdiri dari Kader, LPMK : 45 Orang

Perwakilan masyarakat dari Kelurahan  
atau masyarakat wilayah kerja puskesmas

**Unsur Peserta yaitu masyarakat yang mendapatkan snack, makan dan transport**

**V. FORMAT ACARA**

Ceramah, Diskusi dan tanya jawab

**VI. SUSUNAN ACARA**

<b>WAKTU</b>	<b>KEGIATAN</b>	<b>PENGAMPU</b>
07.30 – 08.00 WIB	Pendaftaran Peserta	Panitia
08.00 – 08.15 WIB	Pembukaan & Arahan	drg. Rahma Defi, M.Kes (Kabid Yankes)
08.15 – 09.15 WIB	Arah Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kota Semarang	drg. Andreas Jatmiko (Sub.Kor. Jamkes & Kemitraan)

09.15 – 10.15 WIB	Progress <i>Capaian Universal Health Coverage (UHC)</i> Kota Semarang	Linda Pebriyanti, S.Kep (Pengolah Data Yankes)
<b><i>Panel Diskusi dan Tanya Jawab</i></b> <b><i>Moderator : Dinas Kesehatan Kota Semarang</i></b>		
10.15 – 13.15 WIB	FGD Peran Lintas Sektor dan Dukungan Komisi D DPRD Kota Semarang dalam Program <i>Universal Health Coverage (UHC)</i>	Komisi D
	Dukungan kebijakan legislative terhadap Program UHC	Komisi D
	Penguatan UHC di masyarakat	Komisi D
13.15 – 13.45 WIB	Diskusi	Moderator (Kepala Puskesmas)
13.15 – 14.00 WIB	Penutup	Panitia

#### **VII. NARASUMBER DAN MODERATOR**

1. Narasumber : 3 Anggota Komisi D DPRD Kota Semarang
2. Moderator : Kepala Puskesmas

#### **VIII. SUMBER DANA**

Biaya kegiatan dibebankan pada APBD Kota Semarang Tahun 2023

#### **IX. PENUTUP**

Demikian Kerangka Acuan Kerja (KAK) pelaksanaan kegiatan FGD Lintas Sektor Dan Dukungan Kebijakan pada Program UHC Kota Semarang di susun sebagai petunjuk dari pelaksanaan kegiatan, masukan dan saran sangat dibutuhkan demi perbaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Semarang, 08 Februari 2023  
Sub Koordinator Jamkes dan Kemitraan

drg.Andreas Jatmiko  
NIP.19810905 201001 1 015

**Lampiran 6 Hasil Wawancara dengan Informan 1 dari Dinas Kesehatan Kota Semarang 1**

Kode	Jawaban
P1	Dinas Kesehatan Kota Semarang memastikan proporsi anggaran kesehatan dalam APBD mencukupi dengan melakukan kajian terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat, menyusun program prioritas berdasarkan analisis kebutuhan, mengalokasikan dana sesuai tingkat urgensi, serta mengevaluasi efektivitas program yang telah dijalankan untuk memastikan tujuan kesehatan masyarakat tercapai.
P2	Untuk memastikan proporsi anggaran UHC efektif, Dinas Kesehatan menetapkan UHC sebagai prioritas utama, melakukan analisis kebutuhan berbasis data demografi dan epidemiologi, menetapkan anggaran yang jelas dalam APBD, serta menggunakan indikator terukur untuk mengevaluasi efektivitas penggunaan dana.
P3	Dalam mengalokasikan anggaran antara layanan kesehatan primer dan rujukan, Dinas Kesehatan menganalisis kebutuhan layanan masyarakat, menerapkan pendekatan berbasis kebutuhan daerah, memprioritaskan anggaran berdasarkan program kerja, serta berkolaborasi dengan fasilitas kesehatan lain untuk optimalisasi layanan.
P4	Untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam membayar iuran BPJS mandiri secara teratur, Dinas Kesehatan melakukan sosialisasi dan edukasi, menyediakan berbagai kanal pembayaran, memanfaatkan teknologi digital, mempermudah proses pendaftaran, serta mengintegrasikan pembayaran iuran dengan layanan kesehatan.
P5	Dalam menangani tunggakan iuran BPJS, Dinas Kesehatan menerapkan strategi edukatif dan administratif, serta meningkatkan kemudahan akses pembayaran untuk membantu masyarakat dalam memenuhi kewajiban iuran mereka.
P6	Strategi untuk menekan kenaikan biaya kesehatan dalam lima tahun terakhir meliputi peningkatan layanan preventif dan promotif, optimalisasi layanan kesehatan primer, efisiensi pengelolaan anggaran, serta kerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam pengelolaan pembiayaan.
P7	Dalam pendaftaran penduduk Kota Semarang ke program BPJS PBI APBD, Dinas Kesehatan bekerja sama dengan pemerintah kecamatan, kelurahan, dan dinas sosial untuk mengidentifikasi penerima manfaat, serta memastikan data yang digunakan akurat dan mencakup seluruh masyarakat yang membutuhkan.
P8	Untuk memastikan kelompok rentan tercover oleh UHC, Dinas Kesehatan mengidentifikasi masyarakat yang belum terdaftar, melakukan sosialisasi berkelanjutan, serta memanfaatkan data DTKS untuk memastikan mereka terdaftar dalam program jaminan kesehatan.
P9	Dalam memastikan distribusi fasilitas kesehatan merata, Dinas Kesehatan melakukan pemetaan kebutuhan layanan, survei lapangan, membangun fasilitas kesehatan di daerah kurang terlayani, serta memastikan rumah sakit tersebar strategis untuk menangani kasus kompleks.
P10	Untuk memastikan rasio tenaga medis memadai, Dinas Kesehatan melakukan pemetaan kebutuhan, menganalisis demografi penduduk, merekrut tenaga medis dari dalam dan luar daerah, menempatkan tenaga medis sesuai kebutuhan, serta menyediakan pelatihan berkala.
P11	Dalam memonitor kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan bekerja sama dengan puskesmas dan rumah sakit untuk mengumpulkan data, serta menggunakan sistem informasi manajemen kesehatan (SIMKES) guna pemantauan real-time.
P12	Untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan UHC, Dinas Kesehatan melakukan sosialisasi aktif, bekerja sama dengan perangkat daerah dalam pendataan warga belum terdaftar, serta berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan untuk menjamin cakupan layanan.
P13	Dalam mengurangi waktu tempuh ke fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan mengembangkan layanan puskesmas keliling, mengoperasikan mobil kesehatan, serta mendirikan klinik kesehatan atau posyandu di daerah pinggiran.

P14	Solusi terkait biaya transportasi masyarakat ke fasilitas kesehatan mencakup penyediaan transportasi gratis bagi pasien rujukan, operasional mobil kesehatan, serta kemitraan dengan operator transportasi untuk memberikan subsidi atau diskon tarif bagi pasien.
P15	Untuk meningkatkan literasi kesehatan masyarakat, Dinas Kesehatan mengadakan penyuluhan rutin di posyandu dan puskesmas, menargetkan kelompok rentan untuk edukasi lebih fokus, serta memanfaatkan media sosial dalam menyebarkan informasi kesehatan.
P16	Dalam memperbaiki kondisi fisik fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan melakukan renovasi rutin, membangun fasilitas baru di area yang membutuhkan, serta mengupayakan pengadaan sarana pendukung guna meningkatkan kenyamanan layanan kesehatan.
P17	Untuk memastikan ketersediaan alat medis dan obat-obatan esensial, Dinas Kesehatan melakukan perencanaan tahunan, menganalisis data epidemiologi, memastikan fasilitas penyimpanan sesuai standar, serta melakukan monitoring stok secara berkala.
P18	Kebijakan pelatihan tambahan bagi tenaga medis mencakup penyelenggaraan pelatihan berkala, kerja sama dengan organisasi profesi, serta dorongan bagi tenaga medis untuk memiliki sertifikasi profesi yang diakui secara resmi.
P19	Dalam memantau rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien, Dinas Kesehatan mengumpulkan data berkala, menganalisis beban kerja, mengevaluasi kinerja, serta memanfaatkan sistem informasi untuk pemantauan real-time dan optimalisasi sumber daya.
P20	Untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis, Dinas Kesehatan menyelenggarakan pelatihan berkelanjutan, memberikan insentif dan penghargaan, memperkuat etika profesi, melakukan evaluasi kinerja, serta bekerja sama dengan lembaga pendidikan dan organisasi profesi.
P21	Upaya meningkatkan kepuasan pasien terkait waktu tunggu dan kualitas layanan mencakup optimalisasi teknologi, peningkatan kualitas pelayanan, pelatihan tenaga medis, penyesuaian jam operasional, serta sistem pengelolaan keluhan pasien yang lebih responsif.
P22	Dalam menangani keluhan pasien, Dinas Kesehatan menyediakan sistem pengaduan yang mudah diakses, menindaklanjuti laporan dengan cepat dan transparan, melakukan investigasi keluhan, serta meningkatkan kualitas pelayanan berdasarkan evaluasi keluhan yang masuk.

## Lampiran 7 Hasil Wawancara dengan Informan 2 dari Dinas Kesehatan Kota Semarang 2

Kode	Jawaban
P1	Berdasarkan data UHC yang sebelumnya dan prediksi tahun depan, dengan melihat tren untuk memprediksi anggaran APBN & APBD.
P2	Cukup efektif, perbedaan tidak terlalu jauh antara prediksi dan realisasi. Kemudian Dinas Kesehatan berkoordinasi dengan BPJS untuk berkolaborasi dalam memprediksi anggaran.
P3	Diploting sesuai kebutuhan anggaran DKK dan Puskesmas.
P4	Melalui sosialisasi JKN dan apabila ada peserta yang nunggak dalam pembayaran BPJS, petugas akan memberikan edukasi, baik petugas DKK yang bertugas di MPP maupun petugas Puskesmas.
P5	Skema: 1) BPJS mempunyai tim di setiap kecamatan untuk menangani tunggakan iuran, tim tersebut akan mendatangi peserta yang menunggak dan mengedukasi. 2) Dinas Kesehatan melalui Puskesmas membentuk kader UHC tiap kelurahan, yang akan berkoordinasi dan berkolaborasi dengan Puskesmas membantu edukasi peserta UHC yang nunggak.
P6	Lebih mengupayakan promotif dan preventif. Promotif dengan edukasi masyarakat melalui media sosial (konten, film pendek, leaflet, IG, dll). Preventif melalui screening kesehatan di Puskesmas pada pasien yang datang.
P7	Pada tahun 2017, Pemerintah Kota Semarang melakukan pendaftaran secara kolektif dan tercapai 97% masyarakat yang baru memiliki JKN. Masih ada masyarakat miskin ekstrem yang belum mempunyai JKN, tetapi pada tahun 2022 sudah tercapai 100%.
P8	Setiap tahun berkoordinasi dengan Bappeda terkait updating data premi pada masyarakat miskin ekstrem, kemudian melakukan intervensi secara berkala.
P9	FKTP sudah ada di setiap kecamatan kecuali satu kecamatan yang gemuk, yaitu Kecamatan Semarang Barat yang memiliki jumlah penduduk banyak.
P10	Dengan melihat kecukupan dan selalu dimonitor oleh bidang SDK (Sumber Daya Kesehatan) disesuaikan dengan ABK (Analisis Beban Kerja).
P11	Melalui aplikasi BPJS yaitu Pcare Puskesmas untuk mengakses data dan layanan kesehatan. Kemudian Dinas Kesehatan mengambil data dari dashboard SIMPUS yang sudah terintegrasi.
P12	1) Loker UHC yang ada di MPP Mangkang. 2) Loker UHC yang ada di tiap-tiap Puskesmas. 3) Orang sakit yang membutuhkan perawatan bisa dilayani melalui WA 08122771142.
P13	Masyarakat yang jauh dengan fasyankes dan membutuhkan perawatan kesehatan dapat menghubungi ambulans hebat Dinas Kesehatan di nomor 112.
P14	Dinas Kesehatan tidak memfasilitasi transportasi tetapi menyediakan ambulans hebat 24 jam, puskesling (pemeriksaan kesehatan setiap 1 bulan sekali di masing-masing Puskesmas), dan posbindu di tiap-tiap posyandu RW.
P15	Melalui program edukasi di masyarakat, media sosial, program-program kesehatan, dan inovasi Dinas Kesehatan.
P16	Puskesmas melakukan perbaikan fisik bangunan melalui anggaran BLUD, apabila tidak mencukupi mengajukan usulan ke Dinas Kesehatan Kota Semarang.
P17	Puskesmas membuat perencanaan kebutuhan alkes dan obat, kemudian mengajukan ke IF (Instalasi Farmasi) Kota Semarang.
P18	Untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan di Puskesmas setiap satu tahun sekali.
P19	Melalui aplikasi BPJS yaitu Pcare Puskesmas untuk mengakses data dan layanan kesehatan. Kemudian Dinas Kesehatan mengambil data dari dashboard SIMPUS yang sudah terintegrasi.
P20	Melalui survei kepuasan pasien dengan pengisian kuesioner pada peserta UHC untuk menilai petugas.

P21	Melalui peningkatan mutu pelayanan dengan harapan mutu lebih bagus, kemudian dianalisis, dikaji, dan dimonitor oleh Dinas Kesehatan setiap bulan. Dinas Kesehatan melakukan kroscek langsung melalui telepon secara acak dan menanyakan apakah ada komplain terkait pelayanan fasyankes, apabila ada akan diberi feedback.
P22	Tim penanganan aduan Dinas Kesehatan menerima aduan masyarakat melalui Sapaita atau Laporgub, kemudian ditindaklanjuti dan diverifikasi, selanjutnya dibuat laporan.

### Lampiran 8 Hasil Wawancara dengan Informan 3 dari Manajemen BPJS

Kode	Jawaban
P1	Manajemen BPJS Kota Semarang bekerja sama dengan pemerintah daerah untuk memastikan alokasi anggaran kesehatan dalam APBD sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Evaluasi rutin dilakukan agar anggaran dapat terus disesuaikan dengan kondisi di lapangan.
P2	Kami melakukan perencanaan dan analisis kebutuhan kesehatan secara berkala untuk memastikan anggaran UHC dapat mencakup seluruh masyarakat. Selain itu, koordinasi dengan pemangku kepentingan terus diperkuat agar pendanaan tetap berkelanjutan.
P3	BPJS Kota Semarang berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan melalui forum pertemuan rutin untuk membahas distribusi anggaran. Kami memastikan bahwa alokasi dana untuk layanan kesehatan primer dan rujukan berjalan seimbang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
P4	Berbagai upaya dilakukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam membayar iuran BPJS, seperti sosialisasi melalui media sosial, penyuluhan di komunitas, serta kerja sama dengan perangkat desa. Kami juga memberikan informasi mengenai manfaat keikutsertaan dalam program JKN.
P5	Untuk mengatasi tunggakan iuran, kami mengadakan program edukasi tentang pentingnya membayar iuran tepat waktu. Selain itu, kami juga bekerja sama dengan berbagai pihak untuk mendorong peserta yang mengalami kesulitan ekonomi agar dapat masuk dalam skema bantuan iuran.
P6	Dalam menghadapi kenaikan biaya kesehatan, BPJS Kota Semarang menerapkan strategi efisiensi dalam pengelolaan layanan kesehatan. Kami juga terus mengoptimalkan kerja sama dengan fasilitas kesehatan untuk memastikan pembiayaan tetap terkendali.
P7	Peningkatan jumlah peserta BPJS dilakukan melalui kerja sama dengan perusahaan, pemerintah daerah, dan komunitas untuk mendorong pendaftaran masyarakat. Selain itu, kami juga mengoptimalkan mekanisme pendaftaran secara online agar lebih mudah diakses.
P8	Untuk memastikan kelompok rentan tercover dalam program UHC, BPJS bekerja sama dengan Dinas Sosial untuk terus memperbarui data penerima bantuan. Kami juga mengupayakan agar masyarakat miskin yang belum terdaftar segera masuk dalam skema PBI.
P9	BPJS Kota Semarang berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk memastikan distribusi fasilitas kesehatan merata di seluruh wilayah. Evaluasi aksesibilitas layanan dilakukan secara berkala agar tidak ada masyarakat yang kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan.
P10	Kami melakukan pemantauan terhadap rasio tenaga medis dan jumlah peserta BPJS agar pelayanan tetap optimal. Jika ditemukan kekurangan tenaga medis, kami berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk mengusulkan penambahan sumber daya manusia.
P11	Pemantauan kunjungan peserta ke fasilitas kesehatan dilakukan melalui sistem informasi yang terintegrasi. Dengan data ini, kami dapat memastikan peserta mendapatkan pelayanan yang layak serta mengidentifikasi potensi kendala yang perlu diatasi.
P12	Untuk meningkatkan pemanfaatan layanan UHC, kami terus melakukan sosialisasi manfaat program ini kepada masyarakat. Selain itu, kami juga memastikan bahwa layanan UHC tetap berkualitas agar peserta semakin percaya dan aktif menggunakannya.
P13	BPJS Kota Semarang bekerja sama dengan fasilitas kesehatan dalam menerapkan sistem antrean yang lebih efisien. Beberapa fasilitas juga telah mengadopsi layanan pendaftaran online untuk meminimalkan waktu tunggu peserta.

P14	Untuk mengatasi kendala biaya transportasi, kami bekerja sama dengan pemerintah daerah dalam menyediakan layanan ambulans gratis bagi peserta yang membutuhkan. Kami juga mendorong optimalisasi fasilitas kesehatan tingkat pertama agar layanan lebih dekat dengan masyarakat.
P15	Peningkatan literasi kesehatan dilakukan melalui berbagai program edukasi, baik secara langsung maupun melalui media sosial. Kami juga mengadakan kampanye berkala mengenai manfaat BPJS dan pentingnya menjaga kesehatan.
P16	BPJS Kota Semarang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan dan fasilitas kesehatan untuk memastikan kondisi sarana dan prasarana tetap terjaga. Jika ada fasilitas yang membutuhkan perbaikan, kami menyampaikan rekomendasi kepada pihak terkait.
P17	Untuk memastikan ketersediaan alat medis dan obat-obatan, kami bekerja sama dengan fasilitas kesehatan dan distributor farmasi dalam mengelola rantai pasokan. Kami juga memantau ketersediaan obat-obatan esensial agar pelayanan tetap optimal.
P18	BPJS mendorong tenaga medis untuk mengikuti pelatihan dan sertifikasi guna meningkatkan kompetensi mereka. Kami juga bekerja sama dengan instansi terkait dalam menyediakan pelatihan berkala bagi tenaga medis yang melayani peserta BPJS.
P19	Pemantauan rasio tenaga medis terhadap jumlah pasien dilakukan melalui sistem pelaporan rutin dari fasilitas kesehatan. Jika ditemukan ketimpangan, kami segera berkoordinasi dengan pihak terkait untuk mencari solusi.
P20	Untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis, kami mengadakan program pengembangan kompetensi serta monitoring pelayanan secara berkala. Kami juga memberikan masukan kepada fasilitas kesehatan untuk meningkatkan kualitas layanan tenaga medis.
P21	BPJS Kota Semarang menanggapi keluhan peserta dengan cepat melalui layanan pengaduan yang tersedia di berbagai kanal. Kami juga melakukan evaluasi berkala terhadap layanan untuk meningkatkan kepuasan peserta.
P22	Setiap keluhan peserta terkait layanan kesehatan di fasilitas mitra BPJS ditindaklanjuti dengan investigasi dan koordinasi dengan pihak terkait. Kami berupaya menyelesaikan setiap keluhan dengan cepat agar peserta tetap mendapatkan pelayanan yang optimal.

## Lampiran 9 Hasil Wawancara dengan Informan 4 dari Tenaga Kesehatan 1

Kode	Jawaban
P1	Proporsi anggaran kesehatan dalam APBD Kota Semarang dinilai cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat. Anggaran ini memungkinkan layanan kesehatan tetap berjalan dengan baik dan menjangkau masyarakat luas.
P2	Proporsi anggaran untuk UHC di Kota Semarang dinilai cukup untuk mendukung pencapaian cakupan kesehatan semesta. Dengan anggaran yang ada, layanan kesehatan dapat diberikan secara optimal bagi seluruh masyarakat.
P3	Alokasi anggaran antara layanan kesehatan primer dan rujukan di Kota Semarang sudah tepat. Pembagian anggaran ini memastikan pelayanan kesehatan di tingkat dasar hingga lanjutan dapat berfungsi dengan baik.
P4	Upaya peningkatan kesadaran masyarakat untuk membayar iuran BPJS secara teratur berjalan cukup baik. Sosialisasi dan edukasi yang dilakukan telah membantu meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya kepesertaan BPJS.
P5	Tunggakan iuran BPJS tidak berdampak signifikan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Pelayanan tetap berjalan sesuai prosedur meskipun masih ada peserta yang menunggak pembayaran.
P6	Tren kenaikan biaya kesehatan di Kota Semarang selama lima tahun terakhir cukup terasa. Hal ini sedikit berpengaruh pada pelayanan kesehatan, tetapi tetap dapat diatasi dengan strategi pengelolaan anggaran yang baik.
P7	Tingkat pendaftaran masyarakat Kota Semarang sebagai peserta BPJS cukup tinggi. Tidak banyak masyarakat yang belum terdaftar, sehingga cakupan kepesertaan semakin luas.
P8	Cakupan program UHC di Kota Semarang sudah sangat baik. Kelompok rentan telah tercover dengan baik sehingga mereka tetap mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan.
P9	Distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di Kota Semarang sudah mencukupi untuk menjangkau seluruh wilayah. Masyarakat dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan relatif mudah.
P10	Jumlah tenaga medis di Kota Semarang masih dirasa belum mencukupi untuk menangani jumlah penduduk yang ada. Diperlukan penambahan tenaga kesehatan agar pelayanan bisa lebih optimal.
P11	Interaksi tenaga kesehatan dengan masyarakat dalam memberikan pelayanan sangat sering terjadi. Hal ini menunjukkan tingginya permintaan layanan kesehatan dan kedekatan tenaga kesehatan dengan masyarakat.
P12	Masyarakat Kota Semarang sudah memanfaatkan layanan UHC dengan maksimal. Namun, masih diperlukan peningkatan dalam edukasi agar masyarakat lebih memahami manfaat dari program ini.
P13	Waktu tempuh masyarakat menuju fasilitas kesehatan di Kota Semarang tidak menjadi kendala. Jarak yang relatif dekat dan akses transportasi yang baik memungkinkan masyarakat mendapatkan layanan dengan mudah.
P14	Biaya transportasi ke fasilitas kesehatan tidak menjadi masalah karena pelayanan kesehatan telah mendekat ke masyarakat hingga tingkat RW. Dengan adanya layanan kesehatan yang lebih dekat, masyarakat tidak terbebani dengan biaya transportasi.
P15	Untuk meningkatkan literasi kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan mengaktifkan media sosial secara lebih intensif. Informasi kesehatan yang akurat dan edukatif disebarluaskan agar masyarakat lebih memahami pentingnya menjaga kesehatan.
P16	Kondisi fisik fasilitas kesehatan sejauh ini bisa dikondisikan. Meskipun ada beberapa kendala, pelayanan kesehatan tetap dapat berjalan dengan baik.
P17	Fasilitas kesehatan di Kota Semarang sudah cukup tersedia alat medis dan obat-obatan esensial. Hal ini memastikan layanan kesehatan dapat diberikan dengan optimal.
P18	Pelatihan tambahan dan sertifikasi bagi tenaga medis rutin dilaksanakan setiap tahun. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan terbaik.

P19	Rasio antara jumlah tenaga medis dan jumlah pasien di fasilitas kesehatan dinilai cukup baik. Meskipun masih ada tantangan, tenaga medis berupaya memberikan layanan yang maksimal.
P20	Untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis di Kota Semarang, perlu dilakukan pelatihan dan kaji banding. Dengan cara ini, tenaga medis dapat terus meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mereka.
P21	Tingkat kepuasan pasien terhadap waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil pelayanan dinilai baik. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan telah memenuhi harapan masyarakat.
P22	Hampir tidak pernah ada masalah terkait keluhan pasien terhadap pelayanan kesehatan. Jika ada keluhan, masalah tersebut langsung didiskusikan dengan tim dan segera ditindaklanjuti untuk perbaikan layanan.

## Lampiran 10 Hasil Wawancara dengan Informan 5 dari Tenaga Kesehatan 2

Kode	Jawaban
P1	Cukup baik meskipun masih ada beberapa kekurangan yang perlu diperbaiki. Anggaran yang ada mampu mendukung sebagian besar kebutuhan pelayanan kesehatan, namun ada area tertentu yang membutuhkan perhatian lebih.
P2	Anggaran untuk UHC sudah cukup memadai, meskipun masih ada beberapa tantangan dalam pendanaan untuk memperluas jangkauan layanan. Dengan pengelolaan yang tepat, anggaran yang ada dapat membantu mencapai target UHC.
P3	Alokasi anggaran sudah cukup adil antara layanan kesehatan primer dan rujukan, meskipun beberapa layanan rujukan masih membutuhkan dukungan lebih besar. Pembagian ini memungkinkan kedua sektor bekerja secara efisien.
P4	Salah satu kendala utama adalah kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya membayar iuran BPJS tepat waktu. Meskipun sudah ada upaya edukasi, kesadaran masih perlu ditingkatkan agar semua masyarakat dapat berpartisipasi secara aktif.
P5	Tunggakan iuran BPJS sedikit mempengaruhi pelayanan, terutama bagi mereka yang belum melakukan pembayaran. Kami tetap memberikan pelayanan yang terbaik meskipun ada keterbatasan dari sisi administrasi.
P6	Kenaikan biaya kesehatan cukup signifikan dalam lima tahun terakhir, yang berdampak pada anggaran layanan. Meskipun demikian, kami tetap berusaha memberikan pelayanan yang optimal dengan anggaran yang tersedia.
P7	Tingkat pendaftaran masyarakat cukup tinggi, tetapi masih ada segmen tertentu, terutama di daerah perbatasan, yang belum terdaftar. Upaya untuk mengatasi hal ini melalui program pendaftaran kolektif dapat meningkatkan partisipasi.
P8	Cakupan program UHC sudah mencakup sebagian besar kelompok rentan, tetapi masih ada beberapa yang terlewatkan. Peningkatan akses bagi kelompok-kelompok ini perlu menjadi prioritas.
P9	Distribusi fasilitas kesehatan sudah cukup merata, meskipun ada beberapa kecamatan yang masih memiliki fasilitas yang terbatas. Peningkatan fasilitas di daerah tertentu masih diperlukan untuk mengatasi kesenjangan.
P10	Jumlah tenaga medis masih kurang, terutama di fasilitas kesehatan tingkat primer. Diperlukan penambahan tenaga medis untuk menangani jumlah pasien yang semakin meningkat.
P11	Interaksi dengan masyarakat sangat sering, karena kami berada di garis depan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Ini penting untuk membangun hubungan yang lebih baik dengan pasien dan meningkatkan pemahaman mereka tentang kesehatan.
P12	Sebagian besar masyarakat sudah memanfaatkan layanan UHC dengan maksimal, namun masih ada sebagian yang belum sepenuhnya memahami manfaatnya. Peningkatan edukasi dan sosialisasi akan membantu mereka memanfaatkan layanan ini lebih baik.
P13	Waktu tempuh tidak menjadi masalah bagi sebagian besar masyarakat, karena fasilitas kesehatan sudah tersebar di berbagai titik. Namun, bagi masyarakat yang tinggal di daerah lebih pinggiran, waktu tempuh bisa menjadi kendala.
P14	Biaya transportasi bisa menjadi kendala bagi masyarakat yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan. Namun, program pelayanan kesehatan yang datang langsung ke RW atau desa dapat membantu mengurangi masalah ini.
P15	Kami meningkatkan literasi kesehatan dengan lebih aktif mengunggah informasi yang tepat melalui media sosial dan melakukan edukasi langsung di masyarakat. Hal ini membantu masyarakat lebih memahami cara menjaga kesehatan dengan baik.
P16	Kondisi fisik fasilitas kesehatan cukup mendukung pelayanan, meskipun masih ada beberapa area yang membutuhkan perbaikan atau pembaruan. Namun, kami tetap berupaya memberikan pelayanan yang terbaik dalam kondisi yang ada.

P17	Fasilitas kesehatan di Kota Semarang cukup menyediakan alat medis dan obat-obatan esensial. Namun, dalam beberapa kasus, kami masih membutuhkan tambahan alat medis khusus untuk beberapa jenis penyakit.
P18	Saya mengikuti pelatihan dan sertifikasi secara rutin setiap tahun. Pelatihan ini sangat membantu dalam meningkatkan keterampilan dan pengetahuan saya dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.
P19	Rasio antara tenaga medis dan pasien cukup baik, meskipun terkadang ada lonjakan pasien yang mempengaruhi waktu pelayanan. Kami selalu berusaha memberikan pelayanan sebaik mungkin meskipun terkendala jumlah pasien yang banyak.
P20	Untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis, perlu dilakukan lebih banyak pelatihan dan pertukaran pengalaman antar tenaga medis. Hal ini akan membantu kami belajar dari praktik terbaik dan meningkatkan keterampilan profesional.
P21	Tingkat kepuasan pasien umumnya baik, terutama dalam hal keramahan tenaga medis dan hasil pelayanan. Namun, waktu tunggu terkadang menjadi keluhan, terutama saat volume pasien tinggi.
P22	Keluhan dari pasien cukup jarang terjadi. Namun, jika ada keluhan, kami segera melakukan diskusi dengan tim dan menindaklanjutinya dengan perbaikan atau penyesuaian dalam pelayanan.

## Lampiran 11 Hasil Wawancara dengan Informan 6 dari Petugas UHC 1

Kode	Jawaban
P1	Proporsi anggaran kesehatan dalam APBD Kota Semarang sudah sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat. Anggaran yang ada cukup mendukung berbagai program kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat.
P2	Anggaran untuk UHC di Kota Semarang sudah sesuai dan mencukupi untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Pemerintah telah berkomitmen untuk terus meningkatkan pendanaan bagi UHC agar tercapai secara optimal.
P3	Alokasi anggaran antara layanan kesehatan primer dan rujukan di Kota Semarang sudah tepat. Pembagian ini memungkinkan kedua sektor dapat berjalan dengan efisien dan memenuhi kebutuhan masyarakat.
P4	Kesadaran masyarakat untuk membayar iuran BPJS secara teratur masih rendah, terutama karena persepsi bahwa program ini hanya penting saat sakit. Beberapa masyarakat juga mengalami keterlambatan pembayaran karena faktor ekonomi atau tidak menggunakan kartu BPJS secara teratur.
P5	Tunggakan iuran BPJS berdampak pada akses masyarakat ke layanan kesehatan, khususnya ketika mereka membutuhkan rujukan ke rumah sakit. Hal ini memperlambat pelayanan bagi peserta yang belum membayar iuran secara teratur.
P6	Tren kenaikan biaya kesehatan di Kota Semarang cukup signifikan dalam lima tahun terakhir. Peningkatan biaya ini berdampak pada minat masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan, terutama bagi mereka yang kurang mampu.
P7	Pendaftaran masyarakat untuk BPJS cukup tinggi, namun masih ada beberapa yang belum terdaftar, terutama yang bekerja di sektor informal. Pemerintah perlu lebih aktif mendaftarkan masyarakat yang bekerja di perusahaan atau sektor swasta.
P8	Cakupan program UHC di Kota Semarang sudah mencakup sebagian besar kelompok rentan. Program ini terus diperluas dengan melibatkan Dinas Sosial untuk mendaftarkan lebih banyak peserta dari keluarga miskin.
P9	Distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di Kota Semarang sudah memadai untuk mencakup seluruh wilayah. Pusat layanan kesehatan sudah tersebar di berbagai lokasi strategis di kota ini.
P10	Jumlah tenaga medis di Kota Semarang masih belum mencukupi untuk menangani seluruh jumlah penduduk. Namun, pemerintah Kota Semarang terus berupaya untuk memaksimalkan potensi tenaga medis yang ada.
P11	Saya berinteraksi dengan masyarakat setiap hari dalam memberikan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Interaksi ini penting untuk memahami kebutuhan masyarakat dan memberikan pelayanan yang sesuai.
P12	Masyarakat di Kota Semarang memanfaatkan layanan UHC dengan cukup maksimal, namun beberapa perbaikan masih perlu dilakukan. Masyarakat yang mampu seharusnya tetap terdaftar sebagai peserta mandiri dan pemberi kerja wajib mendaftarkan karyawannya.
P13	Waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan di Kota Semarang tidak menjadi kendala, karena sudah ada 39 Puskesmas yang tersebar di berbagai lokasi. Dengan distribusi yang merata, masyarakat tidak kesulitan mengakses layanan kesehatan.
P14	Kendala biaya transportasi ke fasilitas kesehatan dapat diatasi dengan adanya layanan ambulans yang disediakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang. Selain itu, konsultasi dokter melalui telepon juga tersedia bagi mereka yang kesulitan mengakses fasilitas kesehatan.
P15	Untuk meningkatkan literasi kesehatan masyarakat, kami memberdayakan kader kesehatan dan memperbarui informasi melalui media sosial serta menyebarkan flyer. Ini membantu masyarakat mendapatkan informasi kesehatan yang lebih tepat.
P16	Kondisi fisik fasilitas kesehatan tempat kami bekerja sudah mendukung pelayanan kesehatan yang baik. Fasilitas tersebut sudah dilengkapi dengan peralatan yang diperlukan untuk memberikan pelayanan yang optimal.

P17	Fasilitas kesehatan di Kota Semarang sudah mencukupi alat medis dan obat-obatan esensial yang dibutuhkan. Ketersediaan ini memastikan pelayanan kesehatan berjalan dengan lancar.
P18	Saya rutin mengikuti pelatihan dan sertifikasi untuk meningkatkan kompetensi melalui kanal informasi satu sehat maupun dari BKPP. Ini membantu saya memperbarui pengetahuan dan keterampilan dalam pelayanan kesehatan.
P19	Rasio antara tenaga medis dan pasien perlu ditingkatkan agar pelayanan kesehatan lebih optimal. Penambahan jumlah tenaga medis akan membantu mengurangi beban kerja dan mempercepat pelayanan.
P20	Untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis, perlu mendorong mereka untuk terlibat dalam pelatihan dan pemberdayaan masyarakat secara langsung. Keterlibatan aktif ini akan meningkatkan keterampilan dan kualitas pelayanan yang diberikan.
P21	Tingkat kepuasan pasien terkait waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil pelayanan sangat baik. Pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan, meskipun ada beberapa keluhan tentang waktu tunggu saat pasien ramai.
P22	Saya menerima keluhan dari pasien sekitar satu kasus per bulan. Setiap keluhan segera ditindaklanjuti untuk mengetahui permasalahan dan dilakukan intervensi untuk memperbaiki kualitas pelayanan.

## Lampiran 12 Hasil Wawancara dengan Informan 7 dari Petugas UHC 2

Kode	Jawaban
P1	Anggaran kesehatan dalam APBD Kota Semarang cukup mencerminkan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat. Namun, masih ada ruang untuk peningkatan anggaran agar dapat memenuhi semua kebutuhan kesehatan secara optimal.
P2	Proporsi anggaran untuk UHC sudah sesuai, namun untuk memperluas cakupan dan meningkatkan kualitas pelayanan, anggaran tersebut perlu ditambah secara bertahap. Hal ini untuk memastikan lebih banyak masyarakat yang dapat dilayani dengan maksimal.
P3	Alokasi anggaran sudah cukup tepat, dengan prioritas utama pada layanan kesehatan primer. Namun, perhatian lebih pada penguatan layanan rujukan juga perlu agar pelayanan kesehatan lebih terintegrasi dan efektif.
P4	Kendala utamanya adalah kurangnya pemahaman masyarakat akan manfaat jangka panjang dari iuran BPJS. Selain itu, faktor ekonomi juga menjadi penghalang, sehingga beberapa masyarakat memilih menunda pembayaran meskipun tahu akan pentingnya program ini.
P5	Tunggakan iuran BPJS berdampak pada keterlambatan atau bahkan penundaan akses rujukan ke rumah sakit. Ini menyulitkan pasien untuk mendapatkan layanan yang lebih lanjut, terutama bagi mereka yang membutuhkan perawatan intensif.
P6	Biaya kesehatan yang terus meningkat membuat sebagian masyarakat enggan mengakses layanan kesehatan. Hal ini tentu berdampak pada kualitas layanan yang bisa kami berikan, karena keterbatasan sumber daya yang ada.
P7	Sebagian besar masyarakat sudah terdaftar, terutama yang mendapatkan fasilitas melalui pemerintah. Namun, masih ada sebagian yang belum terdaftar, khususnya mereka yang bekerja di sektor informal atau usaha kecil.
P8	Cakupan program UHC di Kota Semarang sudah cukup baik dan melibatkan banyak kelompok rentan, terutama dengan dukungan Dinas Sosial. Namun, masih ada upaya yang perlu ditingkatkan untuk mencapai cakupan yang lebih luas.
P9	Distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit sudah cukup memadai. Dengan tersebarnya fasilitas kesehatan ini, masyarakat memiliki akses yang lebih mudah dan dekat dengan lokasi tempat tinggal mereka.
P10	Jumlah tenaga medis di Kota Semarang masih kurang untuk menangani jumlah penduduk yang besar. Namun, pemerintah berupaya untuk meningkatkan jumlah dan kualitas tenaga medis agar pelayanan tetap optimal.
P11	Saya berinteraksi dengan masyarakat setiap hari, baik saat memberikan pelayanan langsung di fasilitas kesehatan maupun dalam rangka penyuluhan kesehatan. Interaksi ini sangat penting untuk membangun hubungan dan pemahaman yang lebih baik dengan masyarakat.
P12	Masyarakat memanfaatkan layanan UHC dengan baik, namun masih ada perbaikan yang diperlukan. Misalnya, masyarakat yang mampu secara finansial perlu tetap berkontribusi dalam sistem dengan menjadi peserta mandiri, serta memastikan setiap pekerja terdaftar melalui pemberi kerja.
P13	Waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan tidak menjadi kendala yang signifikan. Dengan jumlah Puskesmas yang banyak dan lokasi rumah sakit yang strategis, akses menuju fasilitas kesehatan cukup mudah bagi masyarakat.
P14	Beberapa masyarakat memang menghadapi kendala biaya transportasi, namun Dinas Kesehatan Kota Semarang telah menyediakan layanan ambulans gratis bagi mereka yang membutuhkan. Selain itu, konsultasi dokter melalui telepon juga bisa membantu mengurangi hambatan transportasi.
P15	Kami terus melakukan pemberdayaan kader kesehatan dan memperbarui informasi kesehatan melalui sosial media. Flyer dan media lain juga digunakan untuk menjangkau masyarakat yang lebih luas agar mereka memperoleh informasi yang tepat dan mudah diakses.

P16	Fasilitas kesehatan tempat saya bekerja sudah cukup mendukung pelayanan yang baik. Kondisinya dapat diatur dan ditingkatkan agar lebih nyaman dan aman bagi pasien yang datang.
P17	Fasilitas kesehatan di Kota Semarang sudah cukup memadai untuk menyediakan alat medis dan obat-obatan esensial. Ketersediaan ini membantu tenaga medis untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien.
P18	Saya rutin mengikuti pelatihan dan sertifikasi yang diselenggarakan oleh instansi terkait seperti kanal informasi satu sehat dan BKPP. Pelatihan ini penting untuk menjaga keterampilan dan pengetahuan medis yang up-to-date.
P19	Rasio tenaga medis dan pasien perlu ditingkatkan. Dengan semakin banyaknya pasien, penambahan jumlah tenaga medis sangat diperlukan agar kualitas pelayanan dapat dipertahankan.
P20	Untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis, kami perlu mendorong mereka untuk aktif mengikuti pelatihan dan terlibat langsung dalam pemberdayaan masyarakat. Ini akan meningkatkan keterampilan praktis serta empati terhadap pasien.
P21	Tingkat kepuasan pasien sangat baik, terutama dalam hal keramahan tenaga medis dan hasil pelayanan yang diberikan. Meskipun terkadang ada sedikit keluhan terkait waktu tunggu, namun pelayanan secara keseluruhan dianggap memuaskan.
P22	Keluhan yang diterima sangat jarang, hanya sekitar satu kasus per bulan. Setiap keluhan segera kami tindaklanjuti dengan diskusi bersama tim untuk mencari solusi dan memastikan pelayanan semakin baik.

### Lampiran 13 Hasil Wawancara dengan Informan 8 dari Verifikator UHC 1

Kode	Jawaban
P1	Proporsi anggaran kesehatan dalam APBD Kota Semarang sudah sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat. Anggaran yang ada cukup mendukung berbagai program kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat.
P2	Anggaran untuk UHC di Kota Semarang sudah sesuai dan mencukupi untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Pemerintah telah berkomitmen untuk terus meningkatkan pendanaan bagi UHC agar tercapai secara optimal.
P3	Alokasi anggaran antara layanan kesehatan primer dan rujukan di Kota Semarang sudah tepat. Pembagian ini memungkinkan kedua sektor dapat berjalan dengan efisien dan memenuhi kebutuhan masyarakat.
P4	Kesadaran masyarakat untuk membayar iuran BPJS secara teratur masih rendah, terutama karena persepsi bahwa program ini hanya penting saat sakit. Beberapa masyarakat juga mengalami keterlambatan pembayaran karena faktor ekonomi atau tidak menggunakan kartu BPJS secara teratur.
P5	Tunggakan iuran BPJS berdampak pada akses masyarakat ke layanan kesehatan, khususnya ketika mereka membutuhkan rujukan ke rumah sakit. Hal ini memperlambat pelayanan bagi peserta yang belum membayar iuran secara teratur.
P6	Tren kenaikan biaya kesehatan di Kota Semarang cukup signifikan dalam lima tahun terakhir. Peningkatan biaya ini berdampak pada minat masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan, terutama bagi mereka yang kurang mampu.
P7	Pendaftaran masyarakat untuk BPJS cukup tinggi, namun masih ada beberapa yang belum terdaftar, terutama yang bekerja di sektor informal. Pemerintah perlu lebih aktif mendaftarkan masyarakat yang bekerja di perusahaan atau sektor swasta.
P8	Cakupan program UHC di Kota Semarang sudah mencakup sebagian besar kelompok rentan. Program ini terus diperluas dengan melibatkan Dinas Sosial untuk mendaftarkan lebih banyak peserta dari keluarga miskin.
P9	Distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di Kota Semarang sudah memadai untuk mencakup seluruh wilayah. Pusat layanan kesehatan sudah tersebar di berbagai lokasi strategis di kota ini.
P10	Jumlah tenaga medis di Kota Semarang masih belum mencukupi untuk menangani seluruh jumlah penduduk. Namun, pemerintah Kota Semarang terus berupaya untuk memaksimalkan potensi tenaga medis yang ada.
P11	Saya berinteraksi dengan masyarakat setiap hari dalam memberikan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Interaksi ini penting untuk memahami kebutuhan masyarakat dan memberikan pelayanan yang sesuai.
P12	Masyarakat di Kota Semarang memanfaatkan layanan UHC dengan cukup maksimal, namun beberapa perbaikan masih perlu dilakukan. Masyarakat yang mampu seharusnya tetap terdaftar sebagai peserta mandiri dan pemberi kerja wajib mendaftarkan karyawannya.
P13	Waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan di Kota Semarang tidak menjadi kendala, karena sudah ada 39 Puskesmas yang tersebar di berbagai lokasi. Dengan distribusi yang merata, masyarakat tidak kesulitan mengakses layanan kesehatan.
P14	Kendala biaya transportasi ke fasilitas kesehatan dapat diatasi dengan adanya layanan ambulans yang disediakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang. Selain itu, konsultasi dokter melalui telepon juga tersedia bagi mereka yang kesulitan mengakses fasilitas kesehatan.
P15	Untuk meningkatkan literasi kesehatan masyarakat, kami memberdayakan kader kesehatan dan memperbarui informasi melalui media sosial serta menyebarkan flyer. Ini membantu masyarakat mendapatkan informasi kesehatan yang lebih tepat.
P16	Kondisi fisik fasilitas kesehatan tempat kami bekerja sudah mendukung pelayanan kesehatan yang baik. Fasilitas tersebut sudah dilengkapi dengan peralatan yang diperlukan untuk memberikan pelayanan yang optimal.

P17	Fasilitas kesehatan di Kota Semarang sudah mencukupi alat medis dan obat-obatan esensial yang dibutuhkan. Ketersediaan ini memastikan pelayanan kesehatan berjalan dengan lancar.
P18	Saya rutin mengikuti pelatihan dan sertifikasi untuk meningkatkan kompetensi melalui kanal informasi satu sehat maupun dari BKPP. Ini membantu saya memperbarui pengetahuan dan keterampilan dalam pelayanan kesehatan.
P19	Rasio antara tenaga medis dan pasien perlu ditingkatkan agar pelayanan kesehatan lebih optimal. Penambahan jumlah tenaga medis akan membantu mengurangi beban kerja dan mempercepat pelayanan.
P20	Untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis, perlu mendorong mereka untuk terlibat dalam pelatihan dan pemberdayaan masyarakat secara langsung. Keterlibatan aktif ini akan meningkatkan keterampilan dan kualitas pelayanan yang diberikan.
P21	Tingkat kepuasan pasien terkait waktu tunggu, keramahan tenaga medis, dan hasil pelayanan sangat baik. Pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan, meskipun ada beberapa keluhan tentang waktu tunggu saat pasien ramai.
P22	Saya menerima keluhan dari pasien sekitar satu kasus per bulan. Setiap keluhan segera ditindaklanjuti untuk mengetahui permasalahan dan dilakukan intervensi untuk memperbaiki kualitas pelayanan

## Lampiran 14 Hasil Wawancara dengan Informan 9 dari Verifikator UHC 2

Kode	Jawaban
P1	Anggaran kesehatan dalam APBD Kota Semarang cukup mencerminkan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat. Namun, masih ada ruang untuk peningkatan anggaran agar dapat memenuhi semua kebutuhan kesehatan secara optimal.
P2	Proporsi anggaran untuk UHC sudah sesuai, namun untuk memperluas cakupan dan meningkatkan kualitas pelayanan, anggaran tersebut perlu ditambah secara bertahap. Hal ini untuk memastikan lebih banyak masyarakat yang dapat dilayani dengan maksimal.
P3	Alokasi anggaran sudah cukup tepat, dengan prioritas utama pada layanan kesehatan primer. Namun, perhatian lebih pada penguatan layanan rujukan juga perlu agar pelayanan kesehatan lebih terintegrasi dan efektif.
P4	Kendala utamanya adalah kurangnya pemahaman masyarakat akan manfaat jangka panjang dari iuran BPJS. Selain itu, faktor ekonomi juga menjadi penghalang, sehingga beberapa masyarakat memilih menunda pembayaran meskipun tahu akan pentingnya program ini.
P5	Tunggakan iuran BPJS berdampak pada keterlambatan atau bahkan penundaan akses rujukan ke rumah sakit. Ini menyulitkan pasien untuk mendapatkan layanan yang lebih lanjut, terutama bagi mereka yang membutuhkan perawatan intensif.
P6	Biaya kesehatan yang terus meningkat membuat sebagian masyarakat enggan mengakses layanan kesehatan. Hal ini tentu berdampak pada kualitas layanan yang bisa kami berikan, karena keterbatasan sumber daya yang ada.
P7	Sebagian besar masyarakat sudah terdaftar, terutama yang mendapatkan fasilitas melalui pemerintah. Namun, masih ada sebagian yang belum terdaftar, khususnya mereka yang bekerja di sektor informal atau usaha kecil.
P8	Cakupan program UHC di Kota Semarang sudah cukup baik dan melibatkan banyak kelompok rentan, terutama dengan dukungan Dinas Sosial. Namun, masih ada upaya yang perlu ditingkatkan untuk mencapai cakupan yang lebih luas.
P9	Distribusi Puskesmas, klinik, dan rumah sakit sudah cukup memadai. Dengan tersebarnya fasilitas kesehatan ini, masyarakat memiliki akses yang lebih mudah dan dekat dengan lokasi tempat tinggal mereka.
P10	Jumlah tenaga medis di Kota Semarang masih kurang untuk menangani jumlah penduduk yang besar. Namun, pemerintah berupaya untuk meningkatkan jumlah dan kualitas tenaga medis agar pelayanan tetap optimal.
P11	Saya berinteraksi dengan masyarakat setiap hari, baik saat memberikan pelayanan langsung di fasilitas kesehatan maupun dalam rangka penyuluhan kesehatan. Interaksi ini sangat penting untuk membangun hubungan dan pemahaman yang lebih baik dengan masyarakat.
P12	Masyarakat memanfaatkan layanan UHC dengan baik, namun masih ada perbaikan yang diperlukan. Misalnya, masyarakat yang mampu secara finansial perlu tetap berkontribusi dalam sistem dengan menjadi peserta mandiri, serta memastikan setiap pekerja terdaftar melalui pemberi kerja.
P13	Waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan tidak menjadi kendala yang signifikan. Dengan jumlah Puskesmas yang banyak dan lokasi rumah sakit yang strategis, akses menuju fasilitas kesehatan cukup mudah bagi masyarakat.
P14	Beberapa masyarakat memang menghadapi kendala biaya transportasi, namun Dinas Kesehatan Kota Semarang telah menyediakan layanan ambulans gratis bagi mereka yang membutuhkan. Selain itu, konsultasi dokter melalui telepon juga bisa membantu mengurangi hambatan transportasi.
P15	Kami terus melakukan pemberdayaan kader kesehatan dan memperbarui informasi kesehatan melalui sosial media. Flyer dan media lain juga digunakan untuk menjangkau masyarakat yang lebih luas agar mereka memperoleh informasi yang tepat dan mudah diakses.

P16	Fasilitas kesehatan tempat saya bekerja sudah cukup mendukung pelayanan yang baik. Kondisinya dapat diatur dan ditingkatkan agar lebih nyaman dan aman bagi pasien yang datang.
P17	Fasilitas kesehatan di Kota Semarang sudah cukup memadai untuk menyediakan alat medis dan obat-obatan esensial. Ketersediaan ini membantu tenaga medis untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien.
P18	Saya rutin mengikuti pelatihan dan sertifikasi yang diselenggarakan oleh instansi terkait seperti kanal informasi satu sehat dan BKPP. Pelatihan ini penting untuk menjaga keterampilan dan pengetahuan medis yang up-to-date.
P19	Rasio tenaga medis dan pasien perlu ditingkatkan. Dengan semakin banyaknya pasien, penambahan jumlah tenaga medis sangat diperlukan agar kualitas pelayanan dapat dipertahankan.
P20	Untuk meningkatkan profesionalisme tenaga medis, kami perlu mendorong mereka untuk aktif mengikuti pelatihan dan terlibat langsung dalam pemberdayaan masyarakat. Ini akan meningkatkan keterampilan praktis serta empati terhadap pasien.
P21	Tingkat kepuasan pasien sangat baik, terutama dalam hal keramahan tenaga medis dan hasil pelayanan yang diberikan. Meskipun terkadang ada sedikit keluhan terkait waktu tunggu, namun pelayanan secara keseluruhan dianggap memuaskan.
P22	Keluhan yang diterima sangat jarang, hanya sekitar satu kasus per bulan. Setiap keluhan segera kami tindaklanjuti dengan diskusi bersama tim untuk mencari solusi dan memastikan pelayanan semakin baik.

### Lampiran 15 Hasil Wawancara dengan Informan 10 dari Verifikator UHC 3

Kode	Jawaban
P1	Anggaran kesehatan dalam APBD Kota Semarang sudah dialokasikan dengan proporsi yang sesuai kebutuhan layanan masyarakat. Namun, setiap tahunnya, evaluasi tetap penting untuk menyesuaikan dengan perubahan yang terjadi di lapangan.
P2	Saya rasa proporsi anggaran untuk UHC di Kota Semarang sudah cukup memadai untuk mencapai tujuan tersebut. Meski begitu, penggunaan anggaran yang lebih efisien tetap diperlukan untuk memastikan jangkauan layanan lebih optimal.
P3	Alokasi anggaran untuk layanan kesehatan primer dan rujukan sudah dilakukan dengan proporsional. Pembagian anggaran ini telah memperhatikan kebutuhan masing-masing sektor untuk memastikan kelancaran pelayanan.
P4	Kesadaran masyarakat terhadap pentingnya membayar iuran BPJS sering kali hanya muncul saat mereka membutuhkan layanan. Masih ada persepsi di masyarakat yang menganggap pembayaran iuran tidak penting selama mereka tidak merasa sakit.
P5	Tunggakan pembayaran iuran BPJS memang berdampak langsung pada pelayanan kesehatan, terutama saat peserta membutuhkan rujukan ke rumah sakit. Hal ini sering menghambat proses pengobatan pasien yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.
P6	Biaya kesehatan yang terus meningkat dalam lima tahun terakhir memberikan dampak terhadap minat masyarakat untuk memanfaatkan layanan kesehatan. Kenaikan biaya ini terutama dirasakan oleh masyarakat dengan keterbatasan ekonomi.
P7	Sebagian besar masyarakat sudah terdaftar dalam BPJS, tetapi ada beberapa kelompok yang belum, terutama pekerja informal. Ini menjadi tantangan tersendiri dalam mencapai cakupan universal bagi seluruh lapisan masyarakat.
P8	Cakupan program UHC di Kota Semarang sudah mencakup kelompok rentan dengan cukup baik, berkat kolaborasi dengan Dinas Sosial. Program PBI APBN telah membantu memastikan bahwa mereka yang membutuhkan dapat terdaftar dan mendapatkan akses kesehatan.
P9	Sebaran fasilitas kesehatan di Kota Semarang sudah cukup memadai, dengan Puskesmas, klinik, dan rumah sakit yang tersebar di banyak wilayah. Hal ini memudahkan masyarakat untuk mengakses layanan tanpa harus menempuh perjalanan jauh.
P10	Ketersediaan tenaga medis di Kota Semarang masih belum ideal jika dibandingkan dengan jumlah penduduk. Meski begitu, pemerintah Kota Semarang terus berupaya untuk meningkatkan jumlah dan kualitas tenaga medis yang ada.
P11	Sebagai verifikator UHC, saya berinteraksi dengan masyarakat setiap hari, terutama dalam proses validasi data peserta. Hal ini memungkinkan saya untuk memastikan bahwa setiap peserta mendapatkan layanan yang sesuai dengan hak mereka.
P12	Masyarakat Kota Semarang sudah cukup memanfaatkan layanan UHC, tetapi masih ada ruang untuk perbaikan. Terutama, perlu adanya peningkatan kesadaran untuk tetap terdaftar sebagai peserta BPJS, terutama bagi yang mampu.
P13	Waktu tempuh masyarakat menuju fasilitas kesehatan umumnya tidak menjadi kendala besar. Dengan adanya banyak Puskesmas dan layanan kesehatan yang dekat dengan masyarakat, akses menjadi lebih mudah dan cepat.
P14	Meskipun biaya transportasi ke fasilitas kesehatan bukan kendala utama, Dinas Kesehatan Kota Semarang tetap menyediakan layanan ambulans bagi yang membutuhkan. Ini memastikan bahwa masyarakat dengan keterbatasan transportasi tetap bisa mengakses layanan kesehatan dengan mudah.
P15	Saya berusaha meningkatkan literasi kesehatan masyarakat dengan memberdayakan kader kesehatan dan memperbarui informasi melalui media sosial. Dengan cara ini, informasi kesehatan bisa lebih mudah diakses dan dipahami oleh masyarakat.
P16	Kondisi fisik fasilitas kesehatan yang saya evaluasi sudah mendukung pelayanan yang baik. Fasilitas yang ada cukup memenuhi kebutuhan dasar pelayanan kesehatan,

	meskipun perbaikan dan pemeliharaan tetap diperlukan untuk mempertahankan kualitas.
P17	Alat medis dan obat-obatan yang tersedia di fasilitas kesehatan sudah cukup mencukupi. Pemerintah daerah memastikan distribusi alat kesehatan yang sesuai agar pelayanan dapat berlangsung dengan baik dan tepat waktu.
P18	Saya rutin mengikuti pelatihan dan sertifikasi yang diadakan baik oleh Dinas Kesehatan maupun BKPP. Hal ini membantu saya untuk terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan tugas verifikasi.
P19	Rasio antara tenaga medis dan jumlah pasien di fasilitas kesehatan memang perlu diperhatikan. Dengan penambahan tenaga medis, pelayanan kesehatan dapat lebih optimal, terutama di daerah yang memiliki jumlah pasien yang tinggi.
P20	Agar profesionalisme tenaga medis terus meningkat, penting untuk mendorong mereka mengikuti pelatihan secara berkelanjutan. Selain itu, tenaga medis juga perlu lebih terlibat dalam pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran kesehatan.
P21	Kepuasan pasien terkait pelayanan di fasilitas kesehatan di Kota Semarang umumnya baik. Pasien merasa puas dengan keramahan tenaga medis serta waktu tunggu yang relatif cepat, meskipun evaluasi terus dilakukan untuk peningkatan layanan.
P22	Keluhan dari pasien jarang terjadi, tetapi bila ada, langsung ditindaklanjuti. Setiap keluhan yang masuk selalu dievaluasi agar masalah bisa segera diatasi dan pelayanan tetap berjalan dengan lancar.

**Lampiran 16 Data Hasil Kuesioner**

No	Umur	Pend	Pkj Utm	JAgk Kel	Pghsln	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	
1	2	2	3	3	2	c	d	c	b	c	c	d	c	c	b	d	d	c	c	c	c	c	c	b	c	d	c	
2	1	2	2	3	2	c	b	c	a	c	c	d	a	b	b	a	a	b	c	a	c	c	c	b	c	b	a	
3	3	1	1	1	3	b	b	c	b	b	c	c	c	c	c	b	b	c	c	a	d	d	c	b	c	b	b	
4	1	2	4	2	2	e	e	b	b	e	c	d	c	b	b	c	c	c	c	c	c	d	e	c	d	c	a	
5	3	3	3	3	4	c	d	c	a	c	c	d	b	b	b	c	c	c	c	b	c	c	c	b	d	d	b	
6	2	2	2	1	1	b	b	c	b	e	d	e	c	c	c	a	a	b	b	a	d	d	d	a	c	b	b	
7	3	4	2	3	3	e	b	b	b	e	c	d	a	e	c	d	d	c	c	a	c	c	e	b	c	b	b	
8	3	4	1	4	2	c	b	c	a	b	c	d	c	c	c	c	c	b	b	a	c	c	c	b	c	b	a	
9	1	2	4	3	2	d	b	c	b	e	c	d	c	b	b	c	c	c	c	c	d	d	d	b	d	b	c	
10	4	3	3	1	2	c	b	b	b	d	d	d	c	c	c	c	b	b	c	c	c	c	c	c	c	b	b	
11	2	2	2	3	1	e	b	c	a	e	c	e	c	b	b	e	e	c	c	a	b	b	e	b	d	b	b	
12	4	4	1	2	4	e	e	c	b	e	c	d	e	e	e	c	c	c	e	a	c	c	e	b	d	c	b	
13	3	2	3	4	3	c	b	b	b	b	c	d	b	b	b	a	a	b	b	a	d	d	d	b	c	b	a	
14	2	1	2	4	2	a	a	c	b	e	d	d	c	c	c	a	a	a	a	b	c	a	a	b	a	a	b	
15	3	3	1	3	1	e	b	c	a	b	c	d	a	a	e	c	c	c	c	a	c	c	e	c	e	b	b	
16	4	2	3	2	4	b	b	b	b	e	c	d	c	b	b	c	c	c	c	b	c	a	e	b	d	b	b	
17	3	1	2	4	2	e	e	c	b	e	c	d	c	e	a	d	d	c	c	a	b	b	e	b	c	c	b	
18	2	4	1	3	3	e	b	a	b	e	d	d	c	e	c	c	c	b	b	a	a	b	b	b	b	b	b	
19	4	3	3	4	1	e	b	c	a	e	c	e	b	c	e	e	e	b	b	a	c	c	e	b	c	b	c	
20	4	1	2	2	4	e	b	b	b	d	c	d	c	e	e	b	b	c	c	a	d	d	d	d	b	b	b	
21	4	2	3	1	3	b	c	c	b	e	c	d	c	b	b	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	b	
22	3	4	1	4	2	e	b	c	b	b	e	d	c	b	b	e	e	c	c	b	c	c	e	b	c	b	b	
23	2	3	4	4	1	b	b	b	b	e	c	d	b	e	c	e	e	c	c	a	c	c	e	b	d	b	a	
24	3	2	3	3	3	e	d	c	a	e	c	e	c	c	c	c	c	b	b	a	c	c	c	b	c	d	b	
25	4	4	3	2	4	e	b	c	b	d	c	d	a	e	c	c	c	c	a	d	d	d	d	b	c	b	b	
26	4	2	2	3	2	a	b	c	b	b	d	d	c	e	c	e	b	b	c	c	a	d	d	d	b	c	b	b
27	2	3	3	4	1	e	c	c	b	e	c	d	c	b	b	e	c	b	b	b	c	c	e	b	c	c	b	
28	3	2	4	1	1	b	b	c	b	e	c	d	b	e	c	a	a	b	b	c	c	c	e	b	d	b	b	
29	3	4	3	4	4	e	b	c	b	d	c	c	c	c	e	c	c	c	c	a	c	c	c	b	d	b	a	
30	1	2	1	3	3	e	d	c	b	e	c	d	c	b	b	e	e	c	c	a	d	d	d	e	c	d	b	
31	2	4	2	2	4	e	b	b	b	e	c	d	c	e	b	b	d	d	c	e	a	d	d	d	b	e	b	b
32	3	2	4	4	1	d	c	c	b	d	c	e	b	c	e	b	b	b	b	b	c	c	c	b	c	c	b	b
33	4	1	2	3	2	e	b	c	b	b	d	d	a	e	e	e	e	b	b	a	c	c	e	b	d	b	a	
34	3	4	2	4	2	b	b	c	a	e	c	d	c	e	e	e	e	c	c	a	c	c	e	b	d	b	b	
35	2	2	3	1	3	e	d	c	b	e	c	d	c	b	b	e	c	c	c	a	d	d	d	e	c	d	a	
36	3	1	4	2	4	e	e	c	b	e	c	d	c	b	b	c	c	b	b	c	d	d	d	b	c	c	b	

37	1	2	1	3	2	c	b	b	b	d	c	c	a	c	c	c	c	b	b	a	c	c	c	b	c	b	b	
38	3	4	2	2	2	c	b	c	b	c	c	d	a	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	b	d	b	b	
39	2	4	2	4	1	b	c	c	b	b	d	d	c	b	b	d	d	c	c	a	c	c	c	b	d	c	c	
40	3	3	3	1	3	c	d	b	a	c	c	d	a	b	b	c	c	c	c	a	c	c	c	b	c	d	a	
41	3	4	4	3	4	c	b	c	b	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	b	a	c	c	c	b	c	b	b
42	1	2	2	2	2	c	b	c	b	d	c	d	c	c	c	c	b	b	b	b	b	d	d	d	c	c	b	a
43	2	2	1	4	2	c	c	c	b	c	c	d	b	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	b
44	3	4	4	3	3	d	b	c	a	b	c	d	c	b	b	c	c	c	c	a	c	c	c	b	c	b	b	
45	3	3	2	4	4	e	d	c	b	e	d	d	c	b	b	d	d	c	c	a	c	c	c	b	d	d	a	
46	4	2	3	1	1	c	b	b	a	c	c	d	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	b	c	b	b	
47	4	4	2	2	2	a	c	c	b	c	c	d	b	c	c	c	c	c	b	b	a	c	c	c	b	c	c	b
48	3	2	2	3	3	b	b	c	b	c	c	d	c	c	c	c	c	c	c	a	d	d	d	d	b	c	b	a
49	2	3	1	4	4	c	b	c	b	c	c	d	c	c	c	c	b	b	b	b	a	d	d	d	b	c	b	b
50	3	2	2	3	2	c	d	c	b	d	c	d	c	b	b	c	c	c	c	a	c	c	c	c	c	c	d	a
51	4	3	4	1	2	a	c	b	a	c	d	c	c	c	c	d	d	c	c	a	c	d	c	b	d	c	b	
52	3	4	3	2	3	c	b	c	b	c	c	d	c	b	b	e	e	c	c	c	c	c	c	b	d	b	b	
53	1	2	2	3	1	b	b	c	a	e	c	d	b	c	c	c	c	b	b	a	c	c	c	b	c	b	b	
54	4	3	4	4	4	c	d	c	b	d	c	d	c	c	c	a	a	c	c	a	d	d	d	d	b	c	d	b
55	3	2	2	3	2	e	c	c	b	e	c	d	c	c	c	b	b	c	c	b	d	d	d	b	d	c	c	
56	4	1	1	1	3	c	b	b	a	e	d	c	b	b	b	c	c	d	d	a	c	c	c	b	c	b	b	
57	3	2	3	4	2	d	b	c	b	c	c	d	c	c	c	c	c	c	b	b	a	c	c	c	c	c	b	a
58	1	3	4	2	1	c	c	c	b	b	c	d	c	c	c	a	a	c	c	b	d	d	d	b	d	c	b	
59	3	4	2	3	2	a	d	a	a	c	c	d	c	c	c	c	c	b	b	a	c	c	c	b	c	d	b	
60	4	3	2	2	3	c	b	c	b	c	c	d	c	b	b	e	e	c	c	a	c	c	c	b	c	b	b	
61	2	4	2	1	2	b	b	c	a	c	d	c	b	c	c	d	d	c	c	c	d	d	d	b	c	b	a	
62	1	3	3	4	4	c	c	c	b	d	c	d	b	b	b	b	b	c	c	a	c	c	c	b	c	c	b	
63	2	2	2	2	2	e	d	c	b	e	c	d	c	c	c	e	c	c	e	a	c	c	c	c	c	d	b	
64	3	3	1	4	1	e	b	c	b	e	c	d	c	c	c	a	a	b	b	a	c	d	e	b	d	b	b	
65	3	2	4	3	3	b	c	c	b	c	c	e	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	c	c	c	b	
66	4	2	3	1	4	e	b	c	b	c	c	d	c	c	c	c	c	c	a	d	d	c	b	c	b	a		
67	4	4	4	3	2	c	d	c	b	d	d	d	c	b	b	d	d	c	c	a	d	d	e	b	d	d	b	
68	1	3	3	2	2	c	c	c	a	c	c	d	b	c	c	b	b	b	b	c	c	c	c	b	c	c	b	
69	3	2	2	1	3	c	b	c	b	c	c	d	a	c	c	a	a	c	c	b	c	c	c	c	c	b	b	
70	2	4	1	4	1	c	b	b	b	c	c	d	c	c	c	c	c	c	c	a	c	d	c	b	d	b	b	
71	3	3	4	3	4	b	d	c	b	c	d	d	c	b	b	e	e	b	b	a	c	c	c	b	c	d	a	
72	4	1	3	4	2	b	c	c	a	e	c	c	c	c	c	b	b	c	c	a	d	d	e	b	d	c	c	
73	1	2	2	1	2	c	b	c	b	c	c	d	c	c	c	c	c	c	b	b	a	d	d	c	b	c	b	b
74	3	4	3	3	3	c	b	c	b	b	d	d	c	b	b	c	c	b	b	c	c	c	c	b	d	b	b	
75	3	2	3	4	4	c	d	b	b	c	c	d	c	c	c	d	d	c	c	a	c	c	c	c	d	d	a	
76	4	2	1	2	1	c	b	c	b	c	c	d	c	b	b	b	b	b	c	c	a	c	d	c	b	c	b	b

77	2	3	4	1	2	e	c	c	a	d	c	c	e	b	b	e	c	c	c	a	c	c	e	b	c	c	b
78	3	4	3	4	2	d	b	c	b	e	c	d	b	e	e	c	c	b	b	b	c	c	e	b	d	b	b
79	4	4	2	3	3	e	d	c	b	e	d	d	c	e	e	c	c	c	c	a	d	d	e	b	e	d	b
80	3	3	1	2	4	d	c	c	b	e	c	d	b	e	e	d	d	b	b	a	c	c	e	b	e	c	a
81	3	1	4	4	2	e	b	b	b	e	c	e	c	b	b	e	e	c	c	a	c	c	d	e	d	b	b
82	1	4	2	1	1	e	d	c	a	e	c	d	e	e	e	c	c	c	c	a	e	c	e	b	e	d	b
83	2	2	2	3	3	b	b	c	b	d	c	d	c	b	b	b	b	b	b	c	c	c	e	c	c	b	b
84	4	3	3	2	4	e	b	b	b	b	d	d	c	e	e	e	e	c	e	b	e	c	e	b	e	b	b
85	3	3	1	1	2	e	e	c	b	e	c	c	e	e	e	e	c	c	c	a	d	d	d	b	e	c	b
86	4	4	4	3	2	d	b	c	a	e	c	d	b	b	b	d	d	b	b	a	c	c	e	b	e	b	a
87	3	2	3	4	3	e	c	c	b	e	c	d	c	e	e	e	c	c	c	b	e	c	e	e	d	c	e
88	1	4	1	4	4	e	b	b	b	d	e	d	c	e	e	a	a	c	c	a	e	e	e	b	e	c	b
89	3	1	2	2	2	d	d	c	b	b	d	d	c	b	b	e	c	c	c	a	c	c	e	e	d	d	b
90	2	3	4	3	1	e	e	c	b	e	c	d	e	e	e	c	c	b	b	b	e	c	e	b	e	c	a
91	4	2	3	4	3	d	b	c	a	e	c	d	b	c	c	c	c	d	d	a	c	c	d	b	c	b	a
92	4	4	2	2	2	e	b	c	b	e	c	d	e	e	e	d	d	b	b	a	d	d	e	b	e	b	b
93	4	1	2	3	4	e	d	b	b	e	c	d	e	b	b	e	e	c	c	a	c	c	e	e	d	d	a
94	3	4	1	2	2	b	b	c	b	d	c	d	c	e	e	c	c	c	c	a	c	c	c	b	c	b	c
95	3	3	4	3	3	e	d	c	b	b	d	d	b	b	b	e	e	d	d	e	e	c	d	b	e	d	b
96	4	2	3	4	1	e	e	c	b	e	c	e	e	e	e	d	d	e	c	b	d	e	e	b	e	c	a
97	2	4	2	3	4	e	b	b	a	e	c	d	e	e	e	e	d	e	c	a	c	c	e	b	e	b	a
98	4	3	4	2	3	d	b	c	b	e	c	d	e	e	e	c	c	d	d	a	c	d	e	c	e	b	a
99	1	4	1	4	3	e	d	c	b	e	c	d	b	e	e	d	e	c	c	a	c	d	e	b	d	d	b
100	2	1	2	2	4	e	b	b	b	b	d	d	c	e	e	d	e	d	c	b	d	c	d	b	e	b	b

## Lampiran 17 Deskriptif Hasil Kueisoner

### Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26 - 35 tahun	14	14.0	14.0	14.0
	36 - 45 tahun	20	20.0	20.0	34.0
	46 - 55 tahun	39	39.0	39.0	73.0
	> 56 tahun	27	27.0	27.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

### Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	12	12.0	12.0	12.0
	SMA/SMK	35	35.0	35.0	47.0
	Diploma	24	24.0	24.0	71.0
	S1	29	29.0	29.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

### Pekerjaan Uta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wiraswasta	19	19.0	19.0	19.0
	Karyawan Swasta	34	34.0	34.0	53.0
	PNS	27	27.0	27.0	80.0
	TNI/POLRI	20	20.0	20.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

### Jumlah Anggota Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 Orang	17	17.0	17.0	17.0
	3 Orang	23	23.0	23.0	40.0
	4 Orang	31	31.0	31.0	71.0
	> 4 Orang	29	29.0	29.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

### Penghasilan per Hari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< Rp 50.000	18	18.0	18.0	18.0
	Rp 51.000 - Rp 150.000	36	36.0	36.0	54.0
	Rp 151.000 - Rp 300.000	24	24.0	24.0	78.0
	> Rp 300.000	22	22.0	22.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah Anda merasa anggaran kesehatan (UHC) di Kota Semarang sudah proporsional?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Proporsional	5	5.0	5.0	5.0
	Tidak Proporsional	16	16.0	16.0	21.0
	Proporsional	69	69.0	69.0	90.0
	Sangat Proporsional	10	10.0	10.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah anggaran untuk UHC dari total anggaran kesehatan sudah mencukupi kebutuhan masyarakat?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Mencukupi	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Mencukupi	56	56.0	56.0	57.0
	Mencukupi	23	23.0	23.0	80.0
	Sangat Mencukupi	20	20.0	20.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah layanan kesehatan primer (puskesmas) di Kota Anda sudah mendapatkan anggaran yang memadai?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Memadai	2	2.0	2.0	2.0
	Tidak Memadai	21	21.0	21.0	23.0
	Memadai	77	77.0	77.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Jika ada tunggakan iuran BPJS, Apakah Anda membayar tunggakan iuran BPJS ?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah Membayar	23	23.0	23.0	23.0
	Kadang Membayar	77	77.0	77.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Menurut Anda, apakah tunggakan iuran BPJS oleh peserta menjadi masalah utama dalam pelayanan?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bermasalah	15	15.0	15.0	15.0
	Bermasalah	70	70.0	70.0	85.0
	Sangat Bermasalah	15	15.0	15.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah Anda merasa biaya kesehatan semakin meningkat dalam lima tahun terakhir?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meningkat	81	81.0	81.0	81.0
	Sangat Meningkat	19	19.0	19.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah Anda atau keluarga terdaftar sebagai peserta BPJS PBI APBD (UHC) ?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mayoritas Terdaftar	18	18.0	18.0	18.0
	Semua Terdaftar	82	82.0	82.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah Anda mengetahui kelompok rentan (ibu hamil, bayi baru lahir, lansia, disabilitas, orang sakit) sudah tercover dalam program UHC di wilayah Anda?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	8	8.0	8.0	8.0
	Tahu tetapi Tidak Tercover	19	19.0	19.0	27.0
	Tahu dan Sebagian Tercover	73	73.0	73.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah jumlah Puskesmas, klinik, dan rumah sakit di wilayah Anda sudah mencukupi?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Mencukupi	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Mencukupi	34	34.0	34.0	35.0
	Mencukupi	65	65.0	65.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah tenaga medis di wilayah Anda sudah mencukupi dibandingkan jumlah penduduk?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Mencukupi	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Mencukupi	35	35.0	35.0	36.0
	Mencukupi	63	63.0	63.0	99.0
	Sangat Mencukupi	1	1.0	1.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Seberapa sering Anda mengunjungi fasilitas kesehatan dalam setahun terakhir?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	10	10.0	10.0	10.0
	1 - 3 kali	12	12.0	12.0	22.0
	4 - 6 kali	63	63.0	63.0	85.0
	Lebih dari 6 kali	15	15.0	15.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah Anda menggunakan layanan UHC saat mengakses fasilitas kesehatan?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah Menggunakan	10	10.0	10.0	10.0
	Jarang Menggunakan	12	12.0	12.0	22.0
	Sering Menggunakan	63	63.0	63.0	85.0
	Selalu Menggunakan	15	15.0	15.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah waktu tempuh ke fasilitas Kesehatan terdekat sudah memadai?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Memadai	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Memadai	32	32.0	32.0	33.0
	Memadai	62	62.0	62.0	95.0
	Sangat Memadai	5	5.0	5.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah biaya transportasi ke fasilitas kesehatan terjangkau?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Terjangkau	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Terjangkau	31	31.0	31.0	32.0
	Terjangkau	64	64.0	64.0	96.0
	Sangat Terjangkau	4	4.0	4.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah Anda merasa memiliki pemahaman yang cukup tentang informasi kesehatan?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Kurang	66	66.0	66.0	66.0
	Kurang	20	20.0	20.0	86.0
	Cukup	14	14.0	14.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Bagaimana pendapat Anda tentang kondisi fisik fasilitas kesehatan di wilayah Anda?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Buruk	2	2.0	2.0	2.0
	Buruk	2	2.0	2.0	4.0
	Baik	69	69.0	69.0	73.0
	Sangat Baik	27	27.0	27.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah alat medis dan obat-obatan di fasilitas kesehatan terdekat sudah tersedia?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Tersedia	2	2.0	2.0	2.0
	Tidak Tersedia	3	3.0	3.0	5.0
	Tersedia	63	63.0	63.0	68.0
	Sangat Tersedia	32	32.0	32.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah kemampuan tenaga medis dan petugas UHC di wilayah Anda sudah terlatih dan memadai?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Memadai	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Memadai	1	1.0	1.0	2.0
	Memadai	76	76.0	76.0	78.0
	Sangat Memadai	22	22.0	22.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Bagaimana pendapat Anda tentang jumlah tenaga medis dibandingkan dengan jumlah pasien?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Memadai	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Memadai	80	80.0	80.0	81.0
	Memadai	18	18.0	18.0	99.0
	Sangat Memadai	1	1.0	1.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Apakah Anda puas dengan profesionalisme petugas UHC dalam memberikan pelayanan di wilayah Anda?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Puas	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Puas	2	2.0	2.0	3.0
	Puas	67	67.0	67.0	70.0
	Sangat Puas	30	30.0	30.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Bagaimana kepuasan Anda terhadap waktu tunggu, keramahan petugas UHC , dan hasil layanan?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Puas	1	1.0	1.0	1.0
	Tidak Puas	56	56.0	56.0	57.0
	Puas	23	23.0	23.0	80.0
	Sangat Puas	20	20.0	20.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**Seberapa sering Anda atau keluarga mengajukan keluhan terkait pelayanan kesehatan dan pelayanan UHC?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	26	26.0	26.0	26.0
	Jarang	66	66.0	66.0	92.0
	Sering	8	8.0	8.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	