

JUDUL

**EVALUASI PROGRAM JKN SEBAGAI PERWUJUDAN UNIVERSAL
HEALTH COVERAGE (Studi Kasus Kabupaten Sidoarjo)
SKRIPSI**



Disusun Oleh:

**Indah Mutiarafani
072011133075**

**PROGRAM STUDI S1 ADMINISTRASI PUBLIK
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2022**

Semester Genap 2022/2023

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

SKRIPSI

**EVALUASI PROGRAM JKN SEBAGAI PERWUJUDAN UNIVERSAL
HEALTH COVERAGE (Studi Kasus Kabupaten Sidoarjo)**

Telah memenuhi syarat dan siap untuk diujikan

Surabaya, 6 Juni 2023

Mengetahui,
Dosen Pembimbing Proposal Skripsi



Philipus Keban, S.IP., M.Si.
NIP : 197905032008121003

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT karena kasih dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul “Evaluasi Program JKN sebagai Perwujudan Universal Health Coverage (Studi Kasus Kabupaten Sidoarjo). Proposal skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Administrasi Publik dalam jurusan Administrasi Publik di Universitas Airlangga. Dalam menyusun proposal skripsi ini, penulis mengalami kesulitan serta adanya kesadaran bahwa proposal ini masih jauh dari kata sempurna. Maka dari itu, penulis berharap adanya kritik dan saran yang membangun demi mencapai kata sempurna dalam proposal skripsi ini.

Permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini adalah Kota Sidoarjo menjadi satu-satunya daerah yang pernah mengalami pembekuan dalam melaksanakan Universal Health Coverage melalui JKN sebagai inovasi programnya. Namun satu tahun setelah diumumkan bahwa UHC di Sidoarjo dibekukan, Pemerintah Sidoarjo mengumumkan kembali bahwa UHC di Sidoarjo mendapatkan awards 2023. Oleh karena itu, penulis ingin melakukan evaluasi terhadap program JKN sebagai perwujudan Universal Health Coverage.

Pada kesempatan yang sama, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya terhadap Bapak Philipus Keban, S.IP., M.Si. selaku dosen pembimbing proposal skripsi yang telah memberi banyak arahan sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Penulis berharap proposal ini memberikan manfaat bagi pembaca dan memberikan sumbangan pemikiran secara komprehensif untuk studi Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik sebagai bahan saran terhadap pemerintah diluar Sidoarjo dalam mewujudkan best practice UHC melalui JKN.

Demikian yang dapat penulis sampaikan. Kurang dan lebihnya penulis mohon maaf. Terimakasih kepada seluruh pihak yang telah ikut andil dalam membantu proposal skripsi ini.

Surabaya, 6 Juni 2023

Penyusun,



Indah Mutiarafani

NIM: 072011133075

DAFTAR ISI

JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR.....	vi
ABSTRAK	vii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 LATAR BELAKANG MASALAH	1
1.2 RUMUSAN MASALAH PENELITIAN	16
1.3 TUJUAN PENELITIAN.....	17
1. 4 MANFAAT PENELITIAN	17
1.5 TINJAUAN TEORI.....	18
1.5.1 Evaluasi Program	18
1.6 DEFINISI KONSEP	20
1.6.1 Evaluasi Program	20
1.7 METODE PENELITIAN	20
1.7.1 Metode Penelitian Yang Digunakan.....	21
1.7.2 Fokus Penelitian	21
1.7.3 Lokasi dan Waktu Pengumpulan Data	22
1.7.4 Sumber Data.....	22
1.7.5 Metode Pengumpulan data	23
1.7.6 Teknik Penentuan Informan.....	24
1.7.7 Validitas Data.....	24
1.7.9 Penarikan Kesimpulan	25
DAFTAR PUSTAKA	26

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 1 Analisis berdasarkan pada keywords menggunakan Network Visualization dalam VosViewer	14
Gambar 1 2 Analisis berdasarkan pada keywords menggunakan Overlay Visualization dalam VosViewer	15
Gambar 1 3 Analisis berdasarkan pada keywords menggunakan Density Visualization dalam VosViewer	16

ABSTRAK

Sidoarjo sebagai salah satu wilayah di Jawa Timur juga ikut menerapkan program UHC atas mandat *World Health Organization* sejak tahun 2021. Sebanyak 1.863.747 masyarakat wilayah Sidoarjo yang terjamin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Tahun 2022 Pemerintah Sidoarjo mengumumkan bahwa program UHC dibekukan sementara. Dibekukannya program UHC disebabkan karena capaian JKN di Sidoarjo masih di angka 91%. ditahun 2023 Pemerintah Sidoarjo mengumumkan bahwa program UHC di Sidoarjo bersama sejumlah daerah lain mendapatkan penghargaan UHC Awards 2023 yang diberikan langsung oleh Wakil Presiden Republik Indonesia, Maruf Amin. Tujuan dilakukannya penelitian ini yakni untuk mendeskripsikan evaluasi program JKN sebagai perwujudan Universal Health Coverage di Kabupaten Sidoarjo. Metode yang digunakan adalah metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Hasil dari penelitian menunjukkan Pemerintah Sidoarjo telah berhasil menyelaraskan masyarakat untuk tercakup dalam program JKN.

Kata Kunci: universal health coverage, evaluasi, jkn, sidoarjo

ABSTRACT

Sidoarjo as one of the regions in East Java has also implemented the UHC program mandated by the World Health Organization since 2021. A total of 1,863,747 people in the Sidoarjo area are guaranteed to get health services. In 2022, the Sidoarjo government announced that the UHC program was temporarily suspended. The UHC program was suspended because the JKN achievement in Sidoarjo was still at 91%. In 2023 the Sidoarjo Government announced that the UHC program in Sidoarjo along with a number of other regions received the UHC Awards 2023 which were given directly by the Vice President of the Republic of Indonesia, Maruf Amin. The purpose of this study is to describe the evaluation of the JKN program as a manifestation of Universal Health Coverage in Sidoarjo Regency. The method used is a qualitative method with a case study approach. The results of the study show that the Sidoarjo

government has succeeded in aligning the community to be covered by the JKN program.

Keyword: universal health coverage, evaluation, jkn, sidoarjo

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Pemerintah saat ini telah memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam pemberian asuransi kesehatan. Berbagai program diluncurkan demi menunjang kesejahteraan mereka. Terdapat salah satu program yang telah diterapkan di tiap tiap negara, yakni Universal Health Coverage (UHC). Program ini diumumkan pada September 2012 dalam pertemuan PBB dengan tujuan untuk pemberian pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tanpa mempermasalahkan finansial mereka (WHO, 2022). Pencapaian Universal Health Coverage (UHC) ini masuk kedalam salah satu target PBB, yakni Sustainable Development Goals (SDGs) 2030. Pada pertemuan PBB ditahun 2019, berbagai negara menetapkan bahwa kesehatan merupakan sebuah landasan untuk menentukan indikator sosial, ekonomi, dan lingkungan dalam pembangunan berkelanjutan (WHO, 2022). Ditetapkannya UHC sebagai salah satu target dari SDGs ini merupakan sebuah kesempatan dalam memperlihatkan pendekatan secara lebih komprehensif dan koheren pada penguatan sistem kesehatan. Kemajuan UHC disetiap negara akan memberikan pengaruh terhadap target kesehatan lainnya. Sehingga membuat UHC ini menjadi tujuan utama dalam reformasi kesehatan diberbagai negara serta menjadi tujuan prioritas WHO. The Thirteenth General Programme of Work menjadi sebuah strategi yang digunakan oleh WHO dalam mencapai cakupan kesehatan semesta yang berfokus pada “Triple Billion Target” lebih dari 1 milyar orang mendapatkan keuntungan dari UHC di 2025, lebih dari 1 milyar orang mendapatkan perlindungan kesehatan dengan baik dan lebih dari 1 milyar orang akan menikmati kesehatan dan kesejahteraan dengan baik (WHO, 2022).

UHC menjadi komponen penting dalam pembangunan berkelanjutan (SDGs)

yang mencakup tujuan kesehatan yang khusus, yakni terjaminnya kehidupan yang sehat dan peningkatan kesejahteraan disemua kalangan. UHC memberikan kesempatan untuk menyatukan kesehatan secara global serta menumpas kemiskinan dengan tindakan yang berfokus pada tujuan yang jelas. Serta adanya UHC merupakan bentuk dukungan atas hak kesehatan yang harus diberikan kepada seluruh warga negara. Fokus pada UHC masuk kedalam bagian dari agenda SDGs yang memiliki berbagai banyak penawaran, yakni pertama menyediakan platform untuk pendekatan terpadu pada sistem kesehatan. Kedua, SDGs dan UHC adalah program tentang peningkatan hak. Berbagai kebijakan, program maupun pemantauan harus difokuskan pada kemajuan pada warga miskin, wanita maupun anak-anak, serta warga yang bertempat tinggal di daerah pedesaan dan masuk kedalam kelompok minoritas. Dan ketiga, tujuan UHC sangat berkaitan dengan berbagai tujuan sosial, ekonomi, dan lingkungan (Kieny et al, 2017).

Sebelum munculnya virus Covid-19 yang merubah tatanan pemerintahan, seluruh dunia mengalami kemajuan yang pesat dalam mencapai UHC. Berdasarkan data yang diperoleh dari WHO, capaian indeks dalam pelayanan UHC (SDG indicator 3.8.1) mengalami kenaikan. Pada tahun 2000 capaian indeks layanan UHC berada di angka 45 yang kemudian naik menjadi 67 di tahun 2019 pada kawasan Afrika yang menjadi capaian tercepatnya. Namun kenaikan tersebut dibarengi dengan permasalahan kemiskinan atau *catastrophic* yang melanda hampir 2 miliar orang yang disebabkan oleh pengeluaran finansial dalam mendapatkan pelayanan kesehatan (SDG indikator 3.8.2).

Adanya kesenjangan yang terjadi dalam pencapaian UHC tersebut menjadi tantangan yang mendasar. Terlebih pula jika terdapat kemajuan di tingkat nasional dalam pencapaian pelayanan kesehatan, data agregat akan menutupi kesenjangan yang terjadi antar negara. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya data yang menunjukkan bahwa capaian dalam layanan kesehatan reproduksi ibu, anak, dan remaja lebih dominan pada kalangan orang-orang kelas atas yang berpendidikan dan tinggal di daerah perkotaan pada negara dengan penghasilan rendah. Orang-orang yang tinggal di rumah miskin dengan anggota keluarga mencapai usia 60 keatas akan cenderung

mengalami permasalahan keuangan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Kesenjangan dalam dunia kesehatan perlu untuk dipantau secara berkala untuk mengetahui dan memahami populasi yang terbelakang. Sehingga hal tersebut akan lebih mudah dalam membuat rumusan kebijakan, program maupun praktik yang sesuai dengan kesenjangan yang terjadi dalam menuju UHC yang lebih maju (WHO & World Bank, 2021).

Dalam memperbaiki kesenjangan kesehatan yang terjadi antar negara, WHO menyarankan untuk melakukan peninjauan ulang terhadap sistem kesehatan yang dirubah ke *Primary Health Care* (PHC). Diubahnya menjadi PHC akan meningkatkan capaian serta perlindungan finansial, sebab PHC memudahkan akses universal yang terintegrasi didalam lingkungan sehari-hari ke berbagai layanan yang berkualitas yang dibutuhkan oleh masyarakat demi terwujudnya kesehatan dan kesejahteraan mereka (WHO, 2022). Sistem orientasi PHC yang efektif merupakan sebuah pondasi dalam membangun sistem kesehatan yang adil, berkualitas tinggi, aman, komprehensif, terintegrasi mudah diakses serta terjangkau bagi seluruh masyarakat, terutama pada masyarakat miskin. Membangun sistem kesehatan masuk dalam salah satu langkah awal yang paling praktis, efisien, dan efektif bagi seluruh negara dalam mewujudkan UHC (WHO, 2022). Selain itu, melalui PHC 75% perkiraan keuntungan kesehatan dalam SDG juga dapat dicapai, termasuk dalam menolong lebih dari 60 juta jiwa serta memajukan rata-rata angka harapan hidup secara global pada tahun 2030 (WHO, 2022).

Keberhasilan penerapan UHC dapat diukur melalui dua indikator yakni cakupan layanan kesehatan yang esensial dan kesulitan keuangan. Dalam indikator cakupan layanan kesehatan yang esensial terbagi dalam 4 kategori, yakni kesehatan reproduksi ibu, anak, dan bayi baru lahir, penyakit menular, penyakit tidak menular dan kapasitas serta akses layanan. Kategori ini dihitung dengan indeks cakupan layanan dimana nilai angkanya berdasarkan pada skala 1 sampai 100 semakin tinggi nilai indeksnya, maka menunjukkan hasil yang baik. Sedangkan dalam indikator kedua, kesulitan keuangan terdiri dari dua kategori, yakni pengukuran dalam pengeluaran katastropik dan masyarakat yang menjadi miskin akibat pengeluaran *out-of-pocket* untuk

kesehatan mereka. Pengeluaran katastropik dan *out-of-pocket* dapat dilihat dari pengeluaran kesehatan yang melebihi 10% dari total pengeluaran rumah tangga dan melebihi 25% dari pengeluaran rumah tangga bukan makanan (Herawati, Franzone, Chrisnahutama, 2020).

Pada indikator cakupan layanan kesehatan esensial kemajuan UHC tercatat di angka rata rata yang sangat tinggi berada di wilayah pasifik barat dengan nilai 80 atau lebih. Pada wilayah Eropa berada diangka rata rata yang tinggi dengan nilai 60 hingga 79. Benua Amerika menjadi daerah dengan angka rata rata menengah yakni dengan nilai 77. Dan Benua Afrika menjadi benua dengan angka rata rata terendah yakni dengan nilai 46. Dalam dua dekade terakhir, data indeks cakupan layanan UHC antara tahun 2000 dan 2019 memperlihatkan adanya peningkatan pada seluruh negara WHO di daerah Asia dan Pasifik Barat (WHO, 2021).

Data dalam *Service Coverage Index* (SCI) antara tahun 2000 hingga 2019 memperlihatkan adanya kemajuan diseluruh dunia. Wilayah Asia Tenggara dan wilayah pasifik barat telah berhasil mencatat keuntungan terbesarnya dengan angka sekitar 30 poin dengan dorongan dari peningkatan UHC dinegara negara yang memiliki populasi besar, seperti China, India, dan Indonesia. Dalam periode yang sama, wilayah Amerika dan wilayah Eropa juga mencapai keuntungan dengan jumlah yang rendah, yakni 12 dan 16 poin. Saat terjadi kenaikan dalam cakupan pelayanan, pertumbuhan SCI akan lebih lambat dan tidak dapat dihindari. Sehingga membuat seluruh negara harus berupaya lebih keras untuk mengurangi angka ketimpangan dalam mengakses dan menggunakan layanan kesehatan (WHO & World Bank, 2021). Dalam kategori reproduksi ibu, anak, dan bayi baru lahir serta kategori penyakit menular berada pada indeks 60 atau lebih untuk sebagian besar negara ditahun 2019. Negara-negara dengan indeks lebih rendah dari 60 sebagian besar adalah negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah yang terletak di Afrika, Asia Tenggara, dan Timur. Kawasan Mediterania dengan indeks penyakit tidak menular berkisar diantara 40 dan 79 yang didistribusikan secara merata diseluruh kelompok pendapatan dan wilayah. Sedangkan indeks kapasitas dan akses layanan berada diangka yang rendah 60 dari 40% seluruh negara. Dan sekitar 9% dengan nilai indeks

yang rendah dari 20 pada 18 negara bagian. Namun dalam kategori reproduksi ibu, anak, dan bayi baru lahir terjadi ketimpangan baik dalam negara maupun antar negara. Di dalam negara, cakupan cenderung lebih tinggi di antara kelompok yang lebih diuntungkan seperti yang paling kaya, paling berpendidikan, atau mereka yang tinggal di daerah perkotaan. Misalnya, data dari 79 negara berpenghasilan rendah dan menengah menunjukkan nilai cakupan 74% di antara kelompok populasi terkaya, dibandingkan dengan nilai cakupan 61% di antara kelompok termiskin. Namun, ketimpangan ini dua kali lebih besar di negara berpenghasilan rendah dibandingkan di negara berpenghasilan menengah. Ada perbedaan 24 poin persentase dalam cakupan antara yang terkaya dan termiskin di 21 negara berpenghasilan rendah, sementara perbedaan yang sebanding adalah 12 dan 10 di antara negara berpenghasilan menengah ke bawah dan menengah ke atas (WHO & World Bank, 2021).

Dalam indikator kedua kesulitan keuangan, terdapat 18 negara yang menghasilkan kategori dengan pengeluaran kesehatan yang membuat miskin. Antara tahun 2014 dan 2020, terdapat 111 negara yang mewakili pengeluaran kesehatan 65% dari populasi dunia. Pengeluaran katastrofik terus mengalami peningkatan sejak tahun 2000 hingga 2017. Peningkatan pengeluaran katastrofik pada awalnya berkisar pada angka 12% populasi dunia yang lebih dari 10% pendapatan rumah tangga mereka untuk kesehatan di luar kantong sebesar 940 juta menjadi 13,2% atau sebesar 996 juta. Penduduk yang menghabiskan lebih dari 25% anggaran rumah tangganya untuk kesehatan juga meningkat dari 270 juta orang menjadi 290 juta. Ditingkat global, jumlah masyarakat yang mengeluarkan biaya kesehatan yang membuat miskin mengalami penurunan secara substansial, yakni tahun 2000 berada diangka 19% menjadi 6,7% ditahun 2017 berdasarkan garis kemiskinan ekstrim. Pengurangan yang substansial ini disebabkan oleh persentase yang lebih rendah dari populasi yang miskin dan semakin miskin menjadi kemiskinan ekstrim baik di total populasi maupun di antara mereka yang hidup dalam kemiskinan ekstrim. Namun, konsentrasi pengeluaran kesehatan yang membuat miskin di kalangan orang miskin ekstrim global tetap sangat tinggi, yakni berada di angka 72% (WHO & World Bank, 2021).

Salah satu negara dengan bad practice dalam penerapan program UHC berada di negara Kenya. Hal tersebut ditunjukkan dengan penyakit menular HIV/AIDS masih menjadi penyakit yang menyebabkan angka kematian tinggi di tahun 2019, meskipun beban penyakit telah berkurang secara signifikan dalam beberapa dekade terakhir, yakni 41,5% antara tahun 2009 hingga 2019 (Vos et al, 2020). Tingkat masyarakat Kenya yang masih belum mengakses terapi antiretroviral (pengobatan penularan HIV/AIDS) sebanyak 32% (The Global Fund, 2017). Selain HIV/AIDS, penyakit menular lainnya, yakni malaria juga meningkat sebanyak 32% dalam periode yang sama dan saat ini menyumbang hampir setengah dari beban keadaan tidak sehat yang menempati peringkat ketiga penyebab kematian tertinggi. Proporsi persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih tetap konstan berada di angka antara 14 di tahun 2013 dan 17 di tahun 2016. Untuk proporsi ibu yang menerima empat kali kunjungan perawatan antenatal (perawatan ibu dan janin saat masa kehamilan) menurun dari 50 persen menjadi 40 persen selama periode waktu yang sama. Imunisasi lengkap anak juga mengalami penurunan dari 90 persen menjadi sedikit di bawah 80 persen. Proporsi perempuan (usia subur) yang mendapat KB juga menurun dari 60 persen menjadi 48 persen. Kematian ibu, kematian bayi dan kematian balita dianggap di bawah target. Rasio Kematian Ibu (AKI) saat ini sebesar 362 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dengan target masing masing 146 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dan 12 kelahiran mati per 1000 kelahiran hidup (Lang'at, Mwanri, & Temmerman, 2019).

Berbeda dengan Kenya, negara Thailand dapat mencapai best practice dalam penerapan program UHC. Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya data yang mencatat bahwa tahun 2017 sebanyak 99,2% masyarakat Thailand telah diasuransikan oleh pemerintah. Dengan adanya asuransi tersebut membuat masyarakat tidak lagi melakukan pengeluaran dari kantong mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan maupun produk kesehatan. Skema dalam asuransi publik terbesar yang mencakup 73% populasi pada tingkat pemanfaatan tahunan. Kunjungan perkapita untuk kunjungan rawat jalan mengalami peningkatan dari tahun 2006 ke tahun 2017 dengan angka 2.416 menjadi 3.821. Angka penerimaan perkapita untuk layanan rawat inap

juga mengalami peningkatan, yakni dari 0,100 menjadi 0,125. Pada tahun 2017 data menunjukkan bahwa proporsi pasien tertanggung yang menggunakan hak asuransinya masing-masing adalah 63,1%, 92,2%, 88,4% dan 66,3% untuk rawat jalan, rawat inap, promosi kesehatan dan gigi. Terdapat tiga alasan utama masyarakat Thailand tidak menggunakan hak asuransi kesehatan mereka, yakni sakit ringan, antrean panjang, dan ketidak nyamanan dalam mencari layanan kesehatan selama jam kerja. Selain itu, pengeluaran kesehatan bulanan masyarakat Thailand rata rata berkisar 332 baht (Rp. 146.113), layanan rawat jalan sebesar 151 bath (Rp. 66.451), dan layanan rawat inap sebesar 73 baht (Rp. 32.113). Hal ini setara dengan 1,6% dari total pengeluaran bulanan yang jauh dibawah 10% untuk pengeluaran kesehatan. Secara keseluruhan, persentase pengeluaran kesehatan rumah tangga yang mengalami kemiskinan secara bertahap berkurang dari 7,07% pada tahun 1990 menjadi 2,06% pada tahun 2016. Angka kemiskinan kesehatan nasional menurun dari 2,34% pada tahun 1990 menjadi 0,30% pada tahun 2016 (Witthayapipopsakul et al, 2019). Data tersebut menunjukan bahwa Thailand berhasil dalam menerapkan program UHC dengan menghasilkan kualitas pelayanan yang baik, baik kepada masyarakat kelas bawah maupun kelas atas.

Secara global, Indonesia juga ikut andil dalam menerapkan *Universal Health Coverage* (UHC). Penerapan UHC di Indonesia melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dibentuk di tahun 2014 dan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial (Rokom, 2020). Program JKN menjadi satu satunya program strategis nasional dalam mewujudkan UHC di Indonesia. Berdasarkan dari data yang telah diperoleh, penilaian indeks cakupan layanan program UHC berada diangka 60. Namun, dalam penilaian indeks tersebut terdapat ketimpangan cakupan layanan yang berada di wilayah Jawa dan luar Jawa. Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara dan Gorontalo menjadi tiga provinsi yang mempunyai indeks lebih dari 60. Yogyakarta dinobatkan sebagai indeks cakupan layanan tertinggi kedua, yakni 67. Perawatan untuk warga Indonesia yang mengalami penyakit menular HIV/AIDS menunjukan hanya 34% warga yang mendapatkan perawatan HIV/AIDS. Dalam reproduksi

kesehatan ibu, anak, dan bayi baru lahir di Indonesia menunjukkan indeks yang rendah di wilayah Timur Indonesia dan Sumatera Utara. Penggunaan KB modern diseluruh bagian provinsi di Indonesia menunjukkan angka yang rendah, yakni 58. Pada Provinsi Bengkulu, penggunaan KB modern berada di angka 71, sedangkan di Pulau Bali berada di angka 25. Ditahun 2017, angka kematian ibu menunjukkan angka 177 per 100.000 kelahiran hidup. Penyakit menular di Indonesia berada diangka yang relatif tinggi, yakni 59 sehingga hal tersebut menjadi penyebab angka kematian juga tinggi. Penilaian dalam indeks penyakit menular di Jakarta berada di angka 73, sedangkan seluruh provinsi di Indonesia berada pada angka dibawah 70. Pada kategori penyakit tidak menular, Indonesia memiliki angka kematian akibat penyakit kanker serviks yang diderita wanita dengan angka lebih dari 18.000 di tahun 2018. Selain kanker serviks, hipertensi juga menunjukkan penilaian indeks yang tinggi, yakni dengan angka tertinggi berada di wilayah Aceh dan Kepulauan Riau pada indeks 66. Indeks kapasitas dan akses layanan berada di angka 67 (angka nasional). Sedangkan untuk penilaian indeks nasional dalam pelayanan ranjang rumah sakit berada di 70, dengan sekitar 128 ranjang per 100.000 orang. Indeks tertinggi dengan nilai 100 berada di wilayah Jakarta, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, dan Yogyakarta. Sedangkan Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur memiliki indeks rendah dengan angka 39 dan 45 (Herawati, Franzone, Chrisnahutama, 2020).

Pada indikator kesulitan keuangan, terdapat 13 juta warga negara Indonesia yang mengeluarkan uang mereka lebih dari 10% dari total konsumsi dan 2,5 juta masyarakat dengan pengeluaran lebih dari 25% untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Wilayah tertinggi dalam pengeluaran katastrofik berada pada Jawa Tengah dengan pengeluaran lebih dari 10% dari total konsumsi dalam 2,7 juta jiwa. Sedangkan wilayah Papua menjadi wilayah dengan pengeluaran katastrofik terendah yakni 0,67% dari 10% dari total konsumsi. Selain itu, terdapat data yang menunjukkan bahwa 2,5 juta mengeluarkan uang dari kantong mereka lebih dari 25% untuk mendapatkan perawatan kesehatan. Angka tersebut sama dengan jumlah seluruh populasi, 0,63% yang lebih rendah dari angka rata rata secara global, 1,9% dan lebih dari rata rata pada wilayah Asia, 2,1% pada tahun 2017. Hal ini menunjukkan bahwa

negara Indonesia lebih baik dalam mencegah masyarakatnya untuk tidak mengeluarkan uang dari kantong (*out-of-pocket*) mereka dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Wilayah Jawa Tengah menjadi wilayah dengan pengeluaran katastrofik tertinggi, yakni 1,83% dan wilayah Papua menjadi wilayah dengan pengeluaran katastrofik terendah, yakni 0,08% (Herawati, Franzone, Chrisnahutama, 2020). Provinsi provinsi seperti Nusa Tenggara Timur dan Papua terindikasi adanya keterbatasan dalam mendapatkan perawatan kesehatan karena minimnya keuangan serta akses untuk mendapatkan fasilitas kesehatan rendah. Berdasarkan data tersebut, dapat disimpulkan bahwa adanya program JKN sebagai penerapan program UHC di Indonesia belum bekerja secara optimal. Masih banyak masyarakat miskin yang mengalami kesulitan keuangan serta akses fasilitas kesehatan. Selain itu masih banyaknya angka penyakit menular, penyakit tidak menular yang masih belum mendapatkan perawatan dengan baik. Seharusnya adanya program JKN ini dapat mengurangi angka kemiskinan, penyakit menular maupun tidak menular, pengeluaran biaya untuk mendapatkan layanan kesehatan serta angka kematian ibu.

Sidoarjo sebagai salah satu wilayah di Jawa Timur juga ikut menerapkan program UHC atas mandat *World Health Organization* sejak tahun 2021. Penerapan UHC di Sidoarjo melalui program JKN-KIS yang menjadi program perwujudan kemajuan UHC di Indonesia. Sebanyak 1.863.747 masyarakat wilayah Sidoarjo yang terjamin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Dinkes, 2021). Suatu wilayah dapat dikatakan tercapai dalam penerapan UHC diperlukan sebanyak 95% dari total keseluruhan dari jumlah wilayah tersebut yang tercakup dalam asuransi layanan kesehatan. Tahun 2022 Dinas Kesehatan Sidoarjo mengumumkan bahwa program UHC dibekukan sementara . Dibekukannya program UHC disebabkan karena capaian JKN di Sidoarjo masih di angka 91% (Jawapos, 2022). Adanya permasalahan tersebut membuat Pemerintah Sidoarjo bersama BPJS Kesehatan melakukan evaluasi data penduduk Sidoarjo untuk dilakukan sinkronisasi. Sinkronisasi data dilakukan dengan maksud meluruskan data warga Sidoarjo yang menghilang atau non aktif sebanyak 120 ribu orang serta terdapat warga yang status kepesertaannya belum didaftarkan ulang oleh Pemerintah Sidoarjo (Jawapos, 2022). Tetapi ditahun 2023 Pemerintah

Sidoarjo mengumumkan bahwa program UHC di Sidoarjo bersama sejumlah daerah lain mendapatkan penghargaan UHC Awards 2023 yang diberikan langsung oleh Wakil Presiden Republik Indonesia, Maruf Amin. Penghargaan tersebut didapatkan karena penduduk wilayah Sidoarjo sebesar 99,05% telah tercakup dalam program JKN. Artinya, hampir keseluruhan warga wilayah Sidoarjo telah memiliki asuransi atau perlindungan yang dapat digunakan mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa terbebani masalah keuangan (Taufik, 2023). Namun, data dilapangan menunjukan bahwa jumlah peserta aktif JKN hanya 71% dimana angka tersebut masing kurang dari persentase cakupan kepesertaan JKN di Sidoarjo. Terdapat 600 ribu jiwa atau sebesar 28% dari 1,9 juta penduduk di Sidoarjo yang menjadi peserta tidak aktif, sehingga mereka tidak tercover jaminan kesehatan (Astuti, 2023). Dengan demikian, penelitian ini akan menelaan lebih lanjut terkait Program JKN di Sidoarjo sebagai perwujudan dari sistem UHC melalui evaluasi program.

Dalam mendukung penelitian, peneliti menggunakan penelitian terdahulu sebagai acuan untuk penelitian yang akan dilakukan dan kemudian dijadikan sebagai perbandingan. Temuan temuan tersebut meliputi penelitian yang dilakukan oleh Kanchan Mukherjee dalam judul *Selective Universalism: The Paradoxical Strategy to Achieve Universal Health Coverage in India* berisikan tentang inefisiensi penerapan program UHC di India. Penyebab inefisiensi penerapan UHC berupa korupsi, kurangnya penggunaan bukti dalam keputusan yang mengarah pada prioritas yang salah. Masyarakat India juga mengalami kesusahan untuk mendapatkan akses layanan kesehatan, hanya 25% masyarakat India yang memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu tingkat pengeluaran keuangan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga masih tinggi, yakni 65%. Selain penelitian tersebut, terdapat penelitian yang dilakukan oleh Julie Storr, Claire Kilptarick, Benedetta Allegranzi, Shamsuzzoha B Syed dengan judul *Redefining Infection Prevention and Control in the New Era of Quality Universal Health Coverage* yang berisi mengenai hubungan yang terjalin antara IPC (*infection prevention and control*) dengan kualitas pelayanan dan UHC. IPC dianggap sebagai intervensi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang murah dan efektif. Selain itu, tantangan dalam mendapatkan pelayanan

kesehatan yang berkualitas dan merata disebabkan karena LMICs (*low and middle income countries*).

Penelitian yang dilakukan oleh YangHee Kim dan Minah Kang dengan judul *The Triangular Axes of Universal Health Coverage Achievement: The Success Factors Behind Korean Community-Based Health Insurance Expansion* berisi tentang 3 faktor yang berkontribusi pada cepatnya perluasan cakupan dalam sektor informal, yakni ~~pendaftaran~~ dan ~~pendaftaran~~. Dalam 3 faktor tersebut terdapat beberapa kategori yang relevan untuk perluasan sektor formal dan informal yakni pendaftaran wajib, penunjukan wajib penyedia layanan medis dan sistem tunjangan rendah, kontribusi rendah, pembayaran rendah. Lalu terdapat pula penelitian yang dilakukan oleh Rajesh Kumar Sinha dengan judul *Impact of Publicly Financed Health Insurance Scheme (Rashtriya Swasthya Bima Yojana) from Equity and Efficiency Perspective* membahas mengenai RSBY sebagai sebuah program asuransi kesehatan untuk rumah tangga miskin yang bertujuan sebagai penyedia keamanan finansial dari pengeluaran pelayanan kesehatan. RSBY digunakan untuk mengurangi pengeluaran katastrofik dan kemiskinan yang dipicu oleh pengeluaran pelayanan kesehatan. Dalam pengimplementasiannya, RSBY mengalami kegagalan. RSBY tidak mengurangi pengeluaran katastrofik di Jharkhand. Kemiskinan semakin tinggi yang dipicu oleh pengeluaran rumah tangga yang ada di garis kemiskinan. Penelitian ini menggunakan data statistik dengan menggunakan studi ~~kuantitatif~~. Penelitian juga dilakukan oleh Fitriana Murriya Ekawati dan Mora Claramita dengan judul *Indonesian General Practitioners Experience of Practicing in Primary Care under the Implementation of Universal Health Coverage Scheme (JKN)* berisi tentang transisi pada sistem JKN meningkatkan ases pasien kedalam perawatan primer tanpa adanya hambatan ekonomi. Namun, hal itu dibarengi dengan dokter yang menangani merasa tidak berdaya yang disebabkan tingginya pasien JKN. Selain itu terdapat keterbatasan sumber daya klinis dan mengklaim bahwa administrasi JKN sangat rumit dan membebani. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Selain penelitian tersebut terdapat pula penelitian yang dilakukan oleh Blake J. Angell, Shankar Prinja, Anadi Gupt, Vivekanad Jha, dan Stephen Jan dengan judul *The Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana*

and the path to universal health coverage in India: Overcoming the challenges of stewardship and governance yang memberikan hasil penelitian berupa program Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana adalah program penerapan UHC di India. Program ini mengatasi kekurangan jangka panjang dan tertanam dalam tata kelola, kontrol kualitas, dan penatalayanan dalam mempercepat kemajuan India menuju tujuan dari penyediaan UHC. Namun, dalam penerapannya mengalami tantangan seperti kurangnya sumber daya yang tersedia dalam perawatan kesehatan,. Penelitian ini juga menjelaskan mengenai penyedia layanan publik di India menghadapi tantangan tata kelola yang signifikan.

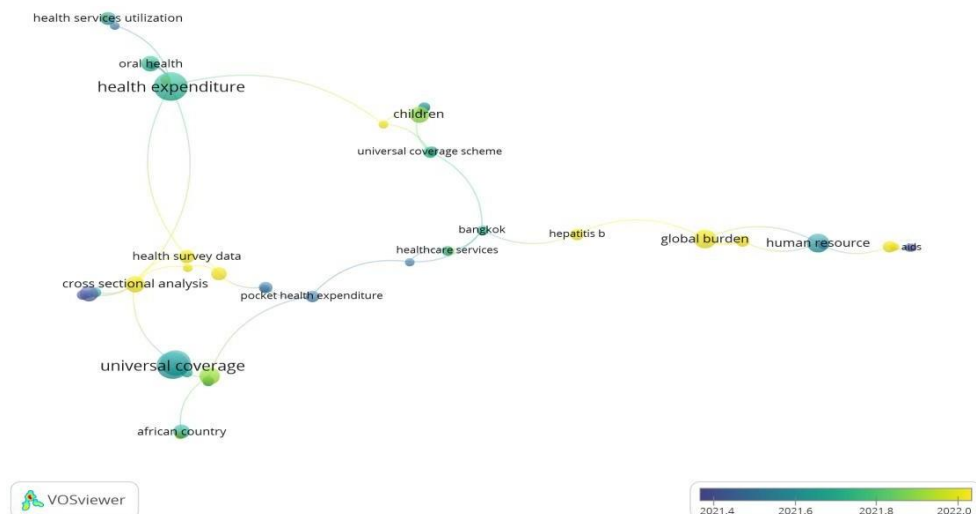
Penelitian yang dilakukan oleh John Njuguna dengan judul *The Effect of a Pilot Universal Health Coverage Program on Hospital Workload: A comparative study of two countie in Kenya* memberikan hasil tentang Nyei County dan Kabupaten Embu menerapkan pilot UHC program. Penelitian ini menganalisis pengaruh program tersebut di rumah sakit intervensi Nyei County mengalami peningkatan dalam seluruh indikator dengan beban kerja selama lebih dari 5 tahun rawat jalan, pencabutan gigi, dan penggandaan klinik bedah. Sedangkan pada Kabupaten Embu terdapat dua rumah sakit tingkat 4 yang mengalami peningkatan dalam kehadiran rawat jalan. Seluruh fasilitas kesehatan tingkat tiga dalam Nyei County mengalami peningkatan kehadiran rawat jalan. Namun, Kabupaten Embu hanya satu fasilitas tingkat tiga saja yang mengalami peningkatan. Terdapat pula penelitian yang dilakukan oleh Geha N. Khanal, Bharadwaj, Nijan Upadhyay, Tulasi Bhattarai, Minakshi Dahal, dan Recham B. Khatri dengan judul *Evaluation of the National Health Insurance Program of Nepal: are political promises translated into actions?* Memberikan hasil berupa National Health Insurance Program (NHIP) yang dijadikan sebuah program untuk melindungi hak hak warga filipina untuk menerima perawatan kesehatan yang berkualitas, serta memberikan perlindungan keuangan dan meningkatkan pelayanan kesehatan. Namun dalam pengimplementasiannya NHIP mendapatkan tantangan organisasi yang sistematis dalam tingkat kebijakan dan implementasi terkait dengan faktor ekonomi politik yang berbeda dengan pemangku kepentingan.

Penelitian yang dilakukan oleh Masliyana Husin, Xin Rou Teh, Su Miin Ong,

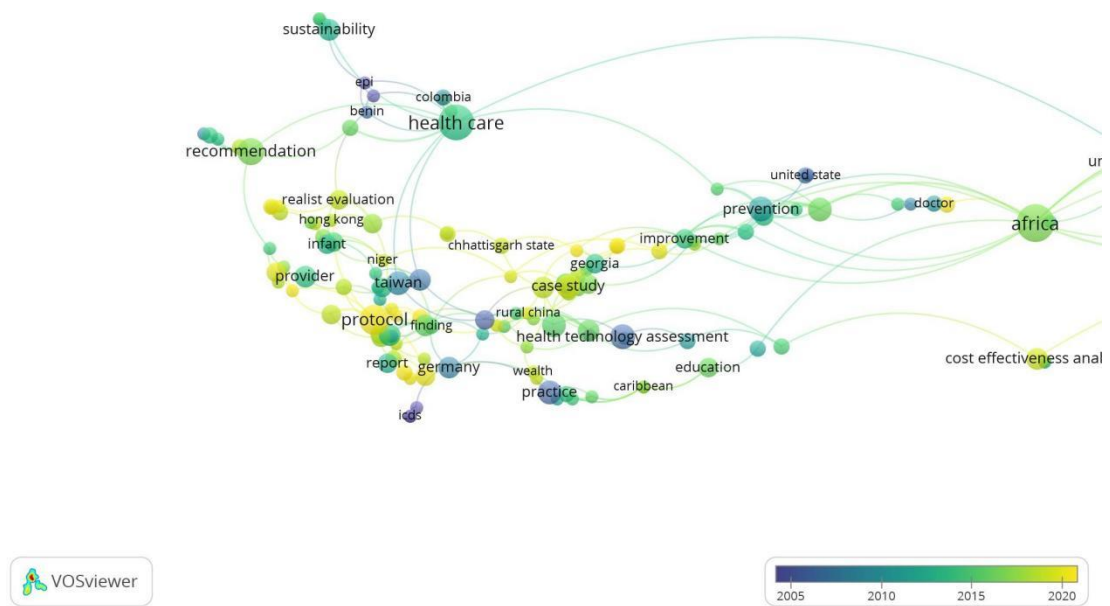
Yvonne Mei Fong Lim, Swee Hung Ang, Chee Lee Chan dengan judul *The Effectiveness of Enhanced Primary Healthcare (EnPHC) Interventions on Type 2 Diabetes Management in Malaysia: Difference-in-differences (DID) Analysis* memberikan hasil bahwa EnPHC sebagai program dalam mencapai Universal Health Coverage di Malaysia dapat memperbaiki proses perawatan, tetapi tidak menunjukkan secara keseluruhan. Perbaikan dalam proses perawatan dengan hasil yang nyata yakni penyelidikan laboratorium yang dapat dikaitkan dengan beberapa elemen penguat EnPHC termasuk pengingat dokter, dokumentasi standar dan alokasi sumber daya yang memadai dalam hal ketersediaan reagen. Meskipun sebagian besar pemeriksaan laboratorium membaik, tidak ada perubahan pada LFT dibandingkan dengan indikator seperti tes HbA1c dan albumin urin. Selain itu juga terdapat peningkatan proporsi BMI yang diukur dalam enam bulan terakhir dan peningkatan yang mencolok dalam penilaian risiko CVD yang diselesaikan dalam satu tahun terakhir. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Chandrakant Lahariyan, Sadhana Bhagwat, Priyanka Saxena, Ruben Samuel dengan judul *Strengthening Urban Health for Advancing Universal Health Coverage in India* yang memberikan hasil dalam mencapai kesehatan perkotaan, pemerintah India harus melakukan berbagai cara dalam pembiayaan publik untuk layanan kesehatan. Misi Pembaruan Perkotaan Nasional Jawaharlal Nehru didesain ulang sebagai Misi Atal untuk Peremajaan dan Transformasi Perkotaan. Selain itu, penguatan kesehatan dalam mencapai UHC dilakukan oleh pemerintah India dengan memperkuat layanan kesehatan masyarakat, melibatkan lembaga swadaya masyarakat, dan menerapkan strategi untuk mengatasi PTM.

Namun, temuan-temuan dalam penelitian terdahulu tersebut tidak membahas mengenai evaluasi program dengan menggunakan 4 dimensi, yakni *context evaluation*, *input evaluation*, *process evaluation*, *product evaluation*. Penelitian terdahulu tersebut memiliki indikator yang berbeda-beda dalam menentukan keberhasilan penerapan program UHC, seperti penelitian yang dilakukan oleh Kanchan Mukherjee yang menjadikan korupsi dan kurangnya penggunaan bukti dalam keputusan yang mengarah pada prioritas yang salah menjadi penyebab dalam kegagalan program UHC. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Rajesh Kumar Sinha menggunakan

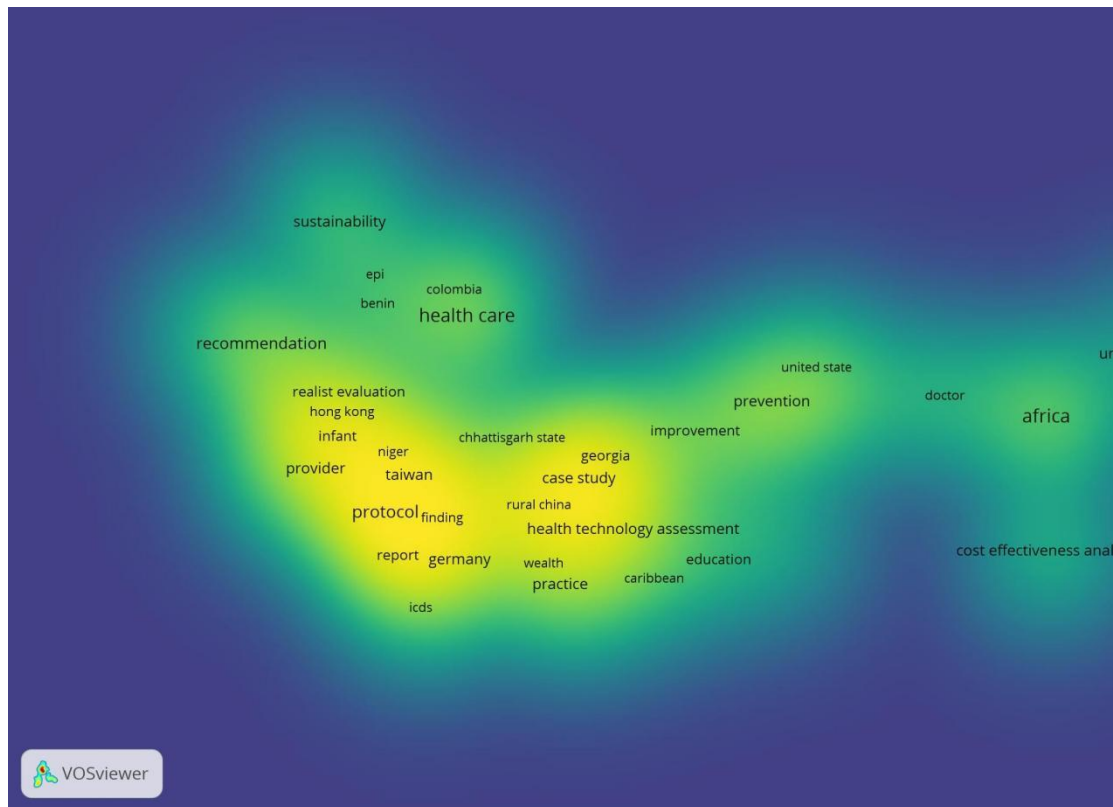
data statistik atau kuantitatif dalam menjelaskan topik bahasannya. Meski terdapat perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian saat ini, terdapat kesamaan dalam penerapan UHC pada inovasi program. Beberapa penelitian terdahulu membahas mengenai inovasi program sebagai bentuk penerapan UHC di beberapa negara. Sehingga, keterbaruan dari penelitian yang berjudul Evaluasi Program JKN Sebagai Perwujudan Universal Health Coverage (Studi Kasus Kabupaten Sidoarjo) ini berupa evaluasi program JKN di Kabupaten Sidoarjo. Evaluasi tersebut akan menggunakan 4 dimensi, yakni *context evaluation*, *input evaluation*, *process evaluation*, *product evaluation*. Sejauh ini masih belum ada penelitian yang membahas mengenai evaluasi program JKN yang digunakan sebagai bentuk perwujudan terselenggaranya Universal Health Coverage, khususnya di Kabupaten Sidoarjo.



Gambar 1 1 Analisis berdasarkan pada keywords menggunakan Network Visualization dalam VosViewer



Gambar 1 2 Analisis berdasarkan pada keywords menggunakan Overlay Visualization dalam VosViewer



Gambar 1 3 Analisis berdasarkan pada keywords menggunakan Density Visualization dalam VosViewer

Dalam menentukan topik penelitian, peneliti melakukan riset terlebih dahulu mengenai tren publikasi artikel jurnal tentang universal health coverage pada website Scopus dengan menggunakan aplikasi VosViewer. Hasil temuan dari riset yang dilakukan dalam jurnal Scopus dengan bantuan VosViewer menunjukkan topik penelitian evaluasi program dalam universal health coverage dengan menggunakan 4 dimensi sebagai alat ukur masih sedikit untuk diteliti. Selain itu, dalam hasil visualisasi data terdapat metode yang sering digunakan, yakni cross sectional analysis, multilevel analysis, serta decomposition analysis.

1.2 RUMUSAN MASALAH PENELITIAN

Adapun rumusan masalah yang diangkat oleh peneliti adalah bagaimana pencapaian hasil dari program JKN sebagai perwujudan Universal Health Coverage di Kabupaten Sidoarjo?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan sebagai kelanjutan dari penelitian terdahulu dengan tujuan untuk mendeskripsikan hasil evaluasi program JKN sebagai perwujudan Universal Health Coverage di Kabupaten Sidoarjo.

1. 4 MANFAAT PENELITIAN

Berdasarkan tujuan diatas, maka manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

A. Manfaat Teoritis

- Secara teoritis penelitian ini bermanfaat dalam memberikan sumbangan karya maupun pemikiran terhadap program studi Administrasi Publik tentang evaluasi program mengenai pelayanan kesehatan masyarakat.
- Sebagai acuan atau referensi bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti lebih lanjut mengenai JKN sebagai perwujudan UHC di kabupaten lain.

B. Manfaat Praktis

- Penulis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk menambah wawasan maupun pengetahuan serta menjadi bentuk aktualisasi diri seorang mahasiswi dalam mengimplementasikan ilmu pengetahuan dan teori yang didapatkan selama mengikuti proses perkuliahan di kampus dengan membandingkan fakta di lapangan.

- Pemerintah Kabupaten Sidoarjo

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan keputusan terbaik atas sasaran atau rencana capaian dalam program JKN kedepannya.

1.5 TINJAUAN TEORI

1.5.1 Evaluasi

Evaluasi biasanya dikaitkan dengan penilaian pencapaian terhadap tujuan yang telah ditetapkan dengan jelas atau melakukan pengujian yang mengacu pada norma atau melakukan eksperimen yang terkontrol. Konsep evaluasi ini dan konsep-konsep evaluasi lainnya memiliki elemen-elemen kredibilitas, yang sering kali bergantung pada jenis studi evaluasi yang dilakukan dan terutama kebutuhan para pengguna evaluasi. Salah satu definisi evaluasi yang paling umum menyatakan bahwa evaluasi berarti menentukan apakah tujuan telah tercapai (Stufflebeam & Coryn, 2014). Akar kata evaluasi, yaitu nilai, menunjukkan bahwa evaluasi pada dasarnya melibatkan pembuatan pertimbangan nilai. Evaluasi harus mengacu pada nilai-nilai yang relevan, tergantung pada program tertentu atau evaluand lainnya. Nilai-nilai tersebut dapat mencakup efektivitas, efisiensi, kegunaan, biaya, keamanan, legalitas, dan sebagainya. Dapat dilihat bahwa evaluasi adalah nilai-nilai tersebut dapat berupa prinsip-prinsip yang telah ditetapkan secara profesional (Stufflebeam & Coryn, 2014).

Definisi lain evaluasi adalah proses sistematis untuk menggambarkan, memperoleh, melaporkan, dan menerapkan informasi deskriptif dan penilaian tentang manfaat, nilai, probabilitas, kelayakan, keamanan, signifikansi, dan/atau kesetaraan dari suatu objek. Salah satu elemen yang ditambahkan dalam definisi ini adalah mengenai langkah-langkah umum dalam melakukan evaluasi. Elemen baru lainnya adalah bahwa evaluasi harus menghasilkan informasi deskriptif dan penilaian (Stufflebeam & Coryn, 2014). Dalam memastikan sebuah relevansi dan dampak evaluasi, evaluator perlu melibatkan para pemangku kepentingan secara efektif dalam perencanaan dan penggunaan evaluasi. Tugas-tugas teknis berkaitan dengan aspek-aspek penelitian dari sebuah evaluasi: pengumpulan, pengorganisasian, analisis, dan sintesis informasi. Evaluator harus kompeten dalam aspek komunikasi dan teknis evaluasi (Stufflebeam & Coryn, 2014).

Evaluasi adalah penilaian yang sistematis terhadap operasi dan atau hasil dari suatu program atau kebijakan, dibandingkan dengan seperangkat standar eksplisit atau implisit, sebagai sarana untuk memberikan kontribusi pada perbaikan program atau kebijakan (Giancola, 2020). Evaluasi adalah pemeriksaan sistematis terhadap suatu program. Evaluasi memeriksa operasi sebuah program. Operasi sebuah program mencakup apa yang dilaksanakan sebagai bagian dari program dan bagaimana

pelaksanaannya: operasi adalah proses yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan sebuah program. Operasi sangat penting untuk dua alasan utama - interpretasi dan peningkatan. Memahami keadaan operasi memungkinkan untuk mendokumentasikan apakah operasi tersebut sesuai dengan apa yang dimaksudkan. Evaluasi juga mengkaji hasil dari sebuah program. Hasil yang dimaksud adalah hasil yang terjadi selama dan setelah pelaksanaan sebuah program. Mengkaji hasil dari sebuah program memungkinkan untuk membuat keputusan tentang efektivitas sebuah program. Dengan mengukur hasil, evaluator dapat membuat keputusan tentang apakah program tersebut berhasil, sejauh mana, dengan cara apa, dan untuk siapa (Giancola, 2020). Bukti dari evaluasi dibandingkan dengan suatu standar. Standar adalah target atau tolok ukur yang menginformasikan keadaan ideal. Evaluasi tidak dilakukan dalam ruang hampa dan bukan sekadar latihan untuk memenuhi rasa ingin tahu. Evaluasi difokuskan pada seberapa baik program bekerja, dalam kondisi apa, dan untuk siapa. Evaluasi dimaksudkan untuk menyediakan informasi yang bertujuan untuk memperbaiki program dan kebijakan. Idealnya, informasi yang diperoleh melalui evaluasi akan digunakan untuk membuat program dan kebijakan yang lebih efektif dan efisien (Giancola, 2020).

1.5.2 Evaluasi Program

Teori evaluasi program adalah seperangkat prinsip konseptual, hipotesis, pragmatis, dan etika yang koheren yang membentuk kerangka kerja umum untuk memandu studi dan praktik evaluasi program. Menurut definisi ini, sebuah teori evaluasi program yang baik memiliki enam ciri utama: koherensi secara keseluruhan, konsep-konsep inti, hipotesis yang telah teruji mengenai bagaimana prosedur evaluasi menghasilkan hasil yang diinginkan, prosedur yang dapat diterapkan, persyaratan etika, dan kerangka kerja umum untuk memandu praktik evaluasi program dan melakukan penelitian tentang evaluasi program (Stufflebeam & Coryn, 2014). Prospek dalam pengembangan teori yang sukses pada evaluasi program dibatasi oleh kesulitan-kesulitan yang melekat dalam memprediksi dan menggeneralisasi dalam ilmu-ilmu sosial. Setiap upaya yang baik untuk mengembangkan teori evaluasi program perlu mempertimbangkan konteks sosial, politik, geografis, dan temporal dari evaluasi program yang sedang dipelajari. Konteks-konteks tersebut sangat bervariasi dalam hal karakteristik dan pengaruhnya dari satu evaluasi ke evaluasi lainnya. Selain itu,

konteks evaluasi program biasanya berubah-ubah, tidak terkendali, dan tidak dapat diprediksi. Tanpa mempertimbangkan konteks, seorang ahli teori tidak akan dapat menentukan bagaimana pendekatan evaluasi yang ditentukan akan berhasil atau tidak berhasil dalam kondisi sosial, organisasi, ekonomi, dan kondisi lainnya (Stufflebeam & Coryn, 2014).

Evaluasi program dapat didefinisikan secara luas sebagai penilaian sistematis terhadap operasi dan/atau hasil dari suatu program, dibandingkan dengan seperangkat standar eksplisit atau implisit, sebagai yang eksplisit dan implisit, sebagai sarana untuk berkontribusi pada perbaikan program (Weiss 1998: 4). Evaluasi program merupakan disiplin ilmu yang relatif muda dalam arti formal untuk mengumpulkan data secara sistematis untuk tujuan pengambilan keputusan (Mertens & Wilson, 2019). Ada beberapa elemen kunci dalam definisi tersebut. Pertama, evaluasi program memerlukan suatu sistematika sistematis yang diatur oleh ilmu pengetahuan sosial yang dapat diterima metode penelitian yang dapat diterima (Rossi, Lipsey, dan Freeman, 2004). Evaluasi dianggap sebagai disiplin ilmu yang berorientasi empiris yang menghasilkan informasi tentang program untuk memperbaiki program atau memandu keputusan di masa depan (Pal, 2014). Kedua, ada penekanan pada operasi program dan hasil program. Artinya, evaluasi tidak hanya berkaitan dengan efektivitas program tetapi juga proses penyampaian program seperti metode organisasi yang digunakan untuk menyampaikan program, input program (misalnya, sumber daya), output program (misalnya, ukuran nyata dari suatu program), dan efektivitas biaya (Howlett, Ramesh, dan Anthony, 2009). Terakhir, evaluasi program digunakan untuk membantu agar program dapat berjalan secara efisien dan efektif (Cousins et al. 2014) dan sebagai sarana untuk memastikan akuntabilitas dan jaminan kualitas (Cousins et al. 2014; Pal 2014).

Secara umum ada dua jenis utama evaluasi program-formatif dan sumatif. Evaluasi yang berfokus pada meningkatkan kinerja suatu program dikenal sebagai formatif (Guyadeen & Seasons, 2016). Evaluasi formatif memberikan umpan balik untuk meningkatkan hasil program atau untuk meningkatkan efisiensinya (McDavid dan Hawthorn 2006; Posavac dan Carey 2007). Evaluasi formatif menghasilkan

informasi untuk mempengaruhi keputusan langsung tentang suatu program, seperti memperbaiki komponen dan proses (Shadish, Cook, dan Leviton 1991). Evaluasi dianggap formatif jika dilakukan selama pengembangan atau pelaksanaan program atau produk dengan tujuan memberikan umpan balik untuk meningkatkan hasil evaluasi. Evaluasi formatif juga dapat berfokus pada rencana atau desain program (Mathison, 2005). Evaluasi formatif dilakukan untuk mendokumentasikan pendekatan yang berbeda dalam pengembangan dan implementasi program di berbagai kasus dan memberikan umpan balik kepada pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan program yang dapat digunakan untuk melakukan perbaikan di masa yang akan datang (Mareschal, McKee, Jackson, & Hanson, 2007).

Di sisi lain, evaluasi yang berfokus pada hasil dikenal sebagai evaluasi sumatif dan terjadi setelah program selesai atau secara substansial selesai. Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan pada akhir atau pada saat program selesai. Evaluasi sumatif dapat dilakukan secara internal atau eksternal dan biasanya untuk tujuan pengambilan keputusan. Michael Scriven, pencetus istilah evaluasi formatif dan sumatif, membedakan tujuan evaluasi sumatif sebagai pelaporan "tentang" program dan bukan "untuk" program (Mathison, 2005). Evaluasi sumatif memberikan informasi kepada para pengambil keputusan mengenai apakah suatu program apakah suatu program telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan atau layak untuk dilanjutkan (McDavid dan Hawthorn, 2006; Posavac dan Carey, 2007; Shadish, Cook, dan Leviton, 1991).

Gilvert (1980) mengatakan evaluasi program berkaitan dengan 4 dimensi, yakni *Contex Evaluation*, *Input Evaluation*, *Process Evaluation*, dan *Product Evaluation*. Evaluasi konteks digunakan untuk memberikan alasan rasional mengapa suatu program atau kurikulum harus dilaksanakan. Dalam skala besar, dapat dievaluasi dalam konteks: tujuan program, kebijakan yang mendukung visi dan misi lembaga, lingkungan yang relevan, identifikasi kebutuhan, peluang dan diagnosis masalah yang spesifik. Penilaian kebutuhan adalah contoh umum dari evaluasi konteks. Dalam skala kecil, dapat diterapkan untuk mengevaluasi tujuan program pembelajaran. Evaluasi konteks untuk melayani keputusan perencanaan. Evaluasi input memberikan

informasi tentang sumber-sumber yang dapat digunakan untuk mencapai tujuan program. Evaluasi input digunakan untuk: menemukan strategi pemecahan masalah, perencanaan dan desain program. Hasil dari evaluasi input: anggaran, jadwal, proposal dan prosedur. Evaluasi proses memberikan umpan balik kepada individu untuk bertanggung jawab atas kegiatan program. Evaluasi proses dilakukan dengan: memantau sumber-sumber potensial yang dapat menyebabkan kegagalan, menyiapkan informasi awal untuk keputusan perencanaan, dan menjelaskan proses yang sebenarnya yang sebenarnya terjadi. Evaluasi proses memerlukan: instrumen pengumpulan data (lembar observasi, skala penilaian, evaluasi proses untuk melayani keputusan implementasi. Evaluasi produk mengukur dan menginterpretasikan pencapaian tujuan. Evaluasi produk juga sampai pada mengukur dampak yang diharapkan dan yang tidak diharapkan. Evaluasi dilakukan: selama dan setelah program berlangsung. Evaluasi produk dilakukan untuk empat aspek evaluasi yaitu: dampak efektivitas, keberlanjutan, dan transportabilitas (Stufflebeam & Shinkfield, 1985).

1.6 DEFINISI KONSEP

1. Evaluasi adalah rangkaian proses yang memberikan sejumlah informasi terkait sejauh mana program atau kebijakan telah tercapai, apakah program atau kebijakan yang sedang berjalan tersebut bekerja secara efektif atau tidak, dan apakah program atau kebijakan tersebut memberikan peningkatan yang signifikan terhadap suatu objek atau masyarakat.
2. Evaluasi program adalah proses yang digunakan untuk mengevaluasi efektivitas, efisiensi, dan dampak suatu program atau kegiatan. Evaluasi program bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih baik tentang sejauh mana program tersebut mencapai tujuannya, sejauh mana program tersebut berhasil dalam mencapai hasil yang diinginkan, dan apa dampaknya terhadap masyarakat atau target yang dilayani.
3. Efektivitas adalah suatu ukuran yang digunakan untuk melihat sejauh mana program atau kegiatan atau kebijakan berjalan sesuai tujuan dan hasil yang diinginkan. Biasanya efektivitas digunakan untuk melihat keberhasilan atau capaian dari program tersebut.

1.7 METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan langkah dan prosedur yang dilakukan oleh peneliti dari asumsi asumsi yang luas, metode yang rinci dalam mengumpulkan data, analisis data, serta interpretasi data (Creswell, 2018).

1.7.1 Metode Penelitian Yang Digunakan

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metode penelitian kualitatif merupakan sebuah prosedur penelitian yang memberikan hasil data secara deskriptif berupa kata kata yang tertulis dari objek yang diteliti. Penelitian kualitatif adalah sebuah pendekatan untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang diberikan oleh individu atau kelompok terhadap suatu masalah sosial atau manusia. Proses penelitian melibatkan pertanyaan dan prosedur yang muncul, data yang biasanya dikumpulkan dalam pengaturan partisipan, analisis data secara induktif yang dibangun dari hal-hal khusus ke tema umum, dan peneliti membuat interpretasi tentang makna data (Creswell, 2018). Studi kasus didefinisikan sebagai mengidentifikasi kasus tertentu yang akan dideskripsikan dan dianalisis. Penelitian studi kasus mempelajari tentang kasus kasus kehidupan nyata saat ini yang sedang berlangsung, sehingga peneliti dapat mengumpulkan informasi yang akurat dan tidak hilang oleh waktu. Studi kasus kualitatif disusun untuk menggambarkan sebuah kasus yang unik, yang memiliki ketertarikan yang tidak biasa dan perlu untuk dideskripsikan secara rinci (Creswell, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh penulis bertujuan untuk mendeskripsikan secara rinci tentang evaluasi program JKN di Kabupaten Sidoarjo sebagai perwujudan Universal Health Coverage. Sehingga, tipe penelitian kualitatif studi kasus merupakan tipe penelitian yang akan memberikan sebuah gambaran yang terstruktur, berdasarkan fakta dan akurat yang berkaitan dengan permasalahan yang terjadi dilingkungan masyarakat.

1.7.1 Fokus Penelitian

Fokus penelitian bermanfaat dalam adanya batasan terhadap objek yang akan diteliti sehingga membuat peneliti dapat memilih data yang lebih relevan dengan topik yang diteliti. Fokus penelitian dapat berbentuk seperti pertanyaan atau rumusan masalah terkait objek yang akan diteliti untuk ditemukan jawabannya. Selain itu, fokus penelitian juga juga sebagai garis besar dari proses pencarian, pengambilan maupun pengumpulan data. Penelitian ini akan berfokus evaluasi program JKN di Kabupaten Sidoarjo sebagai bentuk perwujudan Universal Health Coverage.

1.7.2 Lokasi dan Waktu Pengumpulan Data

a. Lokasi Penelitian

Lokasi yang akan diambil oleh peneliti dalam penelitian yang berjudul “Evaluasi Program JKN Sebagai Perwujudan Universal Health Coverage (Studi Kasus Kabupaten Sidoarjo)” berada di daerah Sidoarjo. Pengambilan lokasi di daerah Sidoarjo dikarenakan lokasi tersebut menjadi satu satunya lokasi program UHC yang sempat dibekukan. Kemudian satu tahun setelah dibekukan, program UHC mendapatkan penghargaan UHC Awards 2023. Sehingga perlu untuk dievaluasi lebih lanjut untuk mendapatkan hasil yang sesuai.

b. Waktu Penelitian

Penelitian yang berjudul “Evaluasi Program JKN Sebagai Perwujudan Universal Health Coverage (Studi Kasus Kabupaten Sidoarjo)” akan dilakukan dalam kurun waktu kurang lebih 2 bulan, yang akan dimulai pada 4 September 2023 hingga 8 November 2023 dengan kegiatan pengumpulan, pengolahan serta penyajian data dengan bentuk karya ilmiah.

1.7.3 Sumber Data

Sumber data dapat diartikan sebagai sebuah subyek dimana data diperoleh. Pada penelitian ini peneliti akan menggunakan 2 sumber data untuk penelitian, yakni sumber data primer dan data sekunder.

a. Data Primer

Data primer sebagai sumber dari data penelitian yang didapat secara langsung melalui informan pertama tanpa adanya perantara. Pengumpulan data primer dalam penelitian ini menggunakan metode survei dengan wawancara secara langsung kepada pihak yang bersangkutan, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, Pemerintah Sidoarjo, BPS Sidoarjo dan LSM Sidoarjo.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang didapat dari sumber kedua atau dengan perantara. Bentuk bentuk sumber data sekunder dapat berupa literatur akademik, dokumen pemerintah, buku, jurnal, media sosial, maupun website. Dalam penelitian ini sumber data sekunder yang digunakan peneliti berupa jurnal, buku, maupun website Dinas Kesehatan Sidoarjo dan BPS Sidoarjo.

1.7.4 Metode Pengumpulan data

Metode pengumpulan data diartikan sebagai sebuah cara peneliti untuk mengumpulkan informasi atau data konkrit terkait topik yang diteliti. Terdapat beberapa cara dalam metode pengumpulan data, yakni observasi, wawancara, dokumentasi (Creswell, 2018). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode pengumpulan data wawancara dan dokumentasi.

1. Wawancara bertujuan untuk menemukan makna maupun arti dari topik yang dibahas oleh peneliti melalui dialog antara dua orang atau lebih. Dari dialog tersebut akan didapati sebuah informasi maupun data melalui proses tanya jawab. Pada proses tanya jawab juga dibutuhkan sebuah pedoman yang harus disiapkan seperti pertanyaan pertanyaan yang penting sehingga hasil wawancara dapat dijadikan sebagai sumber data untuk bahan penelitian. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik wawancara semi terstruktur, dimana wawancara akan berlangsung dengan rangkaian pertanyaan yang telah disusun. Saat wawancara berlangsung, pertanyaan pertanyaan baru akan muncul karena adanya jawaban yang diberikan oleh narasumber. Sehingga informasi akan digali secara mendalam.

2. Dokumentasi bertujuan untuk diperolehnya data yang berasal dari buku, jurnal, arsip maupun dokumen yang berkaitan dengan topik penelitian. Dalam penelitian ini dokumentasi yang digunakan dalam mendapatkan data keberhasilan program JKN, yakni melalui data pemerintah yang menjelaskan angka kesehatan masyarakat Sidoarjo yang menggunakan JKN.

1.7.5 Teknik Penentuan Informan

Teknik penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dan *snowball sampling*. Teknik *purposive sampling* harus mempertimbangkan faktor-faktor tertentu dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif. Metode *purposive sampling* dimanfaatkan untuk menentukan sampel yang sebelumnya kecil sebelum menuju besar. Dalam mendapatkan sumber data untuk membantu penelitian ini telah ditentukan sebanyak 4 narasumber, yakni

1. Dinas Kesehatan Sidoarjo
2. Pemerintah Sidoarjo
3. BPS Sidoarjo
4. LSM Sidoarjo

1.7.6 Validitas Data

Validitas data adalah sebuah langkah dalam menilai kebenaran data yang ditemukan didalam penelitian melalui penerapan prosedur prosedur tertentu. Validitas data akan digunakan untuk pertanggungjawaban serta bisa dijadikan dasar dalam penarikan kesimpulan (Creswell, 2018). Triangulasi disebut sebagai skema dengan terbagi menjadi beberapa sumber, metode, penyelidik serta teori untuk mempermudah dalam memberikan bukti yang kuat. Penelitian ini akan menggunakan strategi validitas melalui bukti yang kuat dengan triangulasi sumber data.

1.7.6 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data pada metode penelitian kualitatif merupakan proses untuk melakukan kegiatan mencari serta menyusun data yang telah diperoleh secara sistematis. Analisis data dalam penelitian kualitatif terdiri dari dua bagian, yakni persiapan dan pengolahan data untuk dilakukan analisis lalu mereduksi data menjadi gambaran yang kemudian akan direpresentasikan melalui gambar, tabel, ataupun diskusi. Menurut Creswell (2018) proses pengolahan dan analisis data terbagi menjadi 3 tahap yang kemudian akan digynakan penulis dalam penelitian ini, yakni:

1. Reduksi data, tahap ini penilitian menyertakan gabungan data visual, maupun transkrip dari hasil wawancara maupun dari dokumen yang menjadi sumber informasi atau data.
2. Penyajian data, tahap ini penulis akan menulis ulang data yang diperoleh secara sistematis yang berisikan data yang diperlukan didalam penelitian.
3. Interpretasi dan penguatan data,tahp ini penulis akan mempresentasikan ulang data dari tahap sebelumnya secara deskriptif atas temuan informasi maupun data yang diperoleh dari responden saat menjawab pertanyaan penelitian. Data yang didapat melalui informan maupun kajian literatur dan teori akan dilakukan perbandingan pada hasil yang didapat saat proses penelitian.

1.7.7 Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesmpulan adalah tahap akhir dari penelitian dengan menulis kesimpulan atas analisis maupun penyajian kegiatan penelitian, termasuk penjelasan data serta makna data yang didapat. Pada tahap ini, penulis melakukan penarikan kesimpulan dengna dua tahap, yakni menulis simpulan sementara yang dibarengi dengan menganalisis atau mempelajari kembali data yang telah di olah, kemudian ditarik kesimpulan akhir melalui perbandingan kesamaan data dilapangan dengan permasalahan secara konseptual.

DAFTAR PUSTAKA

- Angell, B. J., Prinja, S., Gupt, A., Jha, V., Jan, S. (2019). The Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana and the path to universal health coverage in India: Overcoming the challenges of stewardship and governance. *HCS Medicine* 6(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002759>
- Astuti, R. S. (2023). Pekerjaan Rumah Jaminan Kesehatan Semesta di Bumi Jenggala. <https://www.kompas.id/baca/nusantara/2023/03/30/pekerjaan-rumah-jaminan-kesehatan-semesta-di-bumi-jenggala>
- Burden of Disease Study 2019.” *The Lancet* 396 (10258): 1204–22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).
- Cousins, J. Bradley, Swee C. Goh, Catherine Elliott, Tim Aubry, and Nathalie Gilbert. 2014. “Government and Voluntary Sector Differences in Organizational Capacity to Do and Use Evaluation.” *Evaluation and Program Planning*. 44:1-13.
- Creswell, J. (2018). A Book Review: Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches. In *Research in Inquiry* (Vol. 3, Issue 1). <https://doi.org/10.13187/rjs.2017.1.30>
- Dinkes. (2021). Pelaksanaan UHC di Sidoarjo, Disosialisasikan Kepada Kepala Desa/Kepala Kelurahan dan Kepala Puskesmas se Kabupaten Sidoarjo. <http://dinkes.sidoarjokab.go.id/2021/06/28/pelaksanaan-uhc-di-sidoarjo-disosialisasikan-kepada-kepala-desakepala-kelurahan-dan-kepala-puskesmas-se-kabupaten-sidoarjo/> (Diakses pada 28 Maret 2023).
- Ekawati, F. M., Claramita, M. (2021). Indonesian General Practitioners’ Experience of Practicing in Primary Care under the Implementation of Universal Health Coverage Scheme (JKN). *SAE Ind* 12. <https://doi.org/10.1177/21501327211023707>
- Giancola, S. P. (2020). *Program Evaluation: Embedding Evaluation into Program Design and Development*. Sage
- Guyadeen, D., Seasons, M. (2016). *Evaluation Theory and Practice: Comparing*

Program Evaluation and Evaluation in Planning. *Journal of Planning Education and Research*. 1-13. DOI: 10.1177/0739456X16675930

Husin, M e. all. (2023). The Effectiveness of Enhanced Primary Healthcare (EnPHC) Interventions on Type 2 Diabetes Management in Malaysia: Difference-in-differences (DID) Analysis. *Primary Care Diabetes*.
<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.03.003>

Howlett, Michael, M. Ramesh, and Anthony Perl. 2009. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Toronto:Oxford University Press.

Jawapos. (2022). Capaian Masih 91 persen, UHC Belum Bisa Jalan.
<https://radarsidoarjo.jawapos.com/kota-delta/21/04/2022/capaian-masih-91-persen-uhc-belum-bisa-jalan/> (Diakses pada 28 Maret 2023).

Kieny et al. (2017). Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization* 95 (7): 537-539. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.187476>

Kim, Y., Kang, M. (20022). The Triangular Axes of Universal Health Coverage Achievement: The Success Factors Behind Korean Community-Based Health Insurance Expansion. *Journal of Health & Quality Management* 59. <https://doi.org/10.1177/00469580221093723>

Khanal, G. N., Bharadwaj, B., Upadhyay, N., Bhattarai, T., Dahal., Khatri, R. B. (20230. Evaluation of the National Health Insurance Program of Nepal: are political promises translated into actions?. *Health Policy and Law* 21. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00952-w>

Lahariyan, C et. all. (2016). Strengthening Urban Health for Advancing Universal Health Coverage. *Journal of Health Management*. 18(3): 361-366. DOI: 10.1177/0972063416663534

Lang'at, Evaline, Lillian Mwanri, and Marleen Temmerman. 2019. "Effects of Implementing Free Maternity Service Policy in Kenya: An Interrupted Time Series Analysis." *BMC Health Services Research* 19 (1): 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12913-019-4462-X>.

Mareschal, P. M., McKee, W. L., Jackson, S. E., Hanson, K. L. (2007). Technology-

Based Approaches to Preventing Youth Violence: A Formative Evaluation of Program Development and Implementation in Four

Communities. *Youth Violence and Juvenile Justice*. 5(2): 168-187.

DOI:10.1177/1541204006295148

Mathison, S. (2005). *Encyclopedia of Evaluation*. Thousand Oaks, Calif: Sage.

McDavid, James C., and Laura L. Hawthorn. 2006. Performance Evaluation & Performance Measurement: An Introduction to Practice. Thousand Oaks, CA: Sage.

Mertens, D. M., Wilson, A. T. (2019). *Program Evaluation Theory And Practice (2th ed)*. London: Guilford Press.

Mukherjee, K. (2019). Selective Universalism: The Paradoxical Strategy to Achieve Universal Health Coverage in India. *Journal of Health Management*. 21(1): 154-159. DOI: 10.1177/0972063418821826

Njuguna, J. (2022). The Effect of a Pilot Universal Health Coverage Program on Hospital Workload: A comparative study of two countie in Kenya. *Digital Health*.2.<https://doi.org/10.1016/j.dialog.2023.100100>

Pal, Leslie A. 2014. Beyond Policy Analysis: Public Issue Management in Turbulent sTimes. Toronto: Nelson.

Posavac, Emil J., and Raymond G. Carey. 2007. *Program evaluation: Methods and case studies*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Rokom. (2020). Pemerintah Upayakan Universal Health Coverage bagi Masyarakat Indonesia.

<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20201212/0135971/pemerintah-upayakan-universal-health-coverage-bagi-masyarakat-indonesia/>

Rossi, Peter H., Mark W. Lipsey, and Howard E. Freeman. *Evaluation: A Systematic Approach, 7th ed*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Shadish, Willam R., Thomas, D. Cook, and Laura C. Leviton. 1991. "Good Theory for Social Program Evaluation." In Foundations of Program Evaluation: Theories of Practice, edited by Willam R. Shadish, Thomas D. Cook, and Laura C. Leviton, 36-67. Newbury Park, CA: Sage.

- Sinha, R. K. (2018). Impact of Publicly Financed Health Insurance Scheme (Rashtriya Swasthya Bima Yojana) from Equity and Efficiency Perspectives. *SEAMEO QITEP in Health Services* 4(4):191-206. <https://doi.org/10.1177/0256090918804390>
- Stenberg, A. C. (2017). What Does Innovation mean - a term without a clear definition. *Business*.
- Storr, J., Kilpatrick, C., Allegranzi, B., Syed, S. B. (2016). Redefining Infection Prevention and Control in the New Era of Quality Universal Health Coverage. *Journal of Infection in Nigeria* 21(1): 39-52. <https://doi.org/10.1177/1744987116628328>
- Stufflebeam, D.L. & Shinkfield, A.J. (1985). *Systematic evaluation: a self-instructional guide to theory and practice*. Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Stufflebeam, D. L., Coryn, C. L. S. (2014). *Evaluation Theory, Models, and, Application (2th ed)*. Jossey-Bass/Wiley.
- Sugiyono. (2016). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: PT Alfabet.
- Taufik, M. (2023). Disebutkan Program UHC di Sidoarjo Tidak Jalan, Tapi Mendapat UHC Award 2023. <https://surabaya.tribunnews.com/2023/03/14/disebutkan-program-uhc-di-sidoarjo-tidak-jalan-tapi-mendapat-uhc-award-2023> (Diakses pada 28 Maret 2023)
- Vos, Theo, Stephen S Lim, et al. 2020. “Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global The Global Fund. 2017. “Kenya Essential Data Table.” Kenya Coordinating Mechanism.
- Weiss, Carol. 1998. *Evaluation*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Witthayapipopsakul, W., Kulthanmanuson, A., Vongmongkol, V., et al. (2019). Achieving the Targets for Universal Health Coverage: How is Thailand Monitoring Progress?. *WHO South East Asia J of Pub Hl* 8 (1). DOI:10.4103/2224-3151.255343
- WHO. (2022). UNIVERSAL HEALTH COVERAGE. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

(Diakses pada 18 Maret 2022).

WHO., World Bank. (2021). *Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report*. WHO & World Bank: Geneva.