

**STRATEGI SALATIGA MENUJU UNIVERSAL HEALTH CARE (UHC)  
MELALUI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

**Suryo Sakti Hadiwijyo <sup>1)\*</sup>, Putri Hergianasari <sup>2)</sup>**  
**\*Email Korespondensi: [putri.hergianasari@uksw.edu](mailto:putri.hergianasari@uksw.edu)**

**<sup>12)</sup> Program Studi Hubungan Internasional Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu  
Komunikasi Universitas Kristen Satya Wacana Kota Salatiga Indonesia**

**Abstract**

*Health is one of the basic rights possessed by everyone which is approved in various laws and constitutions. Therefore, health is a human right. The United Nations Development Program (UNDP) reported the level of health of the Indonesian people in 2008 was below the standards of countries in Asia. Improving Health Insurance for Indonesian needs to be Improved. This paper is intended to analyze the National Health Insurance, known as Social Security Administrator in the City of Salatiga, which is one of the downstream of Universal Health Coverage in realizing the United Nations program to provide health services to the public in accordance with the 1948 UN Declaration Article 25 paragraph 1. The method used in this research is to find Qualitative by using triangulation, namely direct observation in the field, interviews with relevant parties, and supporting documents. The results of this study analyze as part of the global development agenda as well as guarantee for human security. The implementation of the National Health Insurance in Salatiga City in 2018-2019 has increased mainly due to individual coverage and budget, although it has not met the UHC 95% target in 2019. This shows that Universal Health Coverage (UHC) is a form of protection of human rights as well as strategic steps to ensure human security, especially in the health sector.*

**Key Words:** *Universal Health Coverage (UHC), The National Health Insurance, SDGs, Human Security, Health Security*

**Abstrak**

*Kesehatan merupakan salah satu hak dasar yang dimiliki setiap orang yang dijamin dalam berbagai undang-undang dan konstitusi. Oleh karena itu kesehatan merupakan Hak Asasi Manusia. The United Nations Development Program (UNDP) melaporkan bahwa tingkat kesehatan masyarakat di Indonesia pada tahun 2008 di bawah standar dari pada negara-negara di Asia. Sehingga jaminan atas kesehatan masyarakat Indonesia perlu ditingkatkan. Tulisan ini bertujuan untuk menganalisis Jaminan Kesehatan Nasional yang dikenal dengan BPJS Kesehatan di Kota Salatiga yang merupakan salah satu hilirisasi dari Universal Health Coverage dalam mewujudkan program PBB guna menjamin pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai dengan Deklarasi PBB 1948 Pasal 25 ayat 1. Metode yang digunakan yaitu pendekatan kualitatif dengan menggunakan triangulasi yaitu observasi langsung dilapangan, wawancara pihak terkait serta dokumen penunjang. Hasil dari penelitian ini menganalisis sebagai bagian dari agenda pembangunan global sekaligus jaminan terhadap keamanan manusia Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Salatiga Tahun 2018-2019 mengalami peningkatan terutama dikaitkan dengan coverage individu maupun anggaran, meskipun belum memenuhi target UHC 95% pada tahun 2019. Hal ini menunjukkan bahwa Universal Health Coverage (UHC) merupakan salah satu bentuk perlindungan Hak Asasi Manusia serta langkah strategis upaya menjamin human security, terutama di bidang kesehatan.*

**Kata Kunci :** *Universal Health Coverage (UHC), Asuransi Kesehatan Nasional, SDGs, Keamanan Manusia, Jaminan Kesehatan*

## A. Pendahuluan

Konstitusionalitas hak atas kesehatan di Indonesia ditegaskan dalam amanat Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) yang berbunyi “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. (Jaminan Kesehatan Indonesia - BPJS Kesehatan, n.d.) Hal tersebut selanjutnya diatur secara khusus dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, khususnya Pasal 4-8 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas: (1) Kesehatan; (2) Akses atas sumber daya di bidang kesehatan; (3) Pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau; (4) Menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya; (5) Lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan; (6) Informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab; dan (7) Informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan. Pengaturan secara khusus aspek kesehatan dalam sebuah undang-undang menjadi salah satu bukti komitmen negara dalam upaya pemenuhan hak warga negara atas kesehatan. (UNDANG, n.d.)

WHO telah menyepakati tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC) di tahun 2014. *Universal Health Coverage* merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bermutu dengan biaya yang terjangkau. Cakupan universal mengandung dua elemen inti yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan. ((Health at a Glance\_ Asia Pacific) OECD - Measuring Progress towards Universal Health Coverage-OECD Publishing (2014). Indonesia kemudian juga mengadopsi konsep UHC melalui jaminan sosial yang diwujudkan dengan disahkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan pelaksanaan jaminan sosial yang pertama kali harus dilaksanakan adalah jaminan kesehatan yang dimulai sejak 1

Januari 2014. Setahun sebelum pelaksanaan JKN, melalui Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang dirubah dengan Perpres No. 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan pasal 6 ayat (1) bahwa kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia dengan target semua penduduk selambat-lambatnya pada 1 Januari 2019. Peraturan Presiden tersebut kemudian ditindaklanjuti dengan penerbitan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan.

Terkait dengan hal tersebut, maka setiap warga negara tanpa terkecuali masyarakat miskin dan rentan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas sesuai dengan amanat Undang Undang Dasar tahun 1945. Kesehatan menjadi prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) periode tahun 2014–2019 dan terus menjadi isu prioritas dalam RPJMN periode tahun 2020-2024. (Narasi RPJMN IV 2020-2024\_Revisi 28 Juni 2019.Pdf, n.d.) Pembangunan kesehatan yang dilakukan pemerintah saat ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya agar terwujud manusia Indonesia yang bermutu, sehat dan produktif. Derajat kesehatan yang rendahakan berpengaruh terhadap produktivitas kerja, yang pada akhirnya menjadi beban bagi masyarakat dan Pemerintah.

Pada umumnya, masyarakat miskin dan rentan mempunyai derajat kesehatan yang lebih rendah akibat sulitnya mengakses pelayanan kesehatan yang disebabkan tidak adanya kemampuan ekonomi untuk menjangkau biaya pelayanan kesehatan. Oleh karena itu pemerintah pusat dan daerah bertanggung jawab untuk memberikan jaminan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan serta memberikan perlindungan keuangan atas pengeluaran kesehatan akibat sakit.

Selanjutnya dalam implementasi di tingkat daerah, kesehatan menjadi urusan wajib dasar yang harus dipenuhi oleh pemerintah daerah yang diselenggarakan untuk memenuhi hak setiap warga negara Indonesia yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Melalui pembangunan

urusan kesehatan Pemerintah Daerah diharapkan dapat terus berupaya agar kesehatan dapat dinikmati secara merata oleh semua warga masyarakat baik yang tinggal di perkotaan maupun pedesaan, masyarakat miskin, menengah ataupun kaya. Pembangunan kesehatan ini memegang peranan yang sangat penting dalam peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia, sebagaimana prioritas pembangunan nasional.

Konteks Salatiga, upaya pemenuhan hak kesehatan warga negara tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Salatiga Tahun 2017-2022 maupun Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Salatiga Tahun 2017-2022. Komitmen dalam upaya mewujudkan kesehatan masyarakat secara tegas tertuang dalam Misi ke-2, yaitu Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat dan Keluarga Berencana dari 9 Misi yang ada dalam RPJMD Kota Salatiga Tahun 2017-2022. Selanjutnya dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sebagai bentuk pemenuhan hak warga atas kesehatan dan jaminan atas keamanan manusia dalam aspek kesehatan, aspek pembiayaan merupakan salah satu hal yang penting. Pada tahun 2018 jumlah anggaran kesehatan (Dinas Kesehatan dan RSUD) Kota salatiga sebesar Rp. 302.853.581.000,- Tahun 2017 sebesar Rp.252.565.810.908,-. Dibandingkan dengan tahun 2017, terjadi peningkatan anggaran. Anggaran tersebut bersumber dari dana APBD Kota Salatiga, APBD Propinsi, APBN (DAK dan DBHCHT). Total anggaran APBD tahun 2018 sebesar Rp. 1.187.171.790.000,-. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan dan RSUD, persentase total APBD kesehatan Kota Salatiga terhadap total APBD tahun 2018 sebesar 21,61%. (Zuraidah & Kes, n.d.)

Selanjutnya dalam upaya mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, sebagaimana tujuan pembangunan kesehatan, maka sejak tanggal 1 Januari 2014 pemerintah telah menetapkan Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia secara bertahap hingga 1 Januari 2019. Jaminan kesehatan ini merupakan pola pembiayaan yang bersifat wajib, artinya pada tanggal 1 Januari 2019 seluruh masyarakat Indonesia (tanpa terkecuali) harus telah menjadi peserta. Melalui Jaminan Kesehatan

Nasional, diharapkan tidak ada masyarakat Indonesia, khususnya masyarakat miskin yang tidak berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan di kala sakit dengan alasan tidak memiliki biaya. Dalam konteks Salatiga, cakupan Universal Health Coverage (UHC) melalui peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan Jaminan Kesehatan Daerah pada tahun 2018 sebesar 89,10%. (Zuraidah & Kes, n.d.).

Upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Salatiga tersebut dituangkan dalam kebijakan daerah melalui Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk Mencapai Universal Health Coverage (UHC) di Kota Salatiga, menjadi salah satu langkah strategis dalam pemenuhan hak kesehatan warga negara sekaligus upaya menjamin keamanan warga negara sebagai individu (human security). Terkait dengan hal tersebut, maka tulisan ini mencoba untuk menganalisis bagaimana upaya dan strategi Kota Salatiga dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) sebagai salah satu agenda pembangunan global.

*Universal Health Coverage* (UHC) merupakan salah satu sektor strategis yang menjadi fokus dalam SDGs (sektor kesehatan), dimana sektor kesehatan merupakan sektor utama dalam pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Saat ini isu kesehatan global menjadi perhatian dunia internasional, karena sifatnya melintasi batas negara sehingga dibutuhkan kesepakatan antar negara dalam forum multilateral untuk memperhatikan masalah isu kesehatan global tersebut, termasuk didalamnya adalah kesiapan negara dalam memberikan jaminan terhadap kesehatan warga negara. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs), dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan juga memperhatikan lingkungan strategis di tingkat nasional. Sebagaimana tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 yang juga telah dilakukan revisi pada tahun 2017, terdapat beberapa hal yang berkaitan dengan Lingkungan Strategis Nasional, yaitu: (1) Pertumbuhan Penduduk, (2) Disparitas Status Kesehatan, (3) Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), (4) Disparitas Status Kesehatan Antar Wilayah, (5) Pemberlakuan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN), (6) Kesetaraan Gender, (7) Pemberlakuan

Undang-Undang No. 6 Tahun 2014 tentang Desa, (8) Penguatan Peran Provinsi, dan (9) Pemberlakuan Sistem Informasi Kesehatan. (Hukormas, n.d.) Merujuk pada hal tersebut, nampak bahwa pemberlakuan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN) menjadi isu strategis global yang harus dipenuhi oleh semua negara sebagai implementasi Universal Health Coverage (UHC). Menurut peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional ditargetkan pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia telah tercakup dalam JKN (Universal Health Coverage - UHC). Diberlakukannya JKN menuntut dilakukannya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun perbaikan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Untuk mengendalikan beban anggaran negara yang diperlukan dalam JKN memerlukan dukungan dari upaya kesehatan masyarakat yang bersifat promotif dan preventif agar masyarakat tetap sehat dan tidak mudah jatuh sakit. Perkembangan kepesertaan JKN ternyata cukup baik. (Ebook BAHAN PAPARAN JKN DALAM SJSN.Pdf, n.d.)

Selain lingkungan strategis nasional, Pembangunan Kesehatan juga memperhatikan Lingkungan Strategis Regional dan Lingkungan Strategis Global. Dalam konteks Lingkungan Strategis Regional, merujuk pada pemberlakuan Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) yang memberikan peluang (akses pasar) sekaligus tantangan tersendiri bagi Indonesia. Implementasi ASEAN *Economic Community*, mencakup liberalisasi perdagangan barang dan jasa serta investasi sektor kesehatan. Perlu dilakukan upaya meningkatkan daya saing (*competitiveness*) dari fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dalam negeri. Pembinaan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, baik dari segi sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarannya, maupun dari segi manajemennya perlu digalakkan. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dan lain-lain) harus dilakukan secara serius, terencana, dan dalam tempo yang tidak terlalu lama. Hal ini berkaitan dengan perjanjian pengakuan bersama (*Mutual Recognition Agreement - MRA*) tentang jenis-jenis profesi yang menjadi

cakupan dari mobilitas. (Ebook BAHAN PAPARAN JKN DALAM SJSN.Pdf, n.d.)

Selanjutnya dalam kaitan dengan Lingkungan Strategis Global, terutama berkaitan dengan implementasi Sustainable Development Goals (SDGs), pelaksanaan prioritas pembangunan kesehatan yang tertuang dalam RPJMN Tahun 2015-2019 maupun Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 juga berkaitan erat dengan kondisi lingkungan strategis global. Hal tersebut disebabkan karena SDGs merupakan agenda pembangunan global yang harus diikuti oleh semua negara tanpa kecuali. Dalam kaitan tersebut, isu tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga menjadi isu strategis global sebagaimana tertuang dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan.

*Sustainable Development Goals* (SDGs) sebagai pembaharuan dari *Millennium Development Goals* (MDGs) membawa perubahan paradigma, termasuk perubahan isu strategis dalam pembangunan kesehatan global. Perubahan tersebut nampak dari munculnya isu strategis yang termasuk dalam prioritas Tujuan 3 SDGs *Health and Well Being* (Kesehatan yang Baik) dengan target utama Menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Perubahan tersebut nampak dengan adanya 5 (lima) isu strategis yang menjadi fokus perhatian yaitu: (1) Kematian akibat Penyakit Tidak Menular (PTM), (2) Penyalahgunaan narkoba dan alkohol, (3) Kecelakaan Lalulintas, (4) Universal Health Coverage (UHC), dan (5) Kontaminasi dan polusi air, udara dan tanah. Merujuk pada hal tersebut, maka nampak bahwa Universal Health Coverage (UHC) dalam bentuk Jaminan Kesehatan menjadi isu global yang harus dipenuhi oleh negara.

Kementerian Kesehatan RI dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian mengalihbahasakan *Universal Health Coverage* (UHC) menjadi “Jaminan Kesehatan Semesta” dan sudah mulai diimplementasikan di Indonesia sejak penyelenggaraan program JKN pada Januari 2014 (Kementerian Kesehatan RI, 2017). *Universal Health Coverage* (UHC) pertama kali dicetuskan oleh *World Health Organization* (WHO), dan oleh WHO didefinisikan sebagai sistem penjaminan kesehatan yang memastikan semua orang

menerima pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bermutu dengan biaya terjangkau tanpa mengalami kekhawatiran finansial dalam mengaksesnya.

Selanjutnya menurut WHO terdapat 2 (dua) elemen inti dalam Universal Health Coverage (UHC), yaitu: (1) akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan (2) perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan. Terkait dengan hal tersebut, terdapat 3 (tiga) tujuan dari UHC, yaitu: (1) Kesetaraan dalam mengakses layanan kesehatan, semua orang akan mendapatkan layanan yang mereka butuhkan, tidak hanya terbatas bagi mereka yang dapat membayar layanan tersebut; (2) Kualitas layanan kesehatan yang diberikan harus cukup baik sehingga kondisi kesehatan penerima layanan akan semakin baik; dan (3) Masyarakat terlindungi dari risiko finansial, memastikan bahwa biaya yang dikeluarkan tidak akan memberikan pengaruh secara signifikan pada kondisi keuangan penerima layanan.

Selanjutnya konsep Universal Health Coverage (UHC) dalam implementasinya di Indonesia didefinisikan sebagai Sistem penjaminan kesehatan yang memastikan semua penduduk atau paling sedikit 95% (sembilan puluh lima persen) dari seluruh penduduk telah terdaftar sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat. Merujuk target nasional, Universal Health Coverage (UHC) di Kota Salatiga pada tahun 2019 ditargetkan mencapai 95%.

Dr Suwit Wilbulpolprasert, Senior Advisor on Disease Control, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand menyampaikan gambaran umum *Universal Health Coverage* (UHC). Menurut Wilbulpolprasert (2018), *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan sebuah konsep reformasi pelayanan kesehatan yang mencakup beberapa aspek antara lain: (1) Aksesibilitas dan equitas pelayanan kesehatan, (2) Pelayanan kesehatan yang berkualitas dan komprehensif yang meliputi pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai rehabilitatif, dan (3) Mengurangi keterbatasan finansial dalam mendapatkan pelayanan kesehatan bagi setiap penduduk. (Gambaran Umum Universal Health Coverage (UHC), n.d.)

Terkait dengan hal tersebut, maka menurut Wilbulpolprasert (2018), terdapat 3

(tiga) dimensi pada Universal Health Coverage (UHC), yaitu: (1) Penerima manfaat pelayanan kesehatan-seluruh penduduk (beberapa referensi menyebutkan suatu negara dikatakan tercapai jika lebih dari 80 persen penduduk terlindungi oleh asuransi kesehatan), (2) Ketersediaan pelayanan esensial yang merata dan aksesibel, dan (3) Cakupan perlindungan kesehatan-mulai dari pelayanan sederhana sampai pelayanan berbiaya mahal yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. (Gambaran Umum Universal Health Coverage (UHC), n.d.)

Dalam upaya pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) tidak akan lepas dari cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), baik dalam aspek kepesertaan, pendanaan, maupun aspek pelayanan. Ketiga aspek inilah yang menjadi fokus dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional atau yang biasa disingkat JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat mandatory atau wajib di ikuti oleh seluruh warga Indonesia untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat secara layak yang diberikan kepada setiap warga yang telah membayar premi/uran atau bagi warga yang tidak mampu akan dibayarkan premi nya oleh Pemerintah. Setidaknya terdapat 5 (lima) komponen pada SJSN, antara lain: (1) Jaminan Kesehatan, (2) Jaminan kecelakaan kerja, (3) Jaminan hari tua, (4) Jaminan pensiun, dan (5) Jaminan kematian.

Sebagai perbandingan, konsep Universal Health Coverage (UHC) di Thailand dimulai sejak 1975 yang meng-cover masyarakat miskin dan hampir miskin. Kemudian ditingkatkan pada peserta sukarela, pekerja formal, anak-anak dan orang tua (elderly). Perubahan lain pada dimensi UHC di Thailand adalah peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara merata yang dimulai pada tahun 1991 dengan motto "*More health for money not more money for health*". Sampai saat ini, terdapat 3 (tiga) skema UHC di Thailand, yaitu: (1) *Social Security Scheme* (SSS), yang mencakup kurang lebih 9.5 juta penduduk yang bekerja di sektor formal, yang dikelola oleh Kementrian Tenaga Kerja; (2) *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (CSMBS) yang khusus untuk pegawai negeri dan dikelola oleh

Kementerian Keuangan, mencakup 5,5 juta penduduk. CSMBS termasuk meng-cover pasangan dan anak; dan (3) Universal Coverage Scheme (UCS) untuk semua penduduk yang belum di-cover kedua skema lainnya, seperti pekerja informal, anak lebih dari 20 tahun, orang tua, pekerja yang ter-PHK dan lain sebagainya. Dalam skema ini terdapat 47,8 juta penduduk yang ter-cover dan dikelola oleh National Health Security Office (NHSO). (Price-Smith, 2002)

Berdasarkan data yang didapat dari website BPJS Kesehatan, per tanggal 31 Desember 2019 jumlah peserta JKN sudah mencapai 224.149.019 yang berarti jumlah warga negara Indonesia yang sudah menjadi peserta JKN mencapai 83,33% dari jumlah penduduk di Indonesia. Itu artinya masih terdapat sekitar 16,67% yang belum terdaftar menjadi peserta JKN, sehingga untuk mencapai tujuan UHC selain dengan meningkatkan kualitas pelayanan di layanan kesehatan juga dengan memperluas cakupan kepesertaan dengan memastikan bahwa seluruh warga negara Indonesia menjadi peserta dalam program JKN. Pemahaman secara komprehensif terhadap konsep Universal Health Coverage (UHC) inilah yang menjadi titik pijak relevansi dalam analisis strategi Kota Salatiga dalam mencapai Universal Health Coverage (UHC) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Kesehatan sebagai Hak Asasi Manusia mempunyai 2 (dua) pengertian dasar yang tidak dapat dipisahkan. Pertama, ialah hak-hak yang tidak dapat dipisahkan dan dicabut adalah hak manusia karena ia adalah seorang Manusia. Hak-hak ini adalah hak-hak moral yang berasal dari kemanusiaan setiap manusia. Kedua, dari hak-hak asasi manusia adalah hak-hak menurut hukum, yang dibuat sesuai dengan proses pembentukan hukum dari masyarakat itu sendiri, baik secara nasional maupun internasional.

Hak untuk hidup sehat, secara khusus ada di dalam Deklarasi Universal tentang Hak-hak Asasi Manusia, yang tertuang dalam Article atau Pasal 25. Pada article atau pasal 25 tersebut dinyatakan bahwa: "everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing, and medical Coverage". (DEKLARASI UNIVERSAL HAK ASASI MANUSIA, n.d.) Article ini kemudian digemakan di dalam konstitusi WHO, dan diratifikasi oleh

banyak konvensi internasional lainnya. Dengan pengertian, pemahaman, dan ketentuan-ketentuan tersebut, maka sesungguhnya tiap gangguan, intervensi; atau ketidakadilan, ketidakacuhan, apapun bentuknya yang mengakibatkan ketidaksehatan tubuh manusia, kejiwaannya, lingkungan alam dan lingkungan sosialnya, pengaturan dan hukumnya, serta ketidakadilan dalam manajemen sosial yang mereka terima, adalah merupakan pelanggaran hak mereka, hak-hak manusia. Selaras dengan hal tersebut, sejatinya Hak Atas Kesehatan sebagai Hak Asasi Manusia telah diakui dan diatur dalam berbagai instrumen internasional maupun nasional.

Hak atas kesehatan bukanlah berarti hak agar setiap orang untuk menjadi sehat, atau pemerintah harus menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang mahal di luar kesanggupan pemerintah, akan tetapi lebih menuntut agar pemerintah dan pejabat publik dapat membuat berbagai kebijakan dan rencana kerja yang mengarah kepada tersedia dan terjangkaunya sarana pelayanan kesehatan untuk semua dalam kemungkinan waktu yang secepatnya.

Selanjutnya dalam Pasal 12 ayat (1) International Covenant on Economic, Social and Cultural Right (ICESCR) (Cescr.Pdf, n.d.) hak atas kesehatan dijelaskan sebagai "hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental" tidak mencakup area pelayanan kesehatan. Akan tetapi, merujuk pada fakta sejarah perancangan maupun makna gramatikal pasal 12 ayat (2) yang menyatakan bahwa langkah-langkah yang akan diambil oleh Negara Pihak pada kovenan ini guna mencapai perwujudan hak ini sepenuhnya, harus meliputi hal-hal yang diperlukan untuk mengupayakan (Afandi, 2008):

- a. Ketentuan-ketentuan untuk pengurangan tingkat kelahiran-mati dan kematian anak serta perkembangan anak yang sehat;
- b. Perbaikan semua aspek kesehatan lingkungan dan industri;
- c. Pencegahan, pengobatan dan pengendalian segala penyakit menular, endemik, penyakit lainnya yang berhubungan dengan pekerjaan;
- d. Penciptaan kondisi-kondisi yang akan menjamin semua pelayanan dan

perhatian medis dalam hal sakitnya seseorang.

Sehingga hak atas kesehatan mencakup wilayah yang luas dari faktor ekonomi dan sosial yang berpengaruh pada penciptaan kondisi dimana masyarakat dapat mencapai kehidupan yang sehat, juga mencakup faktor-faktor penentu kesehatan seperti makanan dan nutrisi, tempat tinggal, akses terhadap air minum yang sehat dan sanitasi yang memadai, kondisi kerja yang sehat dan aman serta lingkungan yang sehat.

John Locke menyatakan bahwa, hak asasi manusia adalah hak-hak yang diberikan langsung oleh Tuhan Yang Maha Pencipta sebagai hak yang kodrati. Oleh karenanya, tidak ada kekuasaan apapun di dunia yang dapat mencabutnya. Hak ini sifatnya sangat mendasar (fundamental) bagi hidup dan kehidupan manusia dan merupakan hak kodrati yang tidak bisa terlepas dari dan dalam kehidupan manusia (Effendi & Effendi, 1994)

Menurut Locke, setiap individu memiliki sifat alamiah yang baik, dimana sifat baik tersebut merupakan hasil dari sebuah proses intelektual untuk tidak merusak atau saling menyakiti. Lebih lanjut Locke menjelaskan bahwa keadaan alamiah adalah keadaan kesetaraan dimana tidak ada kekuatan yang melebihi kekuatan lain dan semua orang bebas melakukan apapun yang mereka inginkan. Terkait dengan hal tersebut, Locke menyebutkan bahwa dalam keadaan alamiah, manusia memiliki hak-hak pribadi yaitu hak atas kehidupan (*life*), hak atas kebebasan (*liberty*) dan hak atas kepemilikan (*possession*). Hak-hak ini merupakan hak yang telah ada sejak manusia lahir. Namun meskipun manusia merupakan makhluk yang bebas, karena keadaan tanpa kepastian hukum dan manusia yang berusaha mencapai kepentingannya membuat tidak ada ketertiban hukum. Keadaan inilah yang kemudian mendorong manusia untuk menyerahkan sebagian haknya pada negara agar negara dapat membentuk aturan guna mencapai ketertiban yang diinginkan (*Second Treatise of Government*).

Dalam kajian politik dan ketatanagaraan, menurut John Locke negara memiliki beberapa tugas dan peran utama, yaitu: (1) membentuk peraturan yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dan individu-individu di dalamnya sesuai dengan

kebutuhan kepentingan publik (legislative); (2) negara memiliki tugas untuk menegakkan hukum yang telah dibuat atas seluruh individu yang menjadi anggotanya (executive); dan (3) negara bertugas untuk menjalin hubungan dengan pihak eksternal yang memiliki kaitan di luar negara, baik terkait dampak positif maupun negatif (federative) (*Second Treatise of government*). Negara sebagai hasil perjanjian masyarakat dimana masyarakat telah menyerahkan sebagian hak-hak alamiahnya, membentuk aturan untuk melindungi hak-hak alamiah warganya. (Locke John - *Essay Concerning Human Understanding*.Pdf, n.d.)

Selanjutnya dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 1 disebutkan bahwa: "Hak Asasi Manusia (HAM) adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi, dan dilindungi oleh negara, hukum, pemerintah dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia."(UU No.39 Thn 1999 - HAK ASASI MANUSIA (HAM), n.d.)

Berdasarkan beberapa rumusan pengertian HAM tersebut, diperoleh suatu kesimpulan bahwa HAM merupakan hak yang melekat pada diri manusia yang bersifat kodrati dan fundamental sebagai suatu anugerah Tuhan yang harus dihormati, dijaga dan dilindungi oleh setiap individu, masyarakat atau negara. Dengan demikian, hakikat penghormatan dan perlindungan terhadap HAM ialah menjaga keselamatan eksistensi manusia secara utuh melalui aksi keseimbangan yaitu keseimbangan antara hak dan kewajiban, serta keseimbangan antara kepentingan perseorangan dan kepentingan umum.

Upaya menghormati, melindungi, dan menjunjung tinggi HAM, menjadi kewajiban dan tanggung jawab bersama antara individu, pemerintah, bahkan negara. Jadi, dalam memenuhi dan menuntut hak tidak terlepas dari pemenuhan kewajiban yang harus dilaksanakan. Begitu juga dalam memenuhi kepentingan perseorangan tidak boleh merusak kepentingan orang banyak (kepentingan umum). Karena itu, pemenuhan, perlindungan, dan penghormatan terhadap HAM harus diikuti

dengan kewajiban asasi manusia dan tanggung jawab asasi manusia dalam kehidupan pribadi, bermasyarakat, dan bernegara.

Menurut PBB (*United Nations*) adalah bahwa: *"Human security in its broadest sense, embraces far more than the absence of violent conflict. It encompasses human rights, good governance, access to education and health care and ensuring that each individual has opportunities and choices to fulfill his or her potential. Every step in this direction is also a step towards reducing poverty, achieving economic growth and preventing conflict. Freedom from want, freedom from fear, and the freedom of future generation to inherit a healthy natural environment – these are the interrelated building blocks of human – and therefore national – security."*(Soedirham, n.d.)

Definisi lain dari United Nations Development Programme (UNDP) mempunyai esensi yang sama di mana: *"Human security can be said to have two main aspects. It means, first, safety from such chronic threats as hunger, disease and repression. And second, it means protection from sudden and hurtful disruptions in the patterns of daily life – whether in homes, in jobs or in communities. Such threats can exist at all levels of national income and development. The list of threats of human security is long, but most can be considered under several main categories: economic security, food security, health security, environmental security, personal security, community security, and political security"* (Soedirham, n.d.)

Terdapat 7 (tujuh) area yang berkaitan dengan Human Security (UNDP, 1994, Oedojo Soedirham, 2007, dan Bappenas, 2015): (1) Economic security – Keamanan ekonomi memerlukan sebuah jaminan pendapatan dasar bagi individu – biasanya dari kerja yang produktif dan menguntungkan atau, sebagai usaha terakhir, dari jaring pengaman yang dibiayai oleh publik; (2) Food security – Keamanan pangan memerlukan bahwa semua orang setiap waktu mempunyai akses baik secara fisik maupun ekonomis untuk pangan pokok; (3) Health security – Keamanan kesehatan bertujuan untuk menjamin perlindungan minimal dari penyakit dan gaya hidup yang tidak sehat. Di negara berkembang, penyebab

utama kematian adalah penyakit-penyakit infeksi dan parasit, yang membunuh 17 juta orang setiap tahunnya; (4) Environmental security - Keamanan lingkungan bertujuan untuk melindungi manusia dari kerusakan alam jangka pendek maupun panjang, ancaman karena perbuatan manusia pada alam, dan keburukan lingkungan alamiah; (5) Personal security – Keamanan personal bertujuan melindungi orang dari kejahatan fisik, apakah dari negara atau negara-negara luar, dari individu-individu yang kejam dan aktor-aktor sub-state, dari siksaan rumah-tangga, dan dari orang-orang yang buas (predatory adult); (6) Community security -- Keamanan masyarakat bertujuan untuk melindungi orang dari hilangnya hubungan tradisi dan nilai dan dari kejahatan sektarian dan etnik; dan (7) Political security – Keamanan politik berkaitan dengan apakah orang hidup di masyarakat yang menghormati hak asasi mereka.

Konsep keamanan kesehatan ini meliputi 2 (dua) aspek. Pertama, kebebasan dari ancaman kronis, seperti kelaparan, penyakit, dan represi. Kedua, perlindungan dari gangguan secara tiba-tiba dalam keseharian masyarakat. Terkait dengan hal tersebut, Commission on Human Security pada tahun 2003 menyusun sebuah laporan yang ditujukan kepada Sekretaris Jenderal PBB yang berisikan tentang "Human Security Now". Laporan tersebut mendeskripsikan keamanan manusia sebagai komplementer dari keamanan negara, yang berfokus pada hak asasi manusia dan perkembangan manusia. (Rushton & Youde, 2015)

Selanjutnya PBB menyusun sebuah rekomendasi kebijakan yang menekankan pada prioritas untuk memastikan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar secara universal. Merujuk pada hal tersebut, Human Secretary Unit kemudian membentuk OCHA (United Nations Office for Coordination of Humanitarian Affairs), yang menjadi pijakan organisasional keamanan manusia (human security) dalam kerangka PBB.(Aldis, 2008) Dibentuknya OCHA ini merupakan langkah strategis, mengingat saat itu WHO (World Health Organization) masih belum dapat memaparkan definisi, lingkup, dan implementasi dari keamanan kesehatan secara komprehensif sehingga kesehatan menjadi bagian subordinat dari keamanan.(Aldis, 2008).

Berdasarkan definisi dan tujuh area tersebut, maka nampak bahwa keamanan individu (terutama dalam bidang kesehatan) merupakan kunci bagi daya tahan suatu wilayah atau bahkan suatu negara. Keamanan individu tersebut salah satunya diimplementasikan melalui Universal Health Coverage (UHC) sebagai salah satu indikator global yang harus dicapai oleh semua negara, dan sudah tentu tanpa mengabaikan peran dan dukungan dari Pemerintah Daerahnya.

## B. Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam menyusun tulisan ini adalah pendekatan deskriptif kualitatif dengan menggunakan triangulasi yaitu observasi langsung dilapangan, wawancara/diskusi dengan pihak terkait (Bappeda, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil, dan Badan Keuangan Daerah) serta dokumen penunjang, dengan memfokuskan pada upaya strategis dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Salatiga sebagai bagian dari percepatan pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau Sustainable Development Goals (SDGs), serta sebagai upaya menjamin pemenuhan hak warga negara atas kesehatan. Selanjutnya dalam penarikan kesimpulan, digunakan metode deduktif yang merupakan pola pikir yang mendasarkan dari suatu fakta yang sifatnya umum kemudian ditarik kesimpulan yang sifatnya khusus. Suatu metode yang berasal dari fakta-fakta yang ditemukan kemudian dianalisis dengan konsep teori yang digunakan.

## C. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional sebagai salah satu upaya mencapai Universal Health Coverage (UHC), terdapat 3 (tiga) aspek yang menjadi fokus perhatian termasuk di Kota Salatiga, yaitu (1) Aspek Pelayanan; (2) Aspek Kepesertaan, dan (3) Aspek Pembiayaan.

### Aspek Kepesertaan

Konsep negara sejahtera menekankan pada penyelenggaraan sistem perlindungan sosial bagi setiap orang sebagai cerminan dari adanya hak kewarganegaraan di satu pihak dan kewajiban negara di pihak yang lain, yang diwujudkan dalam suatu lembaga. Konsep kesejahteraan negara ini tidak hanya ditujukan bagi warga miskin saja, tapi bagi semua penduduk. Salah satu pilar utama

pembangunan bidang kesejahteraan masyarakat adalah terselenggaranya sistem perlindungan sosial yang mampu memberikan manfaat bagi seluruh penduduk. (David Schmidt, Robert E. Goodin-Social Welfare and Individual Responsibility (For and Against)-Cambridge University Press (1998). n.d.)

Untuk peserta PBI pada tahun 2016 sejumlah 59.850 jiwa terdiri dari PBI APBD sejumlah 20.229 jiwa (belum dipisah antara PBI APBD Provinsi dengan PBI APBD Kota) dan PBI APBN

**Tabel 1**  
**Jumlah Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Kota Salatiga Tahun 2018**

No	Peserta	Segmen	Jumlah
1	Penerima Bantuan Iuran	1 PBI APBD	24.922
		2 PBI APBN	39.519
2	Non PBI-Peserta Penerima Upah	1 Eks. ASKES	15.235
		2 TNI	3.875
		3 POLRI	1.313
		4 Pegawai BUMN	0
		5 Pegawai BUMD	449
		6 Pegawai Swasta	34.419
		7 WNA	109
3	Non PBI-Pekerja Bukan Penerima Upah	1 WNI	42.940
		2 WNA	34
4	Bukan Pekerja	1 Penerima Pensiun Pemerintah	9.917
		2 Veteran	567
		3 Perintis Kemerdekaan	11
		4 Penerima Pensiun Swasta	54
		5 Bukan Pekerja Lainnya	52
J U M L A H			173.416
Sumber: BPJS Kesehatan Ungaran, 2019 (data diolah)			

sejumlah 39.621 jiwa, sedangkan pada tahun 2017 sejumlah 60.648 jiwa terdiri dari PBI APBD sejumlah 20.891 jiwa (belum dipisah antara PBI APBD Provinsi dengan PBI APBD Kota) dan PBI APBN sejumlah 39.757 jiwa. Sedangkan untuk tahun 2018, peserta PBI APBN sejumlah 39.519 jiwa dan 24.922 PBI APBD (belum dipisah antara PBI APBD Provinsi dengan PBI APBD Kota)

Sebagai langkah riil upaya memperbesar cakupan JKN dalam upaya mencapai target global Universal Health Coverage (UHC) terdapat perkembangan progres selanjutnya cakupan kepesertaan pada tahun 2019 mengalami peningkatan sebagaimana tertuang dalam tabel berikut

**Tabel 2**  
**Jumlah Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Kota Salatiga Tahun 2019**

No	Peserta	Segmen	Jumlah
1	Penerima Bantuan Iuran	1 PBI APBD	38.997
		2 PBI APBN	36.584
<b>JUMLAH PBI</b>			<b>75.891</b>
2	Non PBI-Peserta Penerima Upah	1 PNS	14.343
		2 TNI/POLRI/PNS Kemhan	5.207
		3 PEJABAT NEGARA	12
		4 Pegawai BUMN	0
		5 Pegawai BUMD	461
		6 Pegawai Swasta	36.240
		7 Pegawai Pemerintah Non PNS	1.721
<b>JUMLAH PPU</b>			<b>57.984</b>
3	Non PBI-Pekerja Bukan Penerima Upah	Pekerja Mandiri	30.165
		<b>JUMLAH PBP</b>	<b>30.165</b>
4	Bukan Pekerja	1 Penerima Pensiun Pejabat Negara	5
		2 Penerima Pensiun PNS	5.783
		3 Penerima Pensiun TNI/Polri	3697
		4 Penerima Pensiun Swasta	49
		5 Veteran	554
		6 Perintis Kemerdekaan	9
		7 Pemberi Kerja	14
		8 Investor	32
<b>JUMLAH BUKAN PEKERJA</b>			<b>10.143</b>
<b>TOTAL KESELURUHAN</b>			<b>174.143</b>
<b>JUMLAH PENDUDUK</b>			<b>195.563</b>
<b>PERSENTASE THD JUMLAH PENDUDUK</b>			<b>89,30%</b>
Sumber: BPJS Kesehatan Ungaran, 2020 (data diolah)			

Merujuk pada tabel tersebut, jumlah kepesertaan pada tahun 2019 sebesar 174.143 atau sebesar 89,30% dari jumlah penduduk 195.563. Apabila dibandingkan dengan tahun 2018, maka terdapat kenaikan yang cukup signifikan. Pada tahun 2018 kepesertaan sebesar 89,10% dari jumlah penduduk sebesar 194.611 jiwa. Akan tetapi belum dapat mencapai target 95% pada tahun 2019 (BPJS Kesehatan, 2020)

JKN dengan prinsip asuransi sosial dan equitinya dengan asas manfaat komprehensif yang baru dilaksanakan sejak 1 Januari 2014, belum mencakup seluruh penduduk Kota Salatiga. Dari penelitian ditemukan cakupan Universal Health Coverage pada tahun 2019 sebesar 89,30%, artinya masih terdapat sekitar 5,7% penduduk yang belum menjadi peserta penjaminan kesehatan, dari target sebesar 95%. Belum optimalnya cakupan kepesertaan yang tertuang dalam Universal Health Coverage (UHC) tersebut disebabkan antara lain karena proses verifikasi dan validasi yang belum berjalan tepat waktu. Selain itu karena masih belum semua masyarakat menyadari tentang pentingnya jaminan sosial untuk mengalihkan resiko ketika sakit merupakan salah satu penyebab masih adanya sekitar rendahnya cakupan JKN mandiri.

Selain masalah pemahaman terhadap pentingnya keikutsertaan dalam jaminan kesehatan, berdasarkan hasil interview dan evaluasi terhadap implementasi JKN, terdapat beberapa hal krusial berkaitan dengan aspek kepesertaan, antara lain: (1) Peserta PBI pusat masih hidup namun dalam keterangan P-Coverage menerangkan sudah meninggal; (2) Peserta PBI pusat dinyatakan tidak aktif; (3) adanya kepesertaan ganda; (4) Update data kepesertaan dari BPJS belum ada laporan masuk keluar kepesertaan BPJS; (5) NIK yang tercantum dalam KIS, KTP dan KK berbeda; (6) Peserta PBI yang berbeda menggunakan NIK yang sama; dan (7) Data peserta PBI belum terpisah antara PBI APBN, APBD Prov dan APBD Kota. Terkait dengan hal tersebut, maka upaya rekonsiliasi data antar instansi atau satuan kerja merupakan salah alternatif solusi yang sangat mungkin

dilakukan. Sinkronisasi dan rekonsiliasi data tersebut perlu melibatkan unsur Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, BPS, Dinas Sosial (selaku Perangkat Daerah yang mempunyai tugas dan fungsi dalam pengelolaan Basis Data Terpadu), maupun dengan melibatkan Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK) sebagai kepanjangan tangan Kementerian Sosial di tingkat kecamatan.

#### Aspek Pelayanan

Dalam upaya memenuhi target global dalam pembangunan kesehatan melalui Universal Health Coverage (UHC) aspek pelayanan merupakan salah satu aspek atau dimensi yang menjadi tolok ukur. Aspek pelayanan berkaitan dengan keberadaan lembaga dan ataupun unit kerja baik yang dikelola oleh pemerintah maupun swasta yang memberikan pelayanan JKN bagi masyarakat. Merujuk pada Rencana Aksi Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tahun 2013-2019 yang disusun oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2012, dalam pembenahan dan pengembangan pelayanan kesehatan setidaknya terdapat 7 (tujuh) parameter yang dapat dijadikan acuan yaitu: 1) pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes), 2) penguatan sistem rujukan, 3) pengembangan akreditasi fasyankes dan standar pelayanan kedokteran dalam rangka menjaga mutu pelayanan kesehatan, 4) pengembangan sumber daya manusia (SDM) kesehatan, 5) pengembangan farmasi dan alat kesehatan, 6) penyusunan standarisasi biaya dan tarif pelayanan kesehatan dan 7) penyusunan regulasi terkait. Ketujuh parameter tersebut secara garis besar dapat diintegrasikan dalam 2 (dua) parameter yaitu: (1) Sumber Daya Kesehatan, dan (2) Penyelenggara Pelayanan Kesehatan. Dalam konteks Kota Salatiga kondisi aspek pelayanan meliputi: (1) Sumber Daya Kesehatan, dan (2) Penyelenggara Pelayanan. Sumber Daya Kesehatan berkaitan dengan ketersediaan Sarana Kesehatan di Kota Salatiga yang berperan penting dalam pelayanan JKN bagi masyarakat.

**Tabel 3**  
**Sarana Kesehatan Kota Salatiga**

No.	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum	5
2	Rumah Sakit Khusus	2
3	Puskesmas Rawat Inap	1
4	Puskesmas Non Rawat Inap	5
5	Puskesmas Pembantu	22
6	Balai Pengobatan Klinik	32
7	Praktek dokter Perorangan	67
8	Praktek Pengobatan Tradisional	13
9	Unit Transfusi Daerah	1
10	Apotek	29
11	Toko Obat	2
12	Posyandu	284
13	Posbindu	24
14	Kelurahan Siaga	23

Sumber: Dinas Kesehatan, 2019 (data diolah)

Selain Sarana Kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang berperan dalam mendukung UHC. Ketersediaan tenaga kesehatan di Kota Salatiga sebagaimana tertuang dalam tabel berikut

**Tabel 4**  
**Tenaga Kesehatan Kota Salatiga**

No.	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter Spesialis	93
2	Dokter Umum	179
3	Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis	40
4	Bidan	197
5	Perawat	690
6	Perawat Gigi	25
7	Tenaga Kefarmasian	45
8	Tenaga Kesehatan Masyarakat	12
9	Tenaga Sanitasi	16
10	Tenaga Gizi	36

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Salatiga, 2019 (data diolah)

Aspek Pelayanan yang lain adalah Penyelenggara Pelayanan Kesehatan yang meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah dan swasta yang memenuhi persyaratan. Fasilitas Kesehatan yang telah melakukan kerjasama dengan BPJS Cabang Ungaran, yaitu sebanyak 38 Fasilitas Kesehatan, terdiri dari 33 (tiga puluh tiga) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), dan 5 Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) sebagaimana dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 5**  
**Daftar Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) Yang Telah Bekerjasama Dengan BPJS**

NO	FASKES	TYPE FASKE S	ALAMAT FASKES
1	RSUD	B	Jl. Osamaliki No. 19
2	RS Paru Ario Wirawan	A	Jl. Hasanudin No. 806
3	RS Dr Asmir	C	Jl. Muwardi No. 50
4	RS Puri Asih	C	Jl. Jendral Sudirman No. 169
5	BKPM	KU	Jl. Brigjend. Sudiarto No. 51
Sumber: BPJS Kesehatan Cabang Ungaran, 2019 (data diolah)			

Keberadaan aspek pelayanan tersebut dalam pelaksanaan JKN di Kota Salatiga sebagai bagian integral menuju UHC tidak dapat dilepaskan dari berbagai isu strategis yang muncul, antara lain berkaitan dengan: (1) mekanisme rujuk balik yang belum optimal, (2) Ketersediaan obat di Program Rujuk Balik (PRB) di apotik, (3) Pasien dengan penyakit kronis tidak mau direepkan ke apotik kerjasama BPJS, Kebijakan JKN berubah-ubah, (4) Adanya peraturan dari BPJS bahwa pasien rujukan harus ke Rumah Sakit type C/ D dulu baru bisa Ke RS Type B lalu Ke Rumah Sakit Type A (riwayat

penyakit bertahun-tahun sudah di Rumah Sakit Type B/A, sekarang harus ganti RS dan pasien harus memulai dari awal lagi, dan (5) Pelayanan berobat pasien ada dari luar daerah (wilayah kerja).

Terkait dengan hal tersebut, terdapat beberapa langkah yang dilakukan dalam mensikapi isu strategis tersebut, antara lain: (1) Dalam mensikapi isu strategis terkait dengan mekanisme rujuk balik yang belum optimal, maka langkah startegi yang dilakukan diawali dari FKTL, dimana FKTL harus menuliskan kondisi pasien di kolom rujuk balik untuk perawatan lebih lanjut; dan (2) Obat di Puskesmas tidak sesuai kebutuhan, untuk obat yang diresepkan FKTL yang tidak tersedia maka pasien diberikan surat pernyataan pengambilan obat di apotik PRB, atau di luar apotik PRB dengan biaya sendiri.

Selain itu dari aspek pelayanan yang menjadi fokus perhatian adalah dengan bertambahnya jumlah peserta JKN juga diimbangi dengan jumlah fasilitas kesehatan (faskes) yang tersedia. BPJS Kesehatan Cabang Ungaran sudah bekerja sama dengan 33 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 5 Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL).

Bagi peserta PBI JKN untuk manfaat pelayanan JKN di ruang perawatan kelas III, sehingga apabila menghendaki di kelas yang lebih tinggi (kelas II atau kelas I) maka menjadi beban dan tanggungjawab peserta PBI JKN. Namun bila terjadi hal yang demikian, maka status sebagai PBI perlu dipertimbangkan kembali, karena dianggap mempunyai kemampuan untuk membayar. Selain fasilitas kesehatan tentunya aspek pelayanan juga mencakup kapasitas dari tenaga kesehatan atau SDM yang memberikan pelayanan, sehingga perlu adanya peningkatan kapasitas bagi tenaga kesehatan, baik tenaga medik maupun paramedik.

#### Aspek Pembiayaan

Aspek pembiayaan berkaitan erat dengan mekanisme perencanaan penganggaran di Kota Salatiga maupun kapasitas fiskal Kota Salatiga, termasuk didalamnya alokasi anggaran untuk urusan kesehatan. Pengelolaan Keuangan Daerah

Kota Salatiga dilaksanakan dalam suatu sistem terintegrasi diwujudkan dalam APBD yang setiap tahun ditetapkan dengan Peraturan Daerah. APBD merupakan instrumen yang berfungsi untuk menciptakan disiplin dalam proses pengambilan keputusan terkait dengan kebijakan pendapatan maupun belanja daerah. Struktur APBD Kota Salatiga terdiri dari Pendapatan Daerah, Belanja Daerah dan Pembiayaan Daerah.

Tahun 2018 jumlah anggaran kesehatan (Dinas Kesehatan dan RSUD) Kota Salatiga sebesar Rp. 302.853.581.000,- Tahun 2017 sebesar Rp.252.565.810.908,- Dibandingkan dengan tahun 2017, terjadi peningkatan anggaran. Anggaran tersebut bersumber dari dana APBD Kota Salatiga, APBD Propinsi, APBN (DAK dan DBHCHT). Total anggaran APBD tahun 2018 sebesar Rp. 1.187.171.790.000,-. Persentase APBD kesehatan terhadap APBD Kota sebesar 21,61%. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan dan RSUD, persentase total APBD kesehatan Kota Salatiga terhadap total APBD tahun 2018 sebesar 21,61%. Sedangkan pada tahun 2019 total anggaran kesehatan sebesar Rp.256.678.823.000,- atau sekitar 22% dari total APBD. Dengan demikian terdapat peningkatan alokasi anggaran kesehatan dari tahun 2018 sebesar 21,6% menjadi 22% pada tahun 2019. Peningkatan alokasi anggaran ini menjadi salah satu parameter komitmen Pemerintah Kota Salatiga sebagai manifestasi kehadiran negara dalam menjamin hak dasar masyarakat di bidang kesehatan.

#### **Analisis Strategi Kota Salatiga menuju *Universal Health Coverage* (UHC)**

Adanya keterbatasan kemampuan keuangan daerah merupakan salah satu tantangan dalam usaha untuk mencapai jaminan kesehatan semesta. Tantangan lain yang perlu dicari jalan keluarnya adalah kepastian hukum bagi rencana integrasi pemanfaat SPM ke dalam BPJS Kesehatan. Suharto (2008) menyatakan bahwa para pembuat kebijakan harus sudah mempersiapkan strategi implementasi sejak awal sebuah kebijakan dirumuskan. Hal ini senada dengan pendapat Anderson dan Zainal (2006) dalam Rewansyah (2010) yang

memasukkan aspek regulasi dalam salah satu ciri yang melengkapi konsep kebijakan publik yaitu, public policy is based on law and is authoritative, kebijakan didasarkan pada hukum, karena itu memiliki kewenangan untuk memaksa masyarakat untuk mematuhi. (8. Buku Kebijakan Publik.Pdf, n.d.).

Strategi Kota Salatiga dalam menuju Universal Health Coverage (UHC) merupakan langkah nyata Pemerintah Kota Salatiga dalam menjamin keamanan kesehatan masyarakatnya sebagai bagian yang tak terpisahkan dari upaya perlindungan hak asasi manusia, khususnya perlindungan sosial, terutama perlindungan hak atas kesehatan.

Dasar langkah strategis yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Salatiga terkait dengan upaya menuju Universal Health Coverage (UHC) ditandai dengan penerbitan 2 (dua) kebijakan di tingkat Kota Salatiga, yaitu Peraturan Walikota Salatiga Nomor 72 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Salatiga (Universal Health Coverage), dan Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk Mencapai *Universal Health Coverage* di Kota Salatiga.

Merujuk pada kebijakan tentang UHC di Kota Salatiga, secara garis besar terdapat 4 (empat) rumusan strategi yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Salatiga untuk menuju Universal Health Coverage (UHC) sebagai berikut:

1. Meningkatkan Cakupan kepesertaan, selanjutnya dalam rangka menuju Universal Health Coverage (UHC), terkait dengan kepesertaan merujuk pada Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional untuk Mencapai Universal Health Coverage di Kota Salatiga, kepesertaan di Kota Salatiga terdiri atas:

- Penduduk daerah yang belum memiliki jaminan kesehatan, yang memenuhi kriteria miskin.

- Penduduk daerah yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, termasuk didalamnya: Penduduk daerah kategori penyandang kesejahteraan sosial yang telah didaftarkan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI), Penduduk Daerah yang terdampak Pemutusan Hubungan Kerja (PHK), Penduduk daerah penyandang disabilitas, dan Penduduk Daerah Peserta BPJS kategori Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) yang menunggak iuran Jaminan Kesehatan serta memenuhi kriteria miskin dan/tidak mampu.
2. Peningkatan kualitas layanan kesehatan. Peningkatan kualitas layanan kesehatan dilakukan dengan meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, maupun obat-obatan. Selain itu peningkatan kualitas layanan kesehatan dilaksanakan dengan mempertimbangkan beberapa ketentuan sebagai berikut:
    - Pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap di FKTP dan FKRTL yang bekerja sama dengan Pemerintah Daerah
    - Pelayanan rawat inap kelas III, dan
    - Jenis layanan yang ditanggung dan tidak ditanggung pada Program JKMS dengan klaim Pemerintah Daerah dituangkan dalam perjanjian kerjasama antara Pemerintah Daerah dan FKTP atau FKRTL
  3. Peningkatan kualitas sumber manusia di bidang kesehatan, dilakukan dengan meningkatkan kapasitas sumber daya manusia kesehatan, baik tenaga medis dan paramedis.
  4. Meningkatkan koordinasi dan peran serta lintas stakeholder, dilakukan dengan mewujudkan sinergitas peran lintas sektor baik Pemerintah Daerah, Istanis Pemerintah Pusat di daerah (instansi vertikal), swasta, dan masyarakat.
- Strategi Pertama, Meningkatkan cakupan kepesertaan dilakukan secara nyata dengan memperluas akses masyarakat

rentan/marginal untuk mendapatkan Jaminan Kesehatan, sebagaimana tertuang dalam Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional untuk Mencapai *Universal Health Coverage* di Kota Salatiga. Langkah riil tersebut dilakukan dengan memperluas akses bagi Penduduk daerah yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, termasuk didalamnya: Penduduk daerah kategori penyandang kesejahteraan sosial yang telah didaftarkan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI), Penduduk Daerah yang terdampak Pemutusan Hubungan Kerja (PHK), Penduduk daerah penyandang disabilitas, dan Penduduk Daerah Peserta BPJS kategori Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) yang menunggak iuran Jaminan Kesehatan serta memenuhi kriteria miskin dan/tidak mampu.

Penyelenggaraan pengelolaan data kepesertaan bertujuan untuk meningkatkan pencapaian target *Universal Health Coverage* (UHC), meskipun implementasinya pada tahun 2019 belum dapat mencapai UHC sebesar 95%. Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan Cabang Ungaran tahun 2020, *Universal Health Coverage* (UHC) Kota Salatiga Tahun 2019 sebesar, berdasarkan data per Desember 2019 UHC pada tahun 2019 sebesar 89,30% (BPJS Kesehatan Cabang Ungaran, 2020).

Peran Pemerintah Daerah sangat penting dalam penyelenggaraan program JKN. Bukan hanya berperan menyediakan sarana prasarana kesehatan serta SDM bidang kesehatan, tetapi juga mendaftarkan seluruh warganya dalam program JKN. Untuk mendukung program pemerintah, bahwa seluruh penduduk Indonesia ditargetkan telah terdaftar sebagai peserta JKN paling lambat 1 Januari 2019, Pemerintah Kota Salatiga telah menetapkan kebijakan yang dituangkan dalam Keputusan Walikota Salatiga nomor 460/610/2017 tertanggal 30 Nopember 2017 tentang Roadmap Pengintegrasian Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Fakir Miskin dan Tidak Mampu Menuju Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) Kota Salatiga, dengan tahapan : (1) Tahap I pada tahun 2017 sejumlah 19.000 peserta, (2) Tahap II pada

tahun 2018 sejumlah 23.345 peserta, dan (3) Tahap III pada tahun 2019 sejumlah 25.000 peserta (Dinas Kesehatan, 2018). Dan menunjuk Kepala Dinas Sosial untuk melakukan verifikasi dan validasi data kepesertaan PBI secara bertahap berkoordinasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Ungaran (Dinas Kesehatan, 2018).

Strategi Kedua, Peningkatan kualitas layanan kesehatan dilakukan dengan meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, maupun obat-obatan. Strategi Ketiga, Peningkatan kualitas sumber manusia di bidang kesehatan, dimaknai sebagai peningkatan kualitas maupun kapasitas sumberdaya manusia di bidang kesehatan. Peningkatan kualitas dan kuantitas tersebut untuk tenaga medis maupun paramedis.

Sedangkan Strategi Keempat, Meningkatkan koordinasi dan peran serta lintas stakeholder, dilakukan dengan melibatkan peran lintas sektor/stakeholder, terutama dalam proses pendataan calon peserta. Dalam proses pendataan dimungkinkan adanya perubahan kepesertaan (penghapusan dan penambahan) yang dilaksanakan oleh Dinas Sosial dan BPJS Kesehatan.

Terkait dengan Universal Health Coverage (UHC), Pemerintah Kota Salatiga sejatinya dalam kurun waktu 2018-2019 telah melakukan berbagai langkah nyata. Dalam kaitan Strategi Pertama, meningkatkan cakupan kepesertaan hal tersebut telah dilakukan dengan berbagai cara antara lain secara kontinyu melakukan verifikasi dan validasi (verval) Basis Data Terpadu yang dilakukan oleh Kementerian Sosial di tingkat Pusat dan Dinas Sosial di kabupaten/kota termasuk Kota Salatiga. Hasil verifikasi dan validasi yang rutin dilakukan 2 (dua) kali oleh Dinas Sosial ini yang dijadikan referensi dalam penentuan sasaran dalam Jaminan Kesehatan Nasional.

Dalam aspek peningkatan kualitas pelayanan dilakukan dengan perluasan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, maupun obat-obatan. Selain itu peningkatan kualitas layanan kesehatan dilaksanakan dengan memperluas akses pelayanan

kesehatan rawat jalan dan rawat inap di FKTP dan FKRTL yang bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.

Peningkatan kualitas sumberdaya manusia kesehatan, baik tenaga medis dan paramedis merupakan salah satu strategi yang dilakukan dalam meningkatkan Universal Health Coverage (UHC). Tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat memiliki peran yang penting dalam percepatan pembangunan kesehatan. Berdasarkan data tahun 2018 jumlah tenaga medis sebanyak 319 orang yang terdiri dari 112 dokter spesialis, 7 dokter spesialis gigi, 157 dokter umum, 43 dokter gigi. Rasio tenaga dokter spesialis tahun 2018 di Kota Salatiga sebanyak 57,91 per 100.000 penduduk untuk tenaga dokter umum sebesar 81,18 per 100.000 penduduk. Sedangkan rasio untuk dokter gigi sebesar 22,2 per 100.000 penduduk dan dokter gigi spesialis sebesar 3,6 per 100.000 penduduk (Dinas Kesehatan Kota Salatiga, 2009).

Sedangkan tenaga keperawatan yang terdiri dari tenaga perawat, perawat gigi dan bidan. Jumlah tenaga keperawatan di Kota Salatiga tahun 2018 yaitu sebanyak 697 perawat, 23 perawat gigi dan 191 bidan. Rasio tenaga perawat sebesar 360,42 per 100.000 penduduk, perawat gigi 11,89 per 100.000 penduduk dan 98,77 per 100.000 penduduk untuk tenaga bidan (Dinas Kesehatan Kota Salatiga, 2019).

Dalam strategi penguatan peran lintas sektor, Pemerintah Kota Salatiga telah melakukan koordinasi secara intensif dengan BPJS Kesehatan, melalui Perangkat Daerah yang ada di lingkup Kota Salatiga, antara lain Dinas Kesehatan, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil, Dinas Sosial, maupun UPT Dinas Kesehatan, baik RSUD maupun Puskesmas. Koordinasi lintas sektor tersebut diwadahi dalam bentuk Tim Koordinasi (Dinas Kesehatan, 2019).

Terkait dengan pendekatan Human Security khususnya Keamanan Kesehatan (*Health Security*), kebijakan dna strategi yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Salatiga merupakan pbentuk riil dalam melindungi warga atau masyarakat Kota Salatiga dari ancaman kronis, termasuk

penyakit. Hal ini sejalan dengan aspek pertama dari Konsep Keamanan Kesehatan, yaitu kebebasan dari ancaman kronis, seperti kelaparan, penyakit, dan represi. Selanjutnya aspek Kedua, perlindungan dari gangguan secara tiba-tiba dalam keseharian masyarakat, dalam konteks kebijakan dan strategi Kota Salatiga diimplementasikan melalui upaya perluasan cakupan kepesertaan, termasuk bagi mereka yang secara tiba-tiba karena kondisi tertentu memerlukan peran lebih dari negara (melalui Pemerintah Kota Salatiga sebagai manifestasi negara), misal Penduduk daerah yang belum memiliki jaminan kesehatan, yang memenuhi kriteria miskin; dan Penduduk daerah yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, termasuk didalamnya Penduduk daerah kategori penyandang kesejahteraan sosial yang telah didaftarkan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI), Penduduk Daerah yang terdampak Pemutusan Hubungan Kerja (PHK), Penduduk daerah penyandang disabilitas, dan Penduduk Daerah Peserta BPJS kategori Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) yang menunggak iuran Jaminan Kesehatan serta memenuhi kriteria miskin dan/tidak mampu.

Dalam perspektif keterkaitan antara jaminan keamanan kesehatan (health security) dengan hak asasi manusia, maka hal tersebut merupakan langkah nyata Pemerintah Kota Salatiga sebagai manifestasi negara yang memiliki kewajiban untuk melindungi hak-hak kesehatan warganya, dimana setiap warga negara (masyarakat Kota Salatiga) memiliki hak atas kesehatan, hak atas perlindungan dan pelayanan kesehatan yang komprehensif untuk seluruh masyarakat tanpa kecuali.

Selanjutnya apabila dikaitkan dengan gagasan Locke terkait peran negara sebagai hasil perjanjian masyarakat dengan tujuan membentuk aturan untuk melindungi hak-hak alamiah para individu didalamnya, maka Pemerintah Kota Salatiga sebagai wujud kehadiran negara Indonesia dalam upaya pencapaian Universal Health Coverage (UHC) telah menyusun Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMN) Tahun Kota Salatiga Tahun 2017-

2022 yang memprioritaskan peningkatan kualitas layanan kesehatan, khususnya upaya mewujudkan Universal Health Coverage (UHC).

Selain itu terkait dengan gagasan Locke tersebut, secara khusus, Pemerintah Kota Salatiga juga telah menerbitkan sejumlah produk hukum baik berupa peraturan walikota maupun keputusan walikota yang diawali pada tahun 2017 dengan Keputusan Walikota Salatiga Nomor 460/610/2017 tertanggal 30 Nopember 2017 tentang Roadmap Pengintegrasian Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Fakir Miskin dan Tidak Mampu Menuju Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) Kota Salatiga. Selanjutnya diterbitkan Peraturan Walikota Salatiga Nomor 72 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Salatiga (Universal Health Coverage), dan terakhir awal tahun 2020 menerbitkan Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020 tentang Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC) di Kota Salatiga.

Selanjutnya, seturut dengan tugas negara yang ketiga menurut Locke, bahwa negara bertugas untuk menjalin relasi dengan berbagai pihak eksternal yang memiliki kaitan dengan negara tersebut (federative), Kota Salatiga sebagai manifestasi Negara telah melakukan berbagai aktifitas koordinasi dan kerjasama dengan lintas sektor, baik swasta, masyarakat maupun instansi vertikal. Koordinasi dilakukan dalam berbagai bentuk antara lain dalam uji publik saat penyusunan Peraturan Walikota Salatiga Nomor 72 Tahun 2018 maupun Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020, bahkan proses uji publik dengan melibatkan lintas sektor juga dilakukan pada tahun 2017 saat penyusunan Roadmap Pengintegrasian Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Fakir Miskin dan Tidak Mampu Menuju Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) Kota Salatiga (Dinas Kesehatan, 2020).

Selain dalam proses penyusunan kebijakan publik dimaksud, proses relasi dan koordinasi lintas sektor juga dilakukan saat proses verifikasi dan validasi data kepesertaan, antara lain: (1) dilakukan saat verifikasi dan validasi basis data terpadu yang dilakukan Dinas Sosial Kota Salatiga dengan melibatkan masyarakat dan aparat kelurahan, (2) verifikasi data antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil terkait dengan status administrasi kependudukan kepesertaan, (3) validasi antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan dan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan lainnya terkait dengan mekanisme pembiayaan dan klaim peserta. Hal-hal tersebut merupakan bukti relevansi pendapat John Locke tentang tugas ketiga negara dalam upaya menuju Universal Health Coverage (UHC) di Kota Salatiga. Tugas Pemerintah Kota Salatiga untuk menjalin dengan pihak eksternal Pemerintah Kota Salatiga juga nampak dari skema pembiayaan Jaminan Kesehatan, dimana dalam upaya mencapai Universal Health Coverage (UHC) pembiayaan tidak hanya melalui APBD Kota Salatiga akan tetapi juga dari Non APBD, seperti Dana Bagi Hasil Cukai dan Tembakau (DBHCHT) dan Dana Alokasi Umum (DAU).

### **C. Kesimpulan dan Saran**

#### **Kesimpulan**

Merujuk ada pendekatan human security, khususnya dalam aspek health security, upaya Pemerintah Kota Salatiga dalam menuju Universal Health Coverage (UHC) merupakan bentuk riil dari upaya memberikan jaminan keamanan terhadap kesehatan masyarakatnya, yang secara riil dituangkan dalam kebijakan berupa Peraturan Walikota Salatiga Nomor 72 Tahun 2018 dan Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020. Pendekatan human security, khususnya health security ini juga merupakan salah satu bentuk upaya perlindungan hak asasi manusia, khususnya kesehatan. Dalam konteks inilah terdapat keterkaitan dengan kedua aspek dalam konsep Keamanan Kesehatan (Health Security), yaitu Pertama, kebebasan dari ancaman kronis, seperti kelaparan, penyakit, dan represi. Kedua, perlindungan dari

gangguan secara tiba-tiba dalam keseharian masyarakat.

Selanjutnya merujuk pada Teori tentang Hak Asasi Manusia (HAM) yang dikemukakan oleh John Locke, dapat ditarik kesimpulan bahwa Pemerintah Kota Salatiga telah berkomitmen dalam upaya menjamin hak kesehatan warganya melalui upaya yang dilakukan dengan penerbitan Peraturan Walikota Salatiga Nomor 72 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Salatiga (Universal Health Coverage), dan terakhir awal tahun 2020 menerbitkan Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020 tentang Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC) di Kota Salatiga.

Selain itu upaya Pemerintah Kota Salatiga untuk menjamin keamanan kesehatan individu (health security) maupun jaminan terhadap perlindungan hak kesehatan warga negara melalui Universal Health Coverage (UHC) dilakukan melalui 4 (empat) strategi. Strategi Pertama, Meningkatkan Cakupan kepesertaan, selanjutnya dalam rangka menuju Universal Health Coverage (UHC), terkait dengan kepesertaan merujuk pada Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional untuk Mencapai Universal Health Coverage di Kota Salatiga, kepesertaan di Kota Salatiga terdiri atas: a. Penduduk daerah yang belum memiliki jaminan kesehatan, yang memenuhi kriteria miskin. b. Penduduk daerah yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, termasuk didalamnya: Penduduk daerah kategori penyandang kesejahteraan sosial yang telah didaftarkan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI), Penduduk Daerah yang terdampak Pemutusan Hubungan Kerja (PHK), Penduduk daerah penyandang disabilitas, dan Penduduk Daerah Peserta BPJS kategori Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) yang menunggak iuran Jaminan Kesehatan serta memenuhi kriteria miskin dan/tidak mampu.

Strategi Kedua, Peningkatan kualitas layanan kesehatan. Peningkatan kualitas layanan kesehatan dilakukan dengan meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, maupun obat-obatan. Selain itu peningkatan kualitas layanan kesehatan dilaksanakan dengan

mempertimbangkan beberapa ketentuan sebagai berikut: Pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap di FKTP dan FKRTL yang bekerja sama dengan Pemerintah Daerah, Pelayanan rawat inap kelas III, dan Jenis layanan yang ditanggung dan tidak ditanggung pada Program JKMS dengan klaim Pemerintah Daerah dituangkan dalam perjanjian kerjasama antara Pemerintah Daerah dan FKTP atau FKRTL.

Strategi Ketiga, Peningkatan kualitas sumber manusia di bidang kesehatan, dilakukan dengan meningkatkan kapasitas sumber daya manusia kesehatan, baik tenaga medis dan paramedis. Strategi Keempat, Meningkatkan koordinasi dan peran serta lintas stakeholder, dilakukan dengan mewujudkan sinergitas peran lintas sektor baik Pemerintah Daerah, Istanis Pemerintah Pusat di daerah (instansi vertikal), swasta, dan masyarakat. Koordinasi dilakukan dalam berbagai bentuk antara lain dalam uji publik saat penyusunan Peraturan Walikota Salatiga Nomor 72 Tahun 2018 maupun Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020, bahkan proses uji publik dengan melibatkan lintas sektor juga dilakukan pada tahun 2017 saat penyusunan Roadmap Pengintegrasian Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Fakir Miskin dan Tidak Mampu Menuju Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) Kota Salatiga.

Selain itu strategi keempat juga dimanifestasikan saat proses verifikasi dan validasi data kepesertaan, antara lain: (1) dilakukan saat verifikasi dan validasi basis data terpadu yang dilakukan Dinas Sosial Kota Salatiga dengan melibatkan masyarakat dan aparat kelurahan, (2) verifikasi data antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil terkait dengan status administrasi kependudukan kepesertaan, (3) validasi antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan dan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan lainnya terkait dengan mekanisme pembiayaan dan klaim peserta.

#### **Rekomendasi/Saran**

Untuk menjamin keamanan kesehatan individu (health security) maupun jaminan terhadap perlindungan hak kesehatan warga negara melalui Universal Health Coverage (UHC) 4 (empat) strategi rekomendasi :

1. Meningkatkan Cakupan kepesertaan
2. Peningkatan kualitas layanan kesehatan

3. Peningkatan kualitas sumber manusia di bidang kesehatan

#### **DAFTAR PUSTAKA**

##### **Buku-buku:**

Afandi, D. (2008). *Hak Atas Kesehatan Dalam Perspektif HAM. . .* ISSN, 14.

Aldis, W. (2008). *Health security as a public health concept: A critical analysis. Health Policy and Planning*, 23, 369–375.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czn030>

Cescr.pdf. (n.d.). Retrieved May 24, 2020, from

<https://www.ohchr.org/Document/s/ProfessionalInterest/cescr.pdf>

David Schmidt, Robert E. Goodin—*Social Welfare and Individual Responsibility (For and Against)*-Cambridge University Press (1998).pdf. (n.d.).

DEKLARASI UNIVERSAL HAK ASASI MANUSIA. (n.d.). Ebook BAHAN PAPAN JKN DALAM SJSN.pdf. (n.d.). Retrieved May 24, 2020, from

<http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduh/Ebook%20BAHAN%20PAPAN%20JKN%20DALAM%20SJSN.pdf>

Effendi, H. A. M., & Effendi, H. A. M. (1994). *Dimensi dinamika hak asasi manusia: Dalam hukum nasional dan internasional / H.A. Masyhur Effendi.*

HAK ASASI MANUSIA, *Dimensi Dinamika Hak Asasi Manusia : Dalam Hukum Nasional Dan Internasional / H.A. Masyhur Effendi*, 1994(1994), 1–99. <https://doi.org/1994>

Gambaran umum Universal Health Coverage (UHC). (n.d.). Retrieved May 24, 2020, from <https://manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php/88-reportase/933-gambaran-umum-universal-health-coverage-uhc>

(*Health at a glance\_ Asia Pacific*) OECD - *Measuring progress towards universal health coverage-OECD Publishing (2014).pdf.* (n.d.).

Hukormas, D. of. (n.d.). *The Strategic Plan of*

- The Ministry of Health of The Year 2015-2019 | Directorate General of Pharmaceutical and Medical Devices | Ministry of Health RI. Retrieved May 24, 2020, from <http://farmalkes.kemkes.go.id/en/2015/01/rencana-strategis-kementerian-kesehatan-tahun-2015-2019/>*
- Jaminan Kesehatan Indonesia—BPJS Kesehatan.** (n.d.). Retrieved January 8, 2020, from <http://jkn.jamsosindonesia.com/to-pik/detail/uhc-dan-gerakan-health-for-all--1948---2030#.XhVOrntS-00>
- Locke John—Essay Concerning Human Understanding.pdf.** (n.d.). Narasi RPJMN IV 2020-2024\_Revisi 28 Juni 2019.pdf. (n.d.).
- Perda\_2018\_01.pdf.** (n.d.). Retrieved May 24, 2020, from [https://jdih.salatiga.go.id/berkas/perda\\_2018\\_01.pdf](https://jdih.salatiga.go.id/berkas/perda_2018_01.pdf)
- Price-Smith, A. T. (2002). The health of nations: Infectious disease, environmental change, and their effects on national security and development.** MIT Press.
- Rushton, S., & Youde, J. R. (Eds.). (2015). Routledge handbook of global health security.** Routledge, Taylor & Francis Group.
- Soedirham, O. (n.d.). HIV/AIDS SEBAGAI ISU HUMAN SECURITY. 1, 11.**
- UNDANG.** (n.d.). Retrieved May 24, 2020, from <https://jdih.kemenkeu.go.id/fulltext/2009/36TAHUN2009UU.htm>
- UU No.39 Thn 1999—HAK ASASI MANUSIA (HAM).** (n.d.). Retrieved May 24, 2020, from [http://hukum.unsrat.ac.id/uu/uu\\_39\\_99.htm](http://hukum.unsrat.ac.id/uu/uu_39_99.htm)
- Zuraidah, S., & Kes, M. (n.d.). KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA SALATIGA., 192.**
- Laporan BAPPEDA Kota Salatiga, 2019, Rencana Aksi Daerah Sustainable Development Goals (SDGs) Kota Salatiga Tahun 2019-2022, BAPPEDA Kota Salatiga, Salatiga.**
- BAPPEDA Kota Salatiga, 2018, Monitoring dan Evaluasi JKN Kota Salatiga Tahun 2017, BAPPEDA Kota Salatiga, Salatiga.**
- BAPPEDA Kota Salatiga, 2019, Monitoring dan Evaluasi JKN Kota Salatiga Tahun 2018, BAPPEDA Kota Salatiga, Salatiga.**
- BPJS Kesehatan Cabang Ungaran, 2020, Laporan Pelaksanaan JKN Kota Salatiga Tahun 2019**
- Dinas Kesehatan Kota Salatiga, 2020, Profil Kesehatan Kota Salatiga Tahun 2019, Dinas Kesehatan Kota Salatiga, Salatiga.**
- Dinas Kesehatan Kota Salatiga, 2019, Profil Kesehatan Kota Salatiga Tahun 2018, Dinas Kesehatan Kota Salatiga, Salatiga.**
- Dinas Kesehatan Kota Salatiga, 2018, Profil Kesehatan Kota Salatiga Tahun 2017, Dinas Kesehatan Kota Salatiga, Salatiga.**
- United Nation Development Programme (UNDP), 1994, Human Development Report 1994, United Nations Development Programme, New York.**
- Peraturan Perundang-undangan/Konvensi Universal Declaration of Human Right (UDHR) 1948**
- Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia**
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)**
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah**
- Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan**
- Peraturan Presiden RI Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan**
- Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2015-2019**
- Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024**
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan**

*Kesehatan Nasional*

*Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/422/2017*

*tentang Kementerian Kesehatan RI, 2017, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015-2019 (Revisi I Tahun 2017), Kemenkes RI, Jakarta*

*Peraturan Daerah Kota Salatiga Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Pemerintah Kota Salatiga Tahun 2017-2022*

*Peraturan Walikota Salatiga Nomor 72 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Salatiga (Universal Health Coverage)*

*Peraturan Walikota Salatiga Nomor 1 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC) di Kota Salatiga*

*Keputusan Walikota Salatiga Nomor 460/610/2017 tertanggal 30 Nopember 2017 tentang Roadmap Pengintegrasian Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Fakir Miskin dan Tidak Mampu Menuju Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) Kota Salatiga.*

*Hasil FGD/Koordinasi Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kota Salatiga tanggal 23 Januari 2020, dan 11 Maret 2020*