

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN ACEH (JKA)
(STUDI PENELITIAN DI WILAYAH DINAS KESEHATAN
KABUPATEN ACEH UTARA)**



**TAPM Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Sains Dalam Ilmu Administrasi
Bidang Minat Administrasi Publik**

Disusun Oleh :

CUT ZULLINDA

NIM: 015979952

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2014**

ABSTRAK

Implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) (Studi Penelitian di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara)

Cut Zullinda

Email : czullinda@yahoo.co.id

Kata Kunci: Implementasi, Program, Jaminan Kesehatan

Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) merupakan wujud komitmen Pemerintah Aceh untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada penduduk Aceh. Sasarannya seluruh penduduk yang memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan atau yang namanya tercantum dalam Kartu Keluarga (KK) Aceh. Untuk standarisasi pelayanan, berdasarkan ketentuan Pasal 43 Qanun Aceh Nomor 4 Tahun 2010 tentang Kesehatan, Gubernur Aceh menetapkan Surat Keputusan Nomor 420/483/2010 tanggal 3 Agustus 2010, dikuatkan dengan Peraturan Gubernur Aceh Nomor 56 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan JKA, sebagai *guidebook* bagi seluruh *stakeholder* di Aceh dan di seluruh tanah air. Tahun 2014 JKA diubah menjadi Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh (JKRA) dan diintegrasikan ke dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Penelitian ini untuk mendeskripsikan implementasi Program JKA bagi penduduk Aceh, terutama Aceh Utara. Awalnya pelayanan kesehatan tidak optimal ketika diberlakukannya program JKA. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi Program JKA di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasinya.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *kualitatif* dengan metode *deskriptif*. Prosedur pengumpulan data yang digunakan studi kepustakaan, wawancara mendalam, dan observasi. Analisis data dilakukan dengan reduksi data, penyajian data, serta pengambilan kesimpulan dan verifikasi. Objek penelitian adalah para pihak dan instansi yang terkait dengan implementasi Program JKA di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara.

Hasil penelitian implementasi Program JKA dari *aspek kepesertaan*; penduduk yang tidak terserap ke Jamkesmas dan Askes semua dimasukkan dalam program JKA. *Aspek akses*; persentase penduduk yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat terlihat dari jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara tahun 2013 yaitu 72,44 persen. Dari persentase tersebut 0,69 persen kunjungan rawat inap selebihnya adalah rawat jalan. *Aspek prosedur pelayanan*; mekanisme pelayanan JKA baik pada pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan lanjutan belum optimal diimplementasikan. *Aspek pendanaan*; pendanaan telah memadai. Setiap kecamatan memperoleh dana JKA sesuai dengan jumlah penduduknya. Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi yaitu *faktor komunikasi*; antara pihak rumah sakit, dinas kesehatan dan pemerintah setempat dalam implementasi program JKA berjalan lancar. *Faktor sumber daya*; ketersediaan tenaga kesehatan dari segi kualitas sumber daya manusia masih rendah, *faktor disposisi atau sikap*; pasien rawat inap peserta JKA mempunyai pendapat yang baik terhadap daya tanggap petugas. *Faktor struktur birokrasi*; telah sesuai dengan peraturan dan kebutuhan.

ABSTRACT

Implementation of Health Insurance of Aceh Program (JKA)
(Studies Research in the Region of North Aceh District Health Office)

Cut Zullinda

Email : czullinda@yahoo.co.id

Keywords: Implementation, Program, Health Insurance

The Government of Aceh (GoA) commits to provide optimal health care to the people of Aceh through Health Insurance of Aceh (JKA) Program. It proposes the entire population who has identity cards (KTP) and or named in the Family Card (KK) of Aceh Province. The GoA standardizes the services under the provisions of Article 43 of the Qanun Aceh No. 4 of 2010 on Health. Then the Governor of Aceh sets Decree No. 420/483/2010 dated August 3, 2010, corroborated by Aceh Governor Regulation No. 56 Year 2011 on Guidelines for the Implementation of the JKA, a Guidebook for all stakeholders in Aceh and throughout the country. In 2014, the term of JKA was changed to the People of Aceh Health Insurance (JKRA) and integrated into the National Health Insurance Program (JKN) through the Social Security Agency (BPJS).

This study was to describe the implementation of the JKA for the Acehnese, especially in North Aceh. Initially, health care is not optimal when the implementation of the program JKA. The purpose of this study was to analyze the implementation of the JKA in the region of North Aceh District Health Office and the factors that affect the implementation.

This study used a qualitative approach with descriptive methods. Data collection procedures used literature study, interviews, and observations. Data analysis was performed with data reduction, data presentation, and making conclusions and verification. The object of research is the parties and institutions associated with the implementation of the JKA in the area of North Aceh District Health Office.

The results of the study from the *aspect of JKA's membership*; population that is not absorbed into JAMKESMAS and health insurance all included in the program JKA. *Aspects of access*; the percentage of people who use health services can be seen from the number of outpatient visits and hospitalizations in North Aceh district health center in 2013 is 72.44 percent. The percentage of 0.69 percent of inpatient visits are outpatient rest. *Aspects of service procedures*; mechanisms JKA services in primary health care and advanced health services have not been optimally implemented. *Financing aspects*; adequate funding. Each sub-district JKA obtain funds in proportion to population. Factors that affect the implementation of the *communication factor*; between the hospitals, health authorities and local authorities in the implementation of the program JKA running smoothly. *Resource factors*; availability of adequate human resource of health in terms of quality is still low. *Disposition or attitude factors*; JKA inpatients participants have a good opinion of the officers responsiveness. *Factor of structure of the bureaucracy*; accordance with regulations and requirements.

**LEMBAR PERSETUJUAN TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER
(TAPM)**


Judul TAPM : IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN ACEH (JKA) (STUDI
PENELITIAN DI WILAYAH DINAS
KESEHATAN KABUPATEN ACEH UTARA)


Penyusun TAPM : Cut Zullinda
NIM : 015979952
Program Studi : Ilmu Administrasi Bidang Minat Administrasi Publik
Hari/Tanggal : Sabtu, 22 November 2014

Menyetujui,

Pembimbing I,

Pembimbing II,

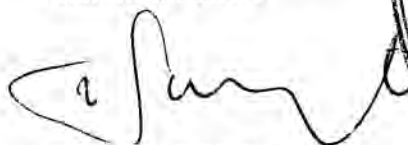

Dr. Saleh Syafei, S.H. M.Si
NIP. 19610819 198903 1 003



Dr. Lina Warlina, M.Ed
NIP. 19610107 198601 2 001

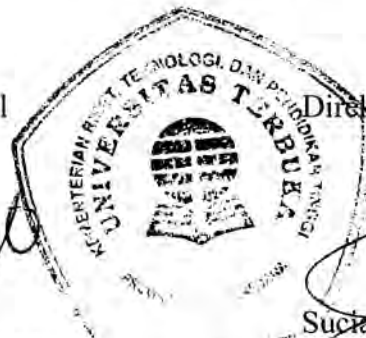
Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu Sosial
dan Ilmu Politik

Direktur Program Pascasarjana


Dr. Darmanto, M.Ed
NIP. 195910271986031003


Suciaty, M.Sc., Ph.D
NIP. 19600410 198903 2 001



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
ILMU ADMINISTRASI
BIDANG MINAT ADMINISTRASI PUBLIK**

PENGESAHAN

Nama : Cut Zullinda
 NIM : 015979952
 Program Studi : Ilmu Administrasi Bidang M inat Administrasi Publik
 Judul Tesis : Implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA)
 (Studi Penelitian di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten
 Aceh Utara)
 Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Penguji Tesis Program
 Pascasarjana, Program Studi Administrasi Publik, Universitas terbuka pada:
 Hari/Tanggal : Jum'at/21 November 2014
 Waktu : 14.15 – 15.15 WIB
 dan telah dinyatakan **LULUS**

PANITIA PENGUJI TAPM

1. **Ketua Komisi Penguji**
Drs. Enang Rusyana, M.Pd.
2. **Penguji Ahli**
Prof. Dr. Aries Djaenuri, MA
3. **Penguji I/Pembimbing I**
Dr. Saleh Syafei, S.H., M.Si
4. **Penguji II/Pembimbing II**
Dr. Lina Warlina, M.Ed



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
ILMU ADMINISTRASI
BIDANG MINAT ADMINISTRASI PUBLIK**

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul Implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) (Studi Penelitian di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara) adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Banda Aceh, 20 November 2014

Yang Menyatakan,



Cut Zullinda
NIM: 015979952

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya dapat menyelesaikan penulisan TAPM (Tesis) ini. Penulisan TAPM ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains Program Pascasarjana Universitas Terbuka. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari mulai perkuliahan sampai pada penulisan penyusunan TAPM ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan TAPM ini.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghormatan yang setinggi-tinggi kepada:

- (1) Prof. Ir. Tian Belawati, M.Ed., Ph.D., Rektor Universitas terbuka;
- (2) Suciati, M.Sc. Ph.D., Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka;
- (3) Drs. Enang Rusyana, M.Pd., Kepala UPBJJ-UT Banda Aceh selaku penyelenggara Program Pascasarjana;
- (4) Dr. Saleh Syafei, S.H., M.Si Pembimbing I dan Dr. Lina Warlina, M.Ed Pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan TAPM ini;
- (5) Florentina Ratih Wulandari, S.Ip., M.Si ., Ketua Bidang Ilmu Sosial dan Ilmu Politik selaku penanggung jawab Bidang Ilmu Sosial dan Ilmu Politik;
- (6) Bupati Aceh Utara yang telah mengizinkan dan memfasilitasi penyelesaian studi ini.

- (7) Bapak T. Zakaria dan ibu Hj. Nurdjannah tercinta yang telah membesarkan, mendidik, mendukung dan selalu mendo'akan untuk keberhasilan tugas ini;
- (8) Suami T. Nazaruddin, S.H., M.Hum. dan ananda T. M. Ghozy Naufal tercinta yang telah mendukung dengan sabar dan do'anya.
- (9) Pengelola UPBJJ-UT Banda Aceh dan sahabat angkatan 2009 yang telah membantu penyelesaian penulisan TAPM ini.
- (10) Semua rekan dan pihak yang telah membantu baik secara moril berupa ide, informasi, motivasi, serta dukungan maupun secara materil berupa data-data yang sangat dibutuhkan untuk penulisan TAPM ini.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu dan kebutuhan praktis.

Banda Aceh, 20 November 2014

Penulis,



Cut Zullinda

DAFTAR ISI

	Halaman
Abstrak	ii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan	v
Pernyataan	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Kegunaan Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kajian Teori	11
1. Kajian Penelitian Terdahulu	11
2. Kebijakan	15
3. Kebijakan Publik	17
4. Proses Perumusan Kebijakan Publik	21
5. Implementasi Kebijakan Publik	22
6. Pengertian Program dalam Perencanaan.....	35
7. Pengertian Asuransi Kesehatan/Jaminan Kesehatan	36
8. Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA)	37
B. Kerangka Pikir	41
C. Definisi Konsep	43
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	44
B. Lokasi Penelitian	45
C. Informan	46
D. Instrumen Penelitian	47
E. Teknik Pengumpulan Data	47
F. Metode Analisis Data	48
BAB IV TEMUAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	50
1. Gambaran Umum Kabupaten Aceh Utara	50
2. Kondisi Geografis Kabupaten Aceh Utara	53
3. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara	58

B. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara	60
1. Kepesertaan	79
2. Akses	81
3. Mekanisme Pelayanan	84
4. Pendanaan	100
C. Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara	107
1. Komunikasi	107
2. Sumber Daya	112
3. Disposisi atau Sikap	116
4. Struktur Birokrasi	121
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	124
A. Simpulan	124
B. Saran	125

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 2.1	Perbandingan dengan Penelitian Sebelumnya.....	15
Gambar 2.2	Grand Disain JKA	40
Gambar 2.3	Kerangka Pikir	42
Gambar 4.1	Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara.....	59
Gambar 4.2	Kondisi Prasarana Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara tahun 2007-2010	61
Gambar 4.3	Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara tahun 2007- 2010 (orang)	62
Gambar 4.4	Rasio Tenaga Kesehatan dan Medis per 100.000 Penduduk di Kabupaten Aceh Utara tahun 2007- 2010 (orang)	63
Gambar 4.5	Tren Angka Harapan Hidup di Kabupaten Aceh Utara dan Aceh tahun 2006-2010 (tahun)	65
Gambar 4.6	Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Aceh Utara dan Aceh tahun 2007-2010	66
Gambar 4.7	Persentase Penduduk Berobat Menurut Tempat di Kabupaten Aceh Utara dan Aceh tahun 2008-2010	67
Gambar 4.8	Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara dan Aceh tahun 2010	68
Gambar 4.9	Jumlah Tenaga Kesehatan tahun 2011	74
Gambar 4.10	Jumlah Kunjungan Rawat Jalan dan Pasien Rawat Inap di Sarana Pelayanan Kesehatan Menurut Puskesmas Tahun 2012	78

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 4.1	Luas Wilayah Kabupaten Aceh Utara Menurut Kecamatan Tahun 2010	54
Tabel 4.2	Jumlah Penduduk dan Sex Ratio menurut Kecamatan Tahun 2010	55
Tabel 4.3	Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Menurut Kecamatan Tahun 2010	56
Tabel 4.4	Jumlah Tenaga Medis, Para Medis dan Non Paramedis Menurut Kecamatan Tahun 2010.....	57
Tabel 4.5	Jumlah Tenaga Dokter Menurut Kecamatan Tahun 2012	58
Tabel 4.6	Daftar Isian Asesmen Pencapaian Standar Pelayanan Minimum Bidang Kesehatan Kabupaten Aceh Utara Tahun 2012	75
Tabel 4.7	Daftar Jiwa Terdaftar JKA pada Setiap Puskesmas Kecamatan di Kabupaten Aceh Utara 2010 dan 2011	80
Tabel 4.8	Daftar Jumlah Peserta Program JKA Bagi Masyarakat dalam Kabupaten Aceh Utara 2012 dan 2013	81
Tabel 4.9	Daftar Rekapitulasi Pembayaran Kapitasi RJTP Program JKA PT. Askes (Persero) Cabang Lhokseumawe Kabupaten Aceh Utara Desember 2011.....	103

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara	132
Lampiran 2 Pedoman Wawancara	140



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Konstitusi Negara Republik Indonesia Undang-Undang Dasar Tahun 1945 (Amandemen Keempat) mengamanatkan dalam Pasal 34 ayat (2) bahwa “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaannya.” Pada ayat (3) dinyatakan bahwa “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.” Kepada Penyelenggara Negara diamanatkan untuk menjamin pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh warga Negara Indonesia tanpa membedakan jenis kelamin, status sosial, ekonomi, haluan politik, maupun aliran agama yang dianut. Selanjutnya amanat tersebut diwujudkan dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, sebagaimana Pasal 3 menentukan bahwa “Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.”

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem ini diharapkan dapat mengatasi masalah mendasar masyarakat dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, asuransi kecelakaan, pensiun, hari tua, dan santunan kematian. SJSN juga terkait dengan kebijakan kesehatan, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor

36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam Pasal 14 Ayat (1) Undang-Undang tersebut ditentukan bahwa “Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.” Selanjutnya Pasal 15 menentukan bahwa “Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial, bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.”

Amanat undang-undang tersebut kemudian dirumuskan dalam 11 Prioritas Nasional Kabinet Indonesia Bersatu ke-2 tahun 2010-2014, kesehatan menempati peringkat ke-3. Sementara itu, Prioritas pembangunan Aceh dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan ditempatkan pada peringkat ke-7 dari 10 prioritas pembangunan Aceh. Prioritas pembangunan/kebijakan umumnya yaitu pada peningkatan pelayanan kesehatan yang berkualitas melalui pemenuhan kebutuhan fasilitas dan infrastruktur kesehatan dengan membangun 4 (empat) rumah sakit regional serta peningkatan kualitas sumberdaya kesehatan. Peningkatan layanan kesehatan bagi ibu dan anak serta penyiagaan dampak gizi buruk dan pengendalian penyakit dalam pencapaian sasaran *Milenium Development Goals* (MDGs). Peningkatan ketersediaan obat-obatan publik dan perbekalan kesehatan serta pelayanan kesehatan rujukan bagi keluarga miskin serta masyarakat yang tinggal di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan serta peningkatan pengetahuan dan paradigma masyarakat terhadap pengembangan perilaku hidup bersih dan sehat serta lingkungan sehat (Rencana Pembangunan Jangka menengah/RPJM Aceh 2012-2017).

Sehubungan dengan itu, dipersiapkan dana program SJSN yang didesain bukan berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) secara keseluruhan. Hanya jaminan kesehatan rakyat miskin yang berasal dari APBN dengan kisaran Rp 15 triliun dari sekitar 50 persen rakyat Indonesia yang berpotensi jatuh miskin bila sakit akibat biaya perawatan di rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta yang mahal. Dengan adanya SJSN yang memberikan jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, hari tua, pensiun dan kematian maka orang yang kehilangan pekerjaan karena Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) atau memasuki usia pensiun tidak akan jatuh miskin dan sakit jiwa akibat tidak memiliki penghasilan karena sudah tertanggung dalam Program SJSN.

Selama ini program jaminan kesehatan hanya mencakup pekerja pada saat bekerja. Namun pada saat terkena PHK atau memasuki usia pensiun, maka tidak lagi memperoleh jaminan kesehatan. Sementara program dana pensiun yang berlaku saat ini, hanya diperuntukkan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS), termasuk Tentara Nasional Indonesia (TNI)/Polisi Republik Indonesia (Polri), sedangkan pekerja swasta/formal hanya terbatas pada perusahaan tertentu dan tidak diwajibkan kepada seluruh perusahaan swasta untuk menanggungnya. Demikian pula pada masyarakat miskin, program Jamkesmas tidak mencakup seluruh pembiayaan pengobatan, karena dibatasi hanya pada pengobatan dasar dan pengobatan pada penyakit tertentu.

Masyarakat mengharapkan adanya jaminan kesehatan seumur hidup bagi masyarakat miskin dan pekerja swasta melalui SJSN. Jaminan kesehatan seumur hidup dan saling memperkuat dengan adanya program pensiun melalui Jaminan Hari Tua (JHT) bagi pekerja formal yang tersimpan pada Jaminan Sosial Tenaga

Kerja (Jamsostek). Saat ini JHT di Indonesia tergolong masih sangat rendah (5,7 persen) dibanding dengan JHT Malaysia sebesar 23 persen dan Singapura 40 persen serta Korea 24 persen (Gobel, 2011).

Hal tersebut kemudian diwujudkan dalam Pasal 224 Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (yang disingkat dengan UUPA) ditentukan bahwa “Setiap penduduk Aceh mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal”. Kebijakan politik yang lahir pasca perjanjian damai antara Pemerintah Republik Indonesia (RI) dengan Gerakan Aceh Merdeka (GAM) di Helsinki tersebut, mewajibkan Pemerintah Aceh untuk memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada penduduk Aceh, terutama penduduk miskin, fakir miskin, anak yatim dan anak-anak terlantar.

Jaminan Kesehatan Aceh (selanjutnya disebut JKA) sebagai wujud dari komitmen Pemerintah Aceh untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada penduduk Aceh mulai berlaku sejak tanggal 1 Juni 2010. Sasarannya adalah seluruh penduduk yang memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Aceh dan atau yang namanya tercantum dalam Kartu Keluarga (KK) Aceh. *Universal Health Coverage* yang dikembangkan melalui program JKA merupakan yang pertama di Indonesia dan diharapkan menjadi model bagi pengembangan Sistem Jaminan Sosial Nasional. JKA yang menganut konsep holistik ini juga berlaku bagi penduduk Aceh yang mendapat gangguan kesehatan dalam perjalanan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Untuk akselerasi pencapaian target *Millenium Development Goals* (MDGs), JKA memberikan perhatian khusus kepada ibu hamil dan ibu bersalin. JKA menjamin sepenuhnya

pelayanan *Antenatal Care* (ANC) dan *Post Antenatal Care* (PNC) oleh bidan desa atau Puskesmas. Hal ini tentu membutuhkan *effort* yang cukup besar.

Secara probabilistik semua fasilitas kesehatan di Indonesia berpeluang memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta JKA baik di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) maupun Rumah Sakit Umum (RSU) milik pemerintah maupun RSU swasta. Untuk standarisasi pelayanan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, berdasarkan ketentuan Pasal 43 Qanun Aceh Nomor 4 Tahun 2010 tentang Kesehatan, maka Gubernur Aceh menetapkan Surat Keputusan Nomor 420/483/2010 tanggal 3 Agustus 2010 tentang Pedoman Pelaksanaan JKA, kemudian dikuatkan dengan Peraturan Gubernur Aceh Nomor 56 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan JKA, sebagai *guidebook* bagi seluruh *stakeholder* yang terkait di Aceh dan di seluruh tanah air.

Peserta JKA adalah seluruh penduduk Aceh, tidak termasuk peserta Askes Sosial, Pejabat Negara yang iurannya dibayar Pemerintah dan Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek. Peserta Asuransi Kesehatan (Askes) Sosial adalah PNS, Pensiunan PNS, Pensiunan TNI/Polri, Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan anggota keluarga, Dokter Pegawai Tidak tetap (PTT) dan Bidan PTT. Peserta JPK Jamsostek adalah peserta yang mendapat jaminan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Berdasarkan Ketentuan Umum Pedoman Pelaksanaan JKA tahun 2011, peserta JKA digolongkan dua jenis yaitu:

1. Peserta JKA Jamkesmas adalah peserta yang pembiayaannya bersumber dari dana Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) diperuntukkan bagi penduduk miskin sesuai kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah.

2. Peserta JKA Non Jamkesmas adalah peserta yang jaminan kesehatannya bersumber dari dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA) diperuntukkan bagi penduduk yang tidak terjamin melalui asuransi kesehatan sosial PT. Askes dan JPK Jamsostek.

Berdasarkan data tersebut, dapat dilihat bahwa sebelum adanya Program JKA telah terdapat beberapa program yang digulirkan oleh Pemerintah yaitu Askes Sosial, Jamsostek dan Jamkesmas, namun tidak menjangkau atau memberi akses pada seluruh masyarakat Aceh. Oleh karena itu, dengan adanya inisiatif melahirkan Program JKA, maka seluruh masyarakat Aceh yang tidak termasuk dalam program-program diatas diakomodir dalam Program JKA.

Sebagaimana data yang bersumber dari Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara (per Juni 2011), diperoleh informasi bahwa dari seluruh jumlah penduduk Kabupaten Aceh Utara sebanyak 540.254 jiwa, yang menjadi peserta Askes Sosial 30.897 jiwa, peserta Jamkesmas berjumlah 277.948 jiwa dan peserta JKA 231.409 jiwa. Berdasarkan Keputusan Bupati Aceh Utara Nomor 441/2012 (per 28 Agustus 2012): peserta Askes Sosial 21.087 jiwa, Jamkesmas 277.948 jiwa dan JKA 230.716 jiwa.

Mulai tahun 2014, Pemerintah Aceh bekerjasama dengan Pemerintah Pusat mengintegrasikan program JKA, yang diubah menjadi Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh (JKRA), dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sebagai penyelenggaranya yakni PT. Askes (Persero) atau sekarang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Implementasi di lapangan menunjukkan, munculnya berbagai permasalahan yaitu distribusi obat masih terlambat dan kualitas obat yang rendah, kurangnya sosialisasi, peraturan

pelaksanaan JKRA belum tuntas hingga berbenturan dgn JKN, belum meratanya fasilitas kesehatan dan tenaga dokter spesialis di puskesmas. Sistem kepesertaan yang hanya dengan mendatangi loket BPJS menimbulkan persoalan tidak tepatnya sasaran mengenai siapa yang berhak mendapatkan Penerima Bantuan Iuran (PBI), tidak menutup kemungkinan PBI jatuh ke tangan orang kaya dan orang miskin malah dipaksa membayar iuran peserta BPJS. Pelayanan program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS masih mengecewakan dan belum baik. Sejumlah pasien yang berobat dengan menggunakan JKN mengaku kesulitan mengurus administrasi. Warga di Aceh Utara menilai, jauh lebih mudah berobat dengan menggunakan Jamkesmas atau JKA. Faktanya ternyata kedua program JKRA dan JKN tidak secara otomatis terintegrasi.

Perbedaan ruang lingkup JKA (JKRA) dengan JKN (BPJS) ialah JKA (JKRA) merupakan program jaminan kesehatan yang bersumber dari kebijakan kesehatan oleh pemerintah Aceh dan dananya bersumber dari APBA. Program ini ditujukan untuk seluruh penduduk Aceh yang tidak termasuk dalam Jamkesmas, Askes maupun Jamsostek. Sedangkan BPJS (JKN) merupakan program jaminan kesehatan yang berasal dari kebijakan pemerintah pusat dan dananya bersumber dari APBN. Program JKN (BPJS) ditujukan untuk seluruh rakyat Indonesia.

JKRA merupakan layanan yang hampir sama dengan JKA hanya berbeda dari segi nama. JKN berbeda dengan JKRA dimana sesuatu yang tidak ada di dalam JKN dimasukkan dalam JKRA, seperti layanan transportasi bagi pasien dan pendamping yang dalam JKN belum ada, kemudian dimasukkan ke dalam JKRA, seperti sebelumnya yang telah diterapkan pada program JKA.

Beberapa program aturan dari JKRA belum tuntas, meskipun JKRA telah dilaksanakan. Hal itu disebabkan peraturan di tingkat JKN belum siap sehingga jadi terkendala. Pelayanan berobat gratis yang diberikan BPJS Kesehatan kepada pemegang kartu JKN dan kepada pasien pemegang kartu JKRA sama atau tak ada perbedaan. Semua masyarakat Aceh dapat memanfaatkan JKN dan bagi yang tidak punya JKN ditanggung JKRA. Sekarang semua program kesehatan menjadi satu dan semuanya dikelola oleh BPJS kesehatan. Program tersebut berjalan berdampingan dengan layanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Aceh yaitu program Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh (JKRA). BPJS Kesehatan mendistribusikan biaya pengobatan pada puskesmas dan rumah sakit untuk membayar biaya pengobatan seluruh penduduk Aceh.

Berdasarkan informasi di lapangan, implementasi JKA adanya pelayanan kesehatan yang kurang baik selama ini, terutama terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cut Meutia dan beberapa Puskesmas serta Puskesmas Pembantu (Pustu) di Kabupaten Aceh Utara. Pelayanan kesehatan semakin tidak optimal ketika diberlakukannya program JKA sehingga menelantarkan pasien miskin yang berobat melalui JKA. Hal ini karena adanya konflik internal, kepentingan pribadi dan kurangnya tenaga medis dan peralatan medis tertentu sehingga menjadi kendala dalam mewujudkan pelayanan kesehatan optimal.

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara awal dengan beberapa pasien rawat inap peserta JKA di RSUD Cut Meutia yang memberi pelayanan tingkat lanjutan, diperoleh informasi pelayanan di rumah sakit ini kurang memuaskan, keterlambatan mendapatkan pelayanan, serta kurangnya perhatian perawat atau dinilai sering menelantarkan pasien. Demikian pula, beberapa

masalah dan kasus yang terjadi pada Puskesmas yang merupakan tingkat pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat sebagai pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara di kecamatan. Sementara, Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara merupakan Perangkat Daerah sebagai unsur pelaksana Pemerintah Kabupaten Aceh Utara di bidang kesehatan, mempunyai tugas melaksanakan tugas umum pemerintahan, pembangunan, dan pelayanan masyarakat di bidang kesehatan. Salah satu fungsinya ialah pengawasan dan pengendalian internal pelaksanaan program-program kesehatan.

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah, setelah tiga tahun berlangsungnya program JKA, maka penulis tergugah untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan judul “Implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) (Studi Penelitian di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara)”.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang penelitian, maka masalah dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimanakah implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara?
2. Apakah faktor-faktor yang mendukung implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Mendeskripsikan dan menganalisis implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara.
2. Mendeskripsikan dan menganalisis faktor-faktor yang mendukung implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara.

D. Kegunaan Penelitian

Manfaat *teoritis* yang diharapkan dapat diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai sarana untuk menerapkan teori yang telah dipelajari dengan menganalisis kajian kebijakan publik khususnya menyangkut dengan implementasi program JKA.

Manfaat *praktis* penelitian ini adalah memberi masukan kepada para pengambil kebijakan di kalangan aparaturnya pemerintah dan pelaksana program JKA di Aceh, khususnya di Wilayah Dinas Kesehatan Aceh Utara yang kini disebut JKRA yang diintegrasikan dengan JKN (BPJS).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Kajian Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai implementasi jaminan kesehatan telah banyak dilakukan. Namun kajian penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini antara lain sebagai berikut:

- a. Tesis Masparida (2014) di Universitas Terbuka. Berjudul *Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang*. Penelitian ini menganalisis proses pengelolaan tata laksana kepesertaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang dan menganalisis faktor – faktor yang mempengaruhi proses pengelolaan tata laksana kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan, proses Pengelolaan Tata Laksana Jamkesmas di Kabupaten Sintang belum terlaksana secara optimal. Pengumpulan data peserta, pengolahan data peserta, pelatihan penyelenggaraan statistik, penetapan sasaran peserta, penerbitan keputusan data peserta, entry data, penerbitan kartu peserta, serta distribusi kartu peserta belum terlaksana atau berjalan secara maksimal dikarenakan terjadinya perbedaan indikator kemiskinan, lambatnya proses pendataan masyarakat miskin, kurangnya jumlah tenaga yang dilatih dalam pendataan masyarakat miskin dan belum adanya pengawasan di dalam

pendistribusian kartu peserta Jamkesmas. Faktor dominan yang mempengaruhi adalah standar dan sasaran kebijakan yang sulit untuk diwujudkan terutama dalam percepatan penyelesaian pendataan sasaran masyarakat miskin. Kondisi ini dipengaruhi oleh minimnya komunikasi antar organisasi, sumber daya tenaga atau petugas yang terbatas dan karakteristik Agen Pelaksana yang berbeda. Berdasarkan hasil penelitian, rekomendasi dalam penelitian ini adalah diperlukan keseragaman indikator kemiskinan, sosialisasi atau pelatihan yang tepat sasaran terhadap petugas di lapangan.

- b. Penelitian Sukowati, et.al. (2013), berjudul *Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Nonkuota (Jamkesda dan SPM) (Studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)*, Jurusan Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya. Penelitian ini menganalisis proses implementasi program jaminan pelayanan kesehatan masyarakat miskin nonkuota (Jamkesda dan SPM) Kabupaten Blitar serta faktor-faktor pendukung dan penghambat dari proses implementasi program. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Keempat variabel model implementasi George C. Edward III dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Miskin Nonkuota (SPM dan Jamkesda) telah terpenuhi namun masih ada kekurangan yang sering ditemukan. Komunikasi secara umum telah dijalankan dengan baik dan optimal menggunakan media visual maupun audio-visual. Sumber daya manusia yang bertanggung jawab mengelola program Jamkesda dan SPM cukup memadai dan berkinerja baik. Para pelaksana pengelola Jamkesda dan SPM Kabupaten Blitar telah dipilih dan diangkat sesuai dengan

kemampuan dan dedikasi yang dimiliki dan dipertimbangkan secara selektif. Struktur birokrasi yang digunakan adalah struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar khususnya di Bidang PSDK bagian Pembiayaan Kesehatan.

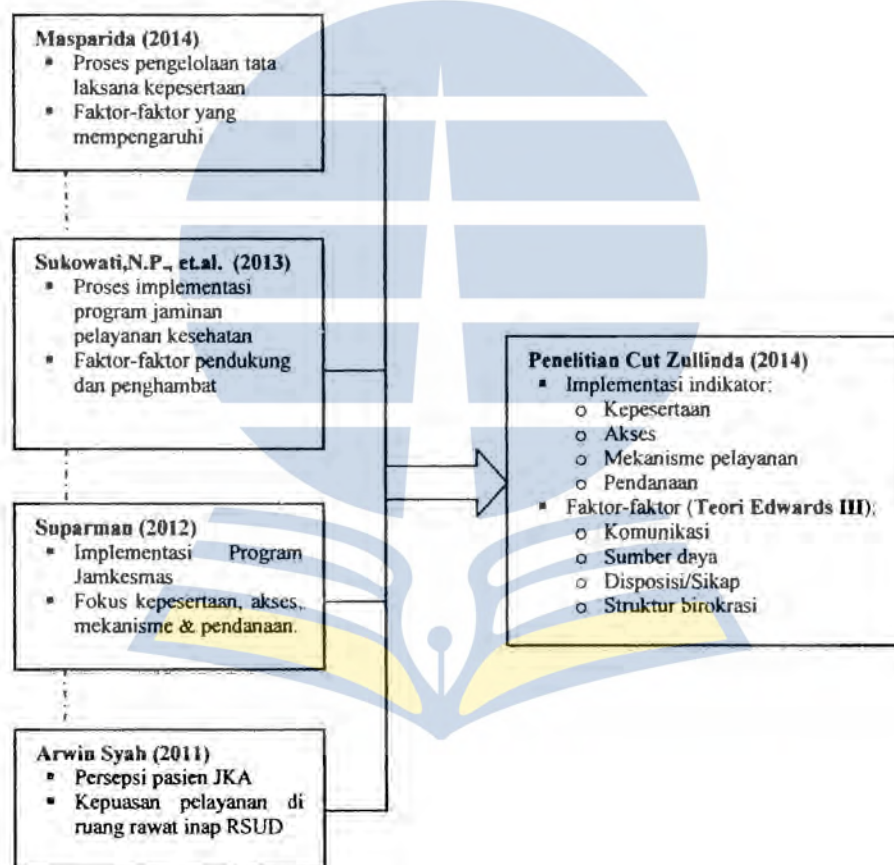
- c. Penelitian Suparman (2012) berjudul *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone*, Jurusan Administrasi Pembangunan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Unhas. Penelitian ini menganalisis implementasi Program Jamkesmas di Kabupaten Bone. Fokus penelitian adalah kepesertaan, akses, mekanisme dan pendanaan. Tipe penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Fokus penelitian adalah kepesertaan, akses, mekanisme dan pendanaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan Jamkesmas di Kabupaten Bone belum optimal, terutama dalam hal kepesertaan, akses, mekanisme pelayanan, pendanaan dan mutu pelayanan. Dalam hal kepesertaan, masih terjadi kesenjangan jumlah KK peserta Jamkesmas dari kalangan warga miskin di setiap kecamatan, database yang *overlapping* di puskesmas-puskesmas, rumah sakit, Dinas Kesehatan dan pemerintah setempat. Dalam hal akses pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas baik secara kuantitas maupun kualitas pada wilayah 38 puskesmas dan 27 kecamatan di Kabupaten Bone belum sesuai target dalam pedoman pelaksanaan Jamkesmas. Dalam hal mekanisme pelayanan, belum sepenuhnya didasarkan pada aspek keterjangkauan dan pertimbangan biaya serta proporsionalitas bahkan masih menimbulkan konflik kepentingan dan kesenjangan, overbirokratis yang terkadang menghambat peserta Jamkesmas. Sosialisasi dan pembinaan masih relatif kurang. Dalam hal pendanaan, masih terjadi kelambatan penyaluran dana yang menghambat pihak puskesmas

maupun rumah sakit memberikan pelayanan serta masih adanya kekurangsesuaian antara klaim INA-DRG dengan realitas pelayanan yang diberikan.

- d. Tesis Arwin Syah (2011), berjudul *Persepsi Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Aceh Terhadap Mutu dan Kepuasan Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Langsa* oleh Arwin Syah, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat USU Medan. Penelitian ini mengangkat masalah persepsi pasien peserta Jaminan Kesehatan Aceh terhadap kepuasan pelayanan di ruang rawat inap RSUD Kota Langsa tahun 2011. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar pasien peserta JKA menilai pelayanan kesehatan di RSUD Kota Langsa baik yang meliputi: pelayanan administrasi (43,75%), pemeriksaan dokter (51,25%), perawatan di ruang perawatan (48,75%), pemeriksaan penunjang diagnostik (50,00%), dan tindakan medis (43,75%). Sebagian besar pasien peserta JKA merasa puas terhadap pelayanan kesehatan di RSUD Kota Langsa, yang meliputi: pelayanan administrasi (37,50%), pelayanan pemeriksaan oleh dokter (42,50%), pelayanan perawatan (47,50%), pelayanan pemeriksaan penunjang diagnostik (38,75%), dan pelayanan tindakan medis (41,25%).

Berdasarkan hasil-hasil penelitian terdahulu tersebut, dapat diidentifikasi hal-hal yang berhubungan dengan implementasi kebijakan jaminan pelayanan kesehatan yang sangat dipengaruhi oleh komunikasi, sumberdaya, disposisi/sikap dan struktur birokrasi. Umumnya belum terlaksana sesuai prosedur dan optimal.

Penelitian ini menganalisis lebih lanjut mengenai implementasi empat indikator yaitu kepesertaan, akses, mekanisme pelayanan serta pendanaan dan kajian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi program yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi atau sikap dan struktur birokrasi di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara. Sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 2.1.



Sumber Data: Diolah oleh penulis, 2014

Gambar 2.1 Perbandingan dengan Penelitian Sebelumnya

2. Kebijakan

Makna kebijakan menurut Anderson (1994) ialah “langkah tindakan yang

secara sengaja dilakukan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor berkenaan dengan adanya masalah atau persoalan tertentu yang dihadapinya” (Wahab, 2014: 8). Selanjutnya dikatakan, dewasa ini, istilah kebijakan memang lebih sering dipergunakan dalam konteks tindakan-tindakan atau kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh para aktor dan institusi-institusi pemerintah, serta perilaku negara pada umumnya. Dalam kaitan itu, mudah dipahami jika konsep kebijakan itu kemudian sering berkonotasi, serta membawa konsekwensi politis. Dari sinilah lantas diberi makna sebagai tindakan-tindakan politik (*political actions*). Makna kebijakan itu ialah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan (Wahab, 2014: 9).

Berbagai aktivitas pemerintah dalam hubungannya dengan masyarakat bisa dikatakan sebagai suatu kebijakan pemerintah. Kebijakan pemerintah tersebut bisa dalam ruang lingkup dan tingkatan pemerintah yang berbeda, misalkan saja kebijakan pemerintah pusat, kebijakan pemerintah daerah, maupun kebijakan pemerintah desa/kelurahan. Secara teoritik berbagai kebijakan pemerintah ini dapat dikaji melalui suatu kebijakan publik.

Istilah kebijakan (*policy*) adalah sebuah instrument pemerintahan, bukan saja dalam arti *government* yang hanya menyangkut aparatur negara, melainkan pula *governance* yang menyentuh pengelolaan sumberdaya publik. Kebijakan pada intinya merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumberdaya alam,

financial dan manusia demi kepentingan publik, yakni rakyat banyak, penduduk, masyarakat atau warga negara. Pemerintah dimanapun harus berpihak kepada publik dan pemerintah dengan model apapun harus mengutamakan *public interest* dan *public affairs* (Dwiyanto, 2009: 161).

Kemudian dalam menentukan langkah-langkah ataupun tindakan-tindakan tersebut dalam menyelesaikan suatu persoalan, menurut Sinambela (2007: 37):

Diperlukan suatu proses perencanaan, perumusan dan pembuatan kebijakan dengan pendekatan partisipasi publik ataupun dengan melibatkan masyarakat. Partisipasi kebijakan adalah suatu aktivitas, proses, dan sistem pengambilan keputusan yang mengikutsertakan semua elemen masyarakat yang berkepentingan terhadap sukses suatu rencana.

Salah satu kunci utama dari kebijakan yang berkualitas adalah dengan tingginya intensitas partisipasi publik. Karena pelibatan masyarakat luas dalam proses penentuan kebijakan merupakan satu cara efektif untuk menampung dan mengakomodasi berbagai kepentingan yang beragam. Sehingga keputusan dan tindakan yang diambil oleh seorang aktor akan memberi rasa kepuasan dan dukungan publik yang cukup kuat terhadap suatu proses pembangunan. Seperti dinyatakan oleh Friedmann dalam Sinambela (2007: 38) bahwa pendekatan partisipatif merupakan suatu proses politik untuk memperoleh kesepakatan bersama (*collective agreement*) melalui aktivitas negosiasi atau urun rembuk antar seluruh pelaku pembangunan (*stakeholders*).

3. Kebijakan Publik

Secara sederhana dapat dikatakan bahwa kebijakan publik adalah: “setiap keputusan yang dibuat oleh Negara, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan dari negara. Kebijakan publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada

masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju kepada masyarakat yang dicita-citakan” (Nugroho, 2013: 7). Kebijakan publik adalah keputusan-keputusan yang mengikat bagi orang banyak pada tataran strategis atau bersifat garis besar yang dibuat oleh pemegang otoritas publik. Sebagai keputusan yang mengikat publik maka kebijakan publik harus dibuat oleh otoritas politik, yakni mereka yang menerima mandat dari publik atau orang banyak, umumnya melalui suatu proses pemilihan untuk bertindak atas nama rakyat banyak. Selanjutnya kebijakan publik akan dilaksanakan oleh administrasi negara yang dijalankan oleh birokrasi pemerintah.

Fokus utama kebijakan publik dalam negara modern adalah pelayanan publik, yang merupakan segala sesuatu yang bisa dilakukan oleh negara untuk mempertahankan atau meningkatkan kualitas kehidupan orang banyak. Menyeimbangkan peran negara yang mempunyai kewajiban menyediakan pelayanan publik dengan hak untuk menarik pajak dan retribusi dan pada sisi lain menyeimbangkan berbagai kelompok dalam masyarakat dengan berbagai kepentingan serta mencapai amanat konstitusi (Wikipedia Indonesia, <http://id.wikipedia.org>).

Menurut Birkland (2011: 8), tidak ada definisi tunggal mungkin pernah ada, tapi kita bisa melihat atribut kunci dari kebijakan publik:

- Kebijakan yang dibuat sebagai tanggapan terhadap beberapa jenis masalah yang memerlukan perhatian.
- Kebijakan yang dibuat atas nama “publik.”
- Kebijakan yang berorientasi pada tujuan atau keadaan yang diinginkan, seperti solusi dari masalah.
- Kebijakan yang pada akhirnya dilakukan oleh pemerintah, bahkan jika ide datang dari luar pemerintah atau melalui interaksi aktor pemerintah dan non pemerintah.

- Kebijakan ditafsirkan dan dilaksanakan oleh aktor-aktor publik dan swasta yang memiliki interpretasi yang berbeda dari masalah, solusi, dan motivasi mereka sendiri.
- Kebijakan adalah apa yang pemerintah pilih untuk melakukan atau tidak melakukan.

Pada dasarnya terdapat banyak batasan atau definisi mengenai apa yang maksud dengan kebijakan publik (*public policy*). Masing-masing definisi para mempunyai latar belakang yang berbeda-beda. Sementara di sisi yang lain, pendekatan dan model yang digunakan juga akan menentukan bagaimana kebijakan publik tersebut hendak didefinisikan. Apabila berbicara pemahaman tentang kebijakan publik, sebenarnya pada dasarnya kebijakan diciptakan untuk kepentingan publik, berarti suatu kebijakan publik. Pertama-tama harus dibuat dan dilaksanakan untuk kepentingan publik, bukan untuk kepentingan negara, pemerintah, penguasa, apalagi elite politik. Jadi kebijakan publik itu mempunyai nilai untuk meningkatkan kehidupan publik. Kebijakan publik merupakan suatu ketetapan yang dibuat oleh pemerintah melalui surat keputusan (SK) dan Peraturan Daerah, yang nantinya akan dijadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan pencapaian sasaran-sasaran tertentu secara teknis dalam rangka pelaksanaan kebijakan pemerintah untuk mengatasi permasalahan tertentu berkenaan dengan kepentingan orang banyak.

Sebagaimana disampaikan oleh Nugroho (2008: 291) yang memperkenalkan nilai pokok bagi suatu "kebijakan publik" agar dapat di kategorikan sebagai kebijakan publik adalah:

- (1) kebijakan tersebut bersifat cerdas, artinya memecahkan masalah pada inti permasalahannya.
- (2) kebijakan tersebut bersifat bijaksana, artinya tidak menghasilkan masalah baru yang lebih besar dari pada masalah yang dipecahkan.
- (3) kebijakan publik tersebut memberikan harapan kepada seluruh warga bahwa mereka dapat memasuki hari esok

lebih baik dari pada hari ini. (4) kebijakan tersebut untuk membela kepentingan publik. (5) kebijakan publik harus mampu memotivasi semua pihak terkait untuk melaksanakan kebijakan tersebut dari dalam diri mereka sendiri. (6) kebijakan publik harus mengandung muatan yang mendorong produktivitas kehidupan bersama.

Adapun pengertian kebijakan publik yang disampaikan oleh para ahli yang memberikan pandangan tentang kebijakan dengan berbagai persepsi, di antaranya salah satu definisi mengenai kebijakan publik diberikan oleh Robert Eyestone bahwa "secara luas" kebijakan publik adalah sebagai hubungan suatu unit pemerintah dengan lingkungan (Winarno, 2007: 17). Konsep yang ditawarkan ini mengandung pengertian yang sangat luas karena dapat mencakup banyak hal.

Menurut Young dan Quinn (2002), terdapat beberapa konsep kunci yang termuat dalam kebijakan publik yaitu:

1. Tindakan pemerintah yang berwenang. Kebijakan publik adalah tindakan yang dibuat dan diimplementasikan oleh badan pemerintah yang memiliki kewenangan hukum, politis, dan financial untuk melakukannya.
2. Sebuah reaksi terhadap kebutuhan dan masalah dunia nyata. Kebijakan publik berupaya merespon masalah atau kebutuhan kongkrit yang berkembang di masyarakat.
3. Seperangkat tindakan yang berorientasi pada tujuan. Kebijakan publik biasanya bukanlah sebuah keputusan tunggal, melainkan terdiri dari beberapa pilihan tindakan atau strategi yang dibuat untuk mencapai tujuan tertentu demi kepentingan orang banyak.
4. Sebuah keputusan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Kebijakan publik pada umumnya merupakan tindakan kolektif untuk memecahkan masalah sosial. Namun, kebijakan bisa juga dirumuskan berdasarkan keyakinan bahwa masalah sosial akan dapat dipecahkan oleh kerangka kebijakan yang sudah ada dan karenanya tidak memerlukan tindakan tertentu (Suharto, 2008: 44).

Keputusan yang telah dirumuskan dalam kebijakan publik bisa dibuat oleh sebuah badan pemerintah maupun oleh beberapa perwakilan lembaga pemerintah. Lebih lanjut Nugroho (2008: 356) mengatakan:

Kebijakan publik juga senantiasa ditujukan untuk melakukan intervensi terhadap kehidupan publik yang bertujuan untuk meningkatkan kehidupan publik itu sendiri. Namun dalam pelaksanaannya tentu mempunyai keterbatasan-keterbatasan. Maka dalam konteks kebijakan sebagai intervensi, kita memiliki sumber daya terbatas untuk melakukan intervensi:

- a. Keterbatasan pertama adalah sumber daya waktu. Sebuah pemerintahan berjalan dalam kurun waktu 5 tahun jadi hanya dalam rentan waktu itulah is harus bekerja secara efisien dan efektif.
- b. Keterbatasan kedua adalah kemampuan sumber daya manusia, karena teramat banyak kebijakan publik yang baik yang pada akhirnya tidak dapat dilaksanakan karena tidak didukung oleh ketersediaan SDM yang memadai.
- c. Keterbatasan yang ketiga adalah keterbatasan kelembagaan, artinya sejauh mana kualitas praktik manajemen profesional dalam lembaga pemerintahan. Apakah masing-masing lembaga yang kita miliki memiliki kecakapan yang cukup memadai dalam rangka implementasi kebijakan. Selanjutnya keterbatasan dana atau anggaran. Karena pada intinya kebijakan tidak dapat dilakukan jika tidak ada dana. Dan yang terakhir yakni keterbatasan yang bersifat teknis, yaitu kemampuan teknis dalam menyusun kebijakan itu sendiri.

Dengan demikian, disadari bahwa kebijakan publik sangat dibutuhkan untuk mencapai tujuan-tujuan publik sehingga dapat mewujudkan kesejahteraan. Namun tujuan yang baik tersebut memiliki keterbatasan, yaitu dari segi sumber daya waktu, kemampuan sumber daya manusia serta keterbatasan kelembagaan itu sendiri.

4. Proses Perumusan Kebijakan Publik

Proses perumusan kebijakan publik menurut Anderson (1979: 23-24) adalah sebagai berikut:

- 1) Formulasi masalah (*problem formulation*). Apa masalahnya? Apa yang membuat hal tersebut menjadi masalah kebijakan? Bagaimana masalah tersebut dapat masuk dalam agenda pemerintah?
- 2) Formulasi kebijakan (*formulation*). Bagaimana mengembangkan pilihan-pilihan atau alternatif-alternatif untuk memecahkan masalah tersebut? Siapa saja yang berpartisipasi dalam formulasi kebijakan?
- 3) Penentuan kebijakan (*adoption*). Bagaimana alternatif ditetapkan?

Persyaratan atau kriteria apa yang harus dipenuhi? Siapa yang akan melaksanakan kebijakan? Bagaimana proses atau strategi untuk melaksanakan kebijakan? Apa isi dari kebijakan yang telah ditetapkan?

- 4) Implementasi (*implementation*). Siapa yang terlibat dalam implementasi kebijakan? Apa yang mereka kerjakan? Apa dampak dari isi kebijakan?
- 5) Evaluasi (*evaluation*). Bagaimana tingkat keberhasilan atau dampak kebijakan diukur? Siapa yang mengevaluasi kebijakan? Apa konsekuensi dari adanya evaluasi kebijakan? Adakah tuntutan untuk melakukan perubahan atau pembatalan?

Setelah mempertimbangkan proses perumusan kebijakan publik tersebut, maka sesudah dilakukan identifikasi masalah dan pemilihan kebijakan yang dilihat dari sudut biaya dan efektivitasnya, tahap implementasi menurut Wahab (2014: 237), mencakup urutan langkah sebagai berikut:

1. Merancang bangun (mendesain) program serta perincian tugas dan perumusan tujuan yang jelas, penentuan ukuran prestasi kerja, biaya, dan waktu;
2. Melaksanakan program, dengan mendayagunakan struktur-struktur dan personalia, dana, sumber-sumber, prosedur-prosedur, dan metode-metode yang tepat;
3. Membangun sistem penjadwalan, monitoring, dan sarana-sarana pengawasan yang tepat, guna menjamin bahwa tindakan-tindakan yang tepat dan benar dapat segera dilaksanakan.

Selanjutnya Nugroho (2008: 385) mengatakan, diperlukan pula proses perumusan kebijakan model musyawarah. Peran kebijakan disini ialah agar bagaimana masyarakat untuk dapat menemukan sendiri keputusan kebijakan atas dirinya sendiri. Dan peran pemerintah lebih sebagai fasilitator daripada "kehendak publik". Peran analis kebijakan sebagai prosesor proses dialog publik agar menghasilkan keputusan publik untuk menjadikan kebijakan publik.

5. Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi sering dianggap sebagai bentuk pelaksanaan atau

penyelenggaraan kegiatan yang telah ditetapkan berdasarkan undang-undang dan menjadi kesepakatan bersama di antara beragam pemangku kepentingan (*stakeholders*), aktor, organisasi (publik atau privat), prosedur, dan teknik secara sinergis yang digerakkan untuk kerjasama dalam upaya menerapkan kebijakan ke arah tertentu yang dikehendaki. Dalam kamus Webster (1995) disebut istilah *to implement* (mengimplementasikan) itu berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); *to give practical effect to* (menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu). Hal ini bermakna bahwa implementasi kebijakan dapat kita pahami sebagai suatu proses melaksanakan atau mewujudkan keputusan kebijakan, umumnya berkenaan dengan pelaksanaan undang-undang, peraturan pemerintah, putusan pengadilan, perintah eksekutif serta lainnya.

Berkenaan dengan transformasi kebijakan menjadi program-program kerja, perhatiannya bergerak menuju aktivitas-aktivitas operasional dari perangkat kebijakan dan alokasi sumber daya. Perhatiannya pun diarahkan pada cara-cara memanfaatkan sumber daya yang tersedia seefisien dan seefektif-efektifnya agar dapat mewujudkan pengaruh yang paling nyata terhadap program atau kondisi yang menjadi sasaran (Denzin dan Lincoln, 2009:721).

Dengan kata lain, implementasi kebijakan merupakan salah satu bagian yang sangat penting dalam suatu kebijakan. Oleh karena itu, suatu program kebijakan harus diimplementasikan. Apabila suatu kebijakan tidak diimplementasikan, maka akan menjadi sekedar impian belaka. Salah satu faktor yang menentukan sukses atau gagalnya suatu kebijakan adalah kapasitas untuk melaksanakan kebijakan tersebut sesuai dengan yang

direncanakan, sehingga untuk meraih dampak dan tujuan seperti yang diinginkan akan tercapai.

Berhasil tidaknya suatu kebijakan, menurut Dunn (1998: 63) pada akhirnya ditentukan pada tataran implementasinya. Sering dijumpai bahwa proses perencanaan kebijakan yang baik sekalipun tidak dapat menjamin keberhasilan dalam implementasinya. Implementasi mengacu pada tindakan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan, tindakan ini berusaha untuk mengubah keputusan-keputusan tersebut menjadi pola-pola operasional serta berusaha mencapai perubahan-perubahan besar atau kecil sebagaimana yang telah diputuskan sebelumnya.

Dalam tataran praktis, implementasi adalah proses pelaksanaan keputusan dasar. Proses tersebut terdiri atas beberapa tahapan menurut Dunn (1998: 63) yakni :

1. tahapan pengesahan peraturan perundangan;
2. pelaksanaan keputusan oleh instansi pelaksana;
3. kesiediaan kelompok sasaran untuk menjalankan keputusan;
4. dampak nyata keputusan baik yang dikehendaki atau tidak;
5. dampak keputusan sebagaimana yang diharapkan instansi pelaksana;
6. upaya perbaikan atas kebijakan atau peraturan perundangan.

Proses persiapan implementasi setidaknya menyangkut beberapa hal penting yakni:

1. penyiapan sumber daya, unit dan metode;
2. penerjemahan kebijakan menjadi rencana dan arahan yang dapat diterima dan dijalankan;
3. penyediaan layanan, pembayaran dan hal lain secara rutin.

Oleh karena itu, implikasi sebuah kebijakan merupakan tindakan sistematis dari pengorganisasian, penerjemahan dan aplikasi. Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian yang luas, merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang. Jadi berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja secara bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program.

Hampir sama dengan pendapat Van Meter dan Van Horn (1997), bahwa implementasi kebijakan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu (kelompok-kelompok) pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan sebelumnya. Tindakan-tindakan disini mencakup usaha-usaha untuk menjadikan keputusan-keputusan menjadi tindakan operasional (Winarno, 2007: 146).

Bagi mereka yang melihat kebijakan publik dari perspektif *policy cycle* (siklus kebijakan) implementasi kebijakan itu merupakan suatu aktivitas yang paling penting. Tetapi, tidak seperti anggapan sebagian orang bahwa setiap kebijakan itu akan terimplementasikan dengan sendirinya, seolah aktivitas implementasi kebijakan tersebut menyangkut sesuatu yang tinggal jalan bahkan pakar kebijakan asal Afrika, Udoji (1981) dengan tegas pernah mengatakan bahwa “pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu hal penting bahkan mungkin jauh lebih penting daripada pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan akan berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan” (Wahab, 2014: 126).

Berdasarkan beberapa pendapat yang diutarakan para pakar, maka dapat

disimpulkan bahwa dalam implementasi kebijakan pihak-pihak yang terlibat tidak hanya badan administratif saja yang bertanggung jawab dalam melaksanakan program, tapi juga tindakan individu (kelompok), pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan harus dilaksanakan dengan konsisten. Namun setiap kebijakan yang dijalankan oleh pemerintah tidak selamanya berjalan dengan baik. Banyak kebijakan yang menghadapi masalah-masalah dalam proses implementasinya. Sebagaimana dikemukakan oleh Winarno (2007: 212) ada beberapa tipe kebijakan yang mempunyai potensi untuk menimbulkan masalah yaitu seperti:

1. Kebijakan-kebijakan baru, sifat kebaruan dari tipe kebijakan ini yang membuat sukar untuk dilaksanakan. Ada beberapa alasan seperti, saluran-saluran komunikasi yang maju belum dibangun, padahal komunikasi memegang peran yang penting dalam mendorong terjadinya implementasi kebijakan yang efektif. Kemudian tujuan-tujuan yang ditetapkan seringkali tidak jelas. Dan ketidakkonsistenan petunjuk-petunjuk pelaksanaan. Pada intinya faktor penyebab utama kegagalan tipe kebijakan baru adalah karena belum dipenuhinya syarat-syarat bagi implementasi kebijakan yang efektif.
2. Kebijakan yang didesentralisasikan. Implementasi yang didesentralisasikan berarti melibatkan banyak orang, setiap orang harus menerima perintah-perintah otomatis akan semakin besar pula perilaku orang yang harus dipantau. Ada dua masalah dasar yang timbul, pertama persoalan komunikasi yaitu keterbatasan dalam membangun akses komunikasi yang baik antara pemberi desentralisasi dengan yang didesentralisasikan dan yang kedua persoalan pengawasan, yaitu keterbatasan dalam memonitor pelaksanaan kegiatan sesuai dengan kebijakan dan rencana yang telah ditetapkan.

Berkaitan dengan uraian tersebut, Buse, *et.al.*, (2012:120), menghubungkan dengan pendekatan *bottom-up*, menurutnya:

Pengetahuan dari perspektif *bottom-up* pada implementasi kebijakan juga telah mengarahkan berbagai studi dalam sistem layanan kesehatan dengan cara dimana hubungan antara pusat, provinsi dan agen-agen lokal mempunyai pengaruh atas kebijakan. Kemampuan pusat untuk mengontrol tingkat yang lebih rendah dari sistem sangat bervariasi dan tergantung pada faktor-faktor seperti: dari manakah biaya-biaya yang ada datang dan siapa yang mengontrolnya (contohnya, keseimbangan antara sumber-sumber

pembiayaan pusat dan lokal), legislasi (misalnya tingkat otoritas yang bertanggung jawab untuk tugas-tugas tersebut), aturan operasional dan kemampuan pemerintah untuk menegakkannya (misalnya, melalui penilaian performa, audit, insentif dan lain-lain). Hubungan antara pusat dan daerah dalam sistem kesehatan mempengaruhi nasib banyak kebijakan. Kadang-kadang, contohnya di Afrika Selatan yang telah ditunjuk di atas, kebijakan-kebijakan diselewengkan selama implementasi. Di waktu yang lain, kebijakan secara keseluruhan ditolak. Di Selandia Baru, pada awal tahun 1990-an, pemerintah memperkenalkan *user charges* bagi pasien rawat jalan, dan pasien rawat inap untuk menghapus insentif yang diterima bagi pasien yang pergi ke rumah sakit daripada pasien yang menggunakan layanan primer dimana mereka dikenakan biaya untuk layanan.

Apapun kelebihan intelektualnya, kebijakan tersebut benar-benar tidak populer di antara masyarakat umum, pasien, dan manager dan staf rumah sakit yang harus mengumpulkan biaya. *User charges* semakin ditinggalkan hingga menghilang sekitar 2 tahun setelah diperkenalkan.

Pemahaman terhadap model-model yang relevan dalam menyelesaikan berbagai persoalan, bukan merupakan hal mudah karena tidak semua model tersebut sesuai dengan kebutuhan kondisi lapangan penelitian. Seorang peneliti harus mengetahui dan memahami model-model apa dan yang bagaimana ingin dipakai, sehingga dalam suatu penelitian terdapat metode dasar tentang bagaimana seharusnya implementasi kebijakan tersebut dilaksanakan.

Oleh karena itu, beberapa model untuk memperkaya pemahaman tentang berbagai variabel yang terlibat dalam implementasi akan dielaborasi dengan beberapa teori implementasi yang dikemukakan oleh beberapa ahli yang mengukur keberhasilan pelaksanaan suatu kebijakan publik yaitu;

1. Model Hogwood dan Gunn

Brian W. Hogwood and Lewis A. Gunn (1978) mencatat bahwa suksesnya implementasi kebijakan membutuhkan setidaknya sepuluh prasyarat yaitu:

Pertama, kondisi eksternal yang dihadapi oleh badan/intansi pelaksana tidak akan menimbulkan gangguan. Kedua, tersedia waktu dan sumber-sumber daya yang memadai. Ketiga, perpaduan sumber-sumber daya yang diperlukan benar-benar tersedia. Keempat, kebijakan yang akan diimplementasikan berdasarkan teori yang valid tentang sebab-akibat, seperti apabila “x” diterapkan, kemudian “y” akan memberi hasil. Kelima, berapa banyak hubungan kausalitas terjadi. Keenam, hubungan saling ketergantungan harus kecil. Ketujuh, pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan. Kedelapan, tugas-tugas terperinci dan ditempatkan dalam urutan yang tepat. Kesembilan, komunikasi dan koordinasi yang sempurna. Kesepuluh, pihak-pihak yang memiliki kewenangan mendapatkan kepatuhan yang sempurna (Nugroho, 2012: 185).

2. Model Gerston

Gerston (1992: 50) mensyaratkan adanya 4 (empat) faktor yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan publik, yaitu:

- a. *Translation ability*, yaitu kemampuan staf pelaksana untuk menterjemahkan apa yang sudah diputuskan oleh pengambil keputusan untuk dilaksanakan.
- b. *Resources* (sumberdaya), khususnya yang berkaitan dengan sumberdaya manusia, financial, peralatan/sarana.
- c. *Limited number of players*, yaitu jumlah pelaksana kebijakan yang tidak terlalu banyak, agar tidak menimbulkan kebingungan dan kompetisi yang tidak sehat.
- d. *Accountability*, yaitu adanya proses pertanggunggugatan dari pelaksana kebijakan terhadap apa yang telah dihasilkan.

3. Model van Meter and van Horn

Donald van Meter and Carl van Horn (1975) mengembangkan model klasik dari implementasi kebijakan. Model ini mengasumsikan bahwa implementasi

kebijakan berlangsung linear dalam proses kebijakan. Beberapa variabel penting dari implementasi kebijakan ialah sumber daya dan tujuan standar yang mendorong komunikasi antar organisasi dan kegiatan penegakannya, karakteristik lembaga pelaksana, dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, sosial dan politik yang pada gilirannya menghasilkan disposisi pelaksana dalam rangka untuk mencapai kinerja pelaksana (Nugroho, 2012: 184).

4. Model Grindle

Merilee S. Grindle (1980) menyatakan bahwa keberhasilan dari suatu implementasi kebijakan publik, sangat ditentukan oleh tingkat kebijakan implementasi itu sendiri, yang terdiri dari isi kebijakan dan konteks kebijakan (Nugroho, 2012: 188, Amiruddin, 2012: 15):

1. Isi Kebijakan menurut Grindle ialah:
 - a) Pengaruh Kepentingan (pengaruh penting)
Pengaruh kepentingan berkaitan dengan beberapa kepentingan yang mempengaruhi implementasi kebijakan. Indikator ini menunjukkan bahwa kebijakan dalam pelaksanaannya pasti banyak melibatkan kepentingan yang membawa pengaruh terhadap implementasi hal ini yang ingin ketahui lebih lanjut.
 - b) Jenis Manfaat (tipe manfaat)
Pada titik ini isi kebijakan berupaya untuk menunjukkan atau menjelaskan bahwa dalam kebijakan ini harus ada beberapa jenis manfaat yang menunjukkan dampak positif yang dihasilkan oleh kebijakan yang akan dihasilkan.
 - c) Memperpanjang Perubahan Envisi (keputusan perubahan yang ingin dicapai)
Setiap kebijakan memiliki tujuan yang akan dicapai. Isi kebijakan yang ingin dijelaskan pada poin ini adalah bahwa sebesar apapun perubahan yang ingin dicapai melalui suatu pelaksanaan kebijakan harus memiliki tujuan yang jelas.
 - d) Tempat Pengambilan Keputusan (posisi pengambilan keputusan)
Pengambilan keputusan dalam kebijakan memainkan peranan penting dalam pelaksanaan dari kebijakan, maka pada bagian ini harus dijelaskan dimana posisi pengambilan keputusan dan kebijakan akan dilaksanakan.
 - e) Pelaksana Program (eksekutor program)

Dalam menjalankan kebijakan atau program harus didukung adanya pelaksana program yang kompeten dan kemampuan terhadap keberhasilan suatu kebijakan. Dan ini akan memberi pembagian yang layak pada bagian ini.

- f) Sumberdaya yang berkomitmen (sumberdaya yang digunakan)
Pelaksanaan kebijakan harus didukung oleh sumberdaya untuk terlaksana dengan baik.
- 2. Konteks kebijakan menurut Grindle ialah:
 - a) Kekuasaan, Kepentingan, dan Strategi Aktor yang Terlibat
Dalam suatu kebijakan harus diperhitungkan juga potensi, hal yang penting, dan strategi yang digunakan oleh aktor-aktor yang terlibat untuk membuat cara pelaksanaan yang lebih mudah dari suatu pelaksanaan kebijakan.
 - b) Lembaga dan Karakteristik Rezim
Lingkungan dimana kebijakan berada memiliki pengaruh terhadap keberhasilan, maka pada bagian ini dijelaskan karakteristik dan lembaga yang juga akan berpengaruh terhadap kebijakan.
 - c) Kepatuhan dan Daya Tanggap (tingkat kepatuhan dan adanya tanggapan dari pelaksana).

5. Model Edward III

Model Edward III (1980) menyatakan isu kunci kebijakan publik adalah kurangnya perhatian terhadap implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat ditegaskan bahwa tanpa pelaksanaan yang efektif, keputusan pembuat kebijakan tidak akan berhasil dilaksanakan. Oleh karena itu Edward menempatkan perhatian pada empat isu/faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan (Nugroho, 2012: 191) yaitu:

- a. komunikasi (*communications*)
- b. sumberdaya (*resources*)
- c. disposisi atau sikap (*dispositions*)
- d. struktur birokrasi (*Bureaucratic structures*).

Empat faktor yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan bekerja secara simultan dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu implementasi kebijakan, maka pendekatan yang ideal adalah dengan cara merefleksikan

kompleksitas ini dengan membahas semua faktor sekaligus (Winarno, 2002: 174).

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

a. Komunikasi (*communications*)

Komunikasi berkenaan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan pada organisasi dan/atau publik, ketersediaan sumber daya untuk melaksanakan kebijakan, sikap dan tanggap dari para pihak yang terlibat, dan bagaimana struktur organisasi pelaksana kebijakan. Edwards III dalam Tangkilisan (2003: 19) menyebutkan:

Ada aspek dalam komunikasi, *pertama* transmisi yaitu sebelum masyarakat terlibat dalam proses implementasi suatu kebijakan publik mereka harus sadar bahwa keputusan telah dibuat dan sebuah komando untuk mengimplementasikannya dikeluarkan, hal ini tidak selalu sebagai tuntutan atau keharusan. *Kedua* kejelasan yaitu ukuran implementasi mesti tidak hanya diterima, namun mereka juga harus jelas. *Ketiga* konsistensi yaitu aturan implementasi mesti konsisten dan jelas.

Sarana komunikasi yang diperlukan berupa kegiatan sosialisasi. Dengan memperhatikan maksud tersedianya saluran komunikasi kebijakan maka tahap sosialisasi yang diperlukan adalah sosialisasi dalam bentuk “orientasi program” dan “pelatihan” kemampuan teknis pelaksana kebijakan. Faktor-faktor yang menentukan keberhasilan komunikasi dalam menunjang implementasi kebijakan menurut Edwards III adalah ketersediaan saluran komunikasi, kejelasan tujuan dan prosedur pelaksanaan kebijakan dan isi kebijakan yang konsisten.

Implementasi program JKA memerlukan pelaksana program untuk melakukan sosialisasi terhadap orientasi program kepada kelompok masyarakat, agar dapat dipahami dan dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan oleh perumus kebijakan atau pelaksana program. Komunikasi yang dilakukan melalui

sosialisasi dan pendekatan yang persuasif akan mendukung tercapainya tujuan dan mendorong partisipasi masyarakat yang lebih optimal.

b. Sumberdaya (*resources*)

Sumberdaya yang akan mendukung implementasi kebijakan yang efektif disini menyangkut staf yang memadai dengan berbagai keahliannya, wewenang, informasi dan fasilitas yang diperlukan (Syafri dan Setyoko, 2008: 49), lebih lanjut dinyatakan:

- a. Staf, merupakan unsur paling penting dalam melaksanakan kebijakan. Besaran jumlah staf (staf yang banyak) tidak selamanya berdampak positif bagi implementasi kebijakan. Agar suatu kebijakan dapat diimplementasikan dengan baik maka perlu didukung oleh sejumlah staf yang memiliki kompetensi, keahlian maupun keterampilan sesuai kebutuhan.
- b. Wewenang, menyangkut besaran jangkauan tugas yang dapat dilakukan oleh pejabat pembuat kebijakan maupun para pelaksana. Oleh karena itu wewenang ini akan berbeda-beda dari suatu program ke program lainnya. Kewenangan ini harus bersifat formal karena merupakan otoritas atau legitimasi untuk melaksanakan tugas.
- c. Informasi, adalah hal penting lain dalam implementasi suatu kebijakan. Informasi ada dua bentuk yaitu informasi tentang bagaimana melaksanakan suatu kebijakan. Artinya para pelaku perlu mengetahui apa yang harus dilakukan dan bagaimana mereka harus melakukannya, dan data tentang ketaatan para pelaksana terhadap peraturan pemerintah. Kedua bentuk informasi tersebut penting bagi efisiensi dan kesungguhan para pelaksana dalam melaksanakan tugas masing-masing.
- d. Fasilitas-fasilitas, dimaksudkan disini menyangkut ketersediaan sarana fisik, misalnya ketersediaan ruang kerja dan perlengkapan lainnya, tanpa itu semua maka besar kemungkinan akan mengalami kegagalan dalam mengimplementasikan kebijakan yang telah dibuat.

Sumberdaya (*resources*) sangat penting dalam mendukung kelancaran implementasi program JKA, dalam hal ini terdiri dari tim koordinasi kabupaten, tim pengawas kabupaten dan kecamatan, tim validasi data kecamatan, tenaga medis (di rumah sakit dan puskesmas) serta staf maupun pelaksana lainnya.

c. Disposisi atau sikap (*dispositions*)

Disposisi diterjemahkan sebagai “kecenderungan-kecenderungan” dan Agustino menerjemahkan istilah itu dengan “sikap dari pelaksana kebijakan”. Kedua pengertian tersebut dapat dijadikan sebagai landasan untuk menjelaskan pengertian disposisi, yaitu “kecenderungan-kecenderungan sikap para pelaksana kebijakan”. Ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan: kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program ke arah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut (Wahab, 2008: 52).

Sisi lain dari masalah pencapaian tujuan-tujuan kebijaksanaan dan program dalam suatu lingkungan tertentu ialah daya tanggap (*responsiveness*). Menurut Wahab (1990: 1339):

Idealnya, lembaga-lembaga publik semisal birokrasi haruslah tanggap terhadap kebutuhan-kebutuhan dari pihak yang mereka harapkan menerima manfaat sebagai upaya untuk melayaninya sebaik mungkin. Tambahan pula, tanpa adanya daya tanggap tertentu selama implementasi, pejabat-pejabat pemerintah tidak akan mempunyai informasi yang memadai guna mengevaluasi prestasi dan keberhasilan sesuatu program. Dalam banyak hal, daya tanggap mungkin pula berarti bahwa tujuan-tujuan kebijaksanaan tidak tercapai karena adanya campur tangan individu-individu atau kelompok-kelompok yang sama, baik dalam rangka untuk mendapatkan jenis-jenis barang dan jasa tertentu dalam jumlah yang lebih besar ataupun untuk menghambat jalannya program tertentu yang boleh jadi tidak mereka terima sebagai sesuatu yang bermanfaat.

Sedangkan menurut Edward III dalam Nugroho (2008: 53) mengatakan bahwa “Jika implementasi kebijakan ingin berhasil secara efektif dan efisien, para pelaksana tidak hanya mengetahui apa yang harus dilakukan dan mempunyai kemampuan untuk melakukan kebijakan itu, tetapi mereka juga harus mempunyai kemampuan untuk melaksanakan kebijakan tersebut”.

Berdasarkan uraian diatas, maka implementasi program JKA mutlak harus dikuatkan dengan adanya komitmen dan kesadaran yang tinggi dari para

pelaksana program untuk melaksanakan program secara sistematis, berkelanjutan dan konsisten.

d. Struktur birokrasi (*bureaucratic structures*)

Pada umumnya kebijakan publik dilaksanakan oleh badan-badan administratif yang dikenal dengan sebutan birokrasi. Menurut Simarmata (2013) birokrasi merupakan unsur yang umumnya berfungsi mengimplementasikan suatu kebijakan karena memiliki karakteristik: *pertama*, birokrasi dipilih sebagai *instrument social* yang ditujukan untuk menyelesaikan masalah-masalah publik. *Kedua*, birokrasi merupakan institusi yang dominan dalam pelaksanaan program kebijakan yang tingkat kepentingannya berbeda-beda pada masing-masing tahap. *Ketiga*, birokrasi mempunyai sejumlah tujuan yang berbeda. *Keempat*, birokrasi berada dalam lingkungan yang luas dan kompleks. *Kelima*, birokrasi jarang mati, naluri untuk bertahan hidup tidak perlu dipertanyakan lagi. *Keenam*, birokrasi bukan merupakan sesuatu yang netral dalam pilihan-pilihan kebijakan mereka, tidak juga secara penuh dikontrol oleh kekuatan-kekuatan yang berasal dari luar dirinya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi struktur birokrasi dalam rangka mendukung keberhasilan implementasi kebijakan adalah *fragmentasi* dan *Standar Operating Procedures* (SOP) (Edward III, 1980: 125). Proses penyebaran tanggungjawab dapat dilakukan dengan pendekatan *top down* dan *bottom up*, SOP dalam JKA dikenal dengan Pedoman Pelaksanaan (Manlak) JKA yang merupakan instrumen yang menjelaskan secara detail mengenai manual pelaksanaan kegiatan

program JKA, sehingga dapat ditentukan suatu standar pelaksanaan yang seragam dalam menghadapi kondisi tertentu.

Hogwood dan Gunn dalam Wahab (2008: 36) mengemukakan sejumlah tahap implementasi sebagai berikut:

Tahap I, terdiri atas kegiatan-kegiatan, menggambarkan rencana suatu program dengan penetapan tujuan secara jelas;

- a. Menentukan standar pelaksanaan,
- b. Menentukan biaya yang akan digunakan beserta waktu pelaksanaan.

Tahap II, merupakan pelaksanaan program dengan mendayagunakan struktur staf, sumber daya, prosedur, biaya serta metode.

Tahap III, merupakan kegiatan-kegiatan:

- a. Menentukan jadwal,
- b. Melakukan pemantauan,
- c. Mengadakan pengawasan untuk menjamin kelancaran pelaksanaan program. Dengan demikian jika terdapat penyimpangan atau pelanggaran dapat diambil tindakan yang sesuai dengan segera.

Berdasarkan pernyataan Hogwood dan Gunn tersebut, maka implementasi program JKA perlu perumusan tujuan yang jelas, menentukan standar, biaya, pendayagunaan sumberdaya yang maksimal, serta adanya jadwal yang teratur, pemantauan serta pengawasan, sehingga implementasi program JKA dapat terlaksana dengan baik dan terjaga dari kemungkinan terjadinya penyimpangan atau pelanggaran.

Beberapa model tersebut dapat digunakan sebagai acuan untuk menjamin keberhasilan implementasi kebijakan, selain akan lebih dapat dipahami jika menggunakan suatu model atau kerangka pemikiran tertentu.

6. Pengertian Program dalam Perencanaan

Secara umum pengertian program adalah penjabaran dari suatu rencana. Dalam hal ini program merupakan bagian dari perencanaan. Sering pula diartikan bahwa program adalah kerangka dasar dari pelaksanaan suatu kegiatan.

Dengan demikian dalam menentukan suatu program harus dirumuskan secara matang sesuai dengan kebutuhan agar dapat mencapai tujuan melalui partisipasi dari masyarakat. Suatu hal yang harus diperhatikan di dalam proses pelaksanaan suatu program sekurang kurangnya terdapat tiga unsur yang penting dan mutlak ada, menurut Abdullah (1988) antara lain:

- 1) Adanya program (kebijaksanaan) yang dilaksanakan.
- 2) Target group, yaitu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan diharapkan akan menerima manfaat dari program tersebut dalam bentuk perubahan dan peningkatan.
- 3) Unsur pelaksana (implementer) baik organisasi maupun perorangan yang bertanggung jawab dalam pengelolaan, pelaksanaan dan pengawasan dari proses implementasi tersebut.

Berdasarkan pendapat tersebut dapat dikatakan bahwa suatu program diimplementasikan, terlebih dahulu harus diketahui secara jelas mengenai adanya program, target group, serta unsur pelaksana agar program yang direncanakan dapat mencapai target yang sesuai dengan keinginan.

7. Pengertian Asuransi Kesehatan/Jaminan Kesehatan

Istilah jaminan sosial (*social insurance*) lebih mengacu pada jaminan bagi masyarakat atas biaya permasalahan sosial yang tidak terduga (misalnya, kematian, cacat, cedera atau penyakit) bukan menjamin properti. Asuransi kesehatan, layaknya tipe asuransi lain adalah proses penyebaran resiko dan biaya (Pickett dan Hanlon, 1995). Dengan kata lain, biaya untuk pengobatan cedera atau penyakit seseorang akan dibagi kepada setiap orang dalam kelompok. Setiap orang dalam kelompok memiliki peluang (resiko) yang berbeda untuk mengalami suatu masalah dan karena itu memerlukan layanan kesehatan.

Asuransi kesehatan, menurut Ilyas (2003) adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berjalan berdasarkan konsep resiko. Masyarakat bersama-sama menjadi anggota asuransi kesehatan dengan dasar bahwa keadaan sakit merupakan suatu kondisi yang mungkin terjadi di masa mendatang sebagai suatu resiko kehidupan.

8. Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA)

Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) adalah suatu sistem pendanaan kesehatan perorangan yang menggunakan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial yang berlaku untuk seluruh penduduk Aceh. Penduduk Aceh adalah setiap orang yang bertempat tinggal secara menetap di Aceh yang dibuktikan dengan kartu tanda penduduk Aceh atau kartu keluarga tanpa membedakan suku, ras, agama dan keturunan (Pedoman Pelaksanaan JKA, 2011).

Tujuan umum dari penyelenggaraan JKA adalah mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Aceh yang berkeadilan, tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, jenis kelamin dan usia dalam rangka meningkatkan produktifitas dan kesejahteraan. Adapun tujuan khusus dari penyelenggaraan JKA adalah:

- a. Mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata bagi seluruh penduduk Aceh;
- b. Menjamin akses pelayanan bagi seluruh penduduk dengan mencegah terjadinya beban biaya kesehatan yang melebihi kemampuan bayar penduduk.
- c. Menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dari pelayanan kesehatan primer/tingkat pertama sampai pelayanan rujukan yang memuaskan rakyat, tenaga kesehatan, dan Pemerintah Aceh.
- d. Mewujudkan reformasi sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan di Aceh secara bertahap.

Sasaran JKA adalah seluruh penduduk Aceh tidak termasuk Peserta Askes Sosial, Pejabat Negara yang iurannya dibayar Pemerintah dan Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek.

Identitas peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah:

1. Kartu JKA ialah identitas yang sah untuk mendapatkan jaminan kesehatan Aceh.
2. Sebelum diterbitkannya kartu JKA, persyaratan yang dibutuhkan sebagai bukti untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah KTP Aceh dan atau Kartu Keluarga Aceh, selain itu menunjukkan:
 - a. Kartu Jamkesmas bagi yang terdaftar sebagai peserta Jamkesmas.
 - b. Kartu Tanda Anggota bagi TNI/Polri.

Peserta Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) adalah seluruh penduduk Aceh tidak termasuk Peserta Askes Sosial, Pejabat Negara yang iurannya dibayar Pemerintah dan Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek.

Peserta JKA digolongkan dua jenis kepesertaan yaitu:

- a. Peserta JKA Jamkesmas adalah peserta yang bersumber dana dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) diperuntukkan bagi penduduk miskin sesuai kriteria yang ditetapkan oleh Jamkesmas.
- b. Peserta JKA Non Jamkesmas adalah peserta yang jaminan kesehatan bersumber dana dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA) diperuntukkan bagi penduduk yang tidak terjamin melalui asuransi kesehatan sosial PT. Askes dan JPK Jamsostek. TNI dan Polri yang memiliki KTP Aceh termasuk peserta JKA.

Sumber data yang digunakan untuk penerbitan kartu JKA adalah hasil validasi data yang dilakukan oleh tim validasi data di setiap desa yang berjumlah tiga orang atau lebih per kecamatan yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota, dengan ketentuan dapat mengumpulkan data peserta JKA secara akurat dan tepat waktu. Tim validasi data bertugas melakukan verifikasi dan validasi data kepesertaan

JKA di tingkat desa dengan mengisi formulir khusus yang disediakan oleh PT. Askes (Persero) dan diserahkan kepada Kepala Puskesmas setempat untuk diteruskan kepada Kepala Kantor Cabang PT. Askes (Persero) terdekat dengan tanda terima.

Hak peserta:

1. Setiap peserta berhak atas pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang telah mengikat kontrak dengan PT. Askes, baik di wilayah Aceh maupun di luar wilayah Aceh dalam yurisdiksi Republik Indonesia.
2. Rincian lebih lanjut tentang layanan yang dijamin dan tata cara/prosedur memperoleh layanan diatur lebih lanjut dalam Manlak.
3. Setiap peserta yang mengalami keadaan gawat darurat membutuhkan rujukan ke rumah sakit yang lebih lengkap berhak mendapat bantuan transportasi ambulans atau penggantian biaya transportasi untuk pengobatan di dalam negeri.
4. Untuk mendapatkan layanan ambulans atau penggantian biaya transportasi pada butir 3, peserta harus mengisi formulir khusus yang disediakan dengan jujur dan benar.

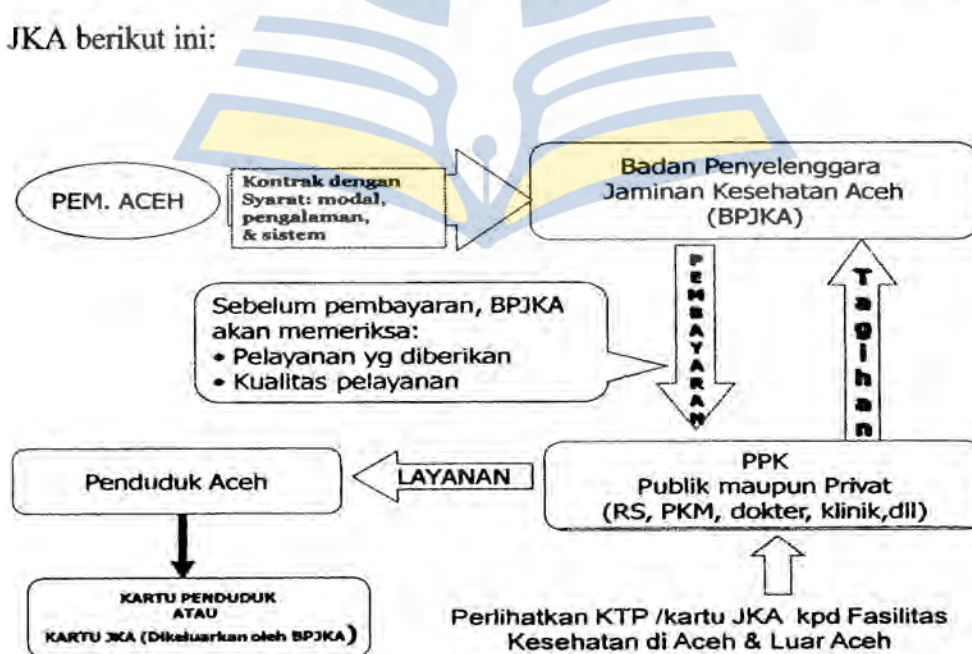
Sedangkan kewajiban peserta yaitu:

1. Setiap kepala keluarga atau perorangan dewasa yang merupakan penduduk Aceh wajib mendaftarkan diri kepada kepala desa setempat dengan mengisi formulir seperti terlampir dalam Manlak.
2. Apabila penduduk tersebut pada butir 1 belum memiliki bukti KT/KK, maka penduduk wajib menghubungi kantor desa/kelurahan yang terdekat untuk mendapatkan KTP/KK.
3. Sebelum diterbitkan kartu JKA, setiap penduduk yang berobat wajib membawa KTP dan atau KK.
4. Peserta Jamkesmas wajib membawa kartu Jamkesmas karena tidak ada perbedaan layanan peserta Jamkesmas dengan peserta non Jamkesmas.
5. Setiap peserta yang telah memiliki kartu JKA wajib membawa kartu tersebut kemanapun berpergian yang dapat digunakan untuk berobat jika sewaktu-waktu diperlukan.
6. Setiap peserta wajib melaporkan perubahan status kependudukan (lahir, kawin, dan mati) dan alamat tempat tinggal kepada kantor BPJKA/kepala desa terdekat. Apabila tidak melapor, maka peserta dapat tidak dilayani atau melengkapi prosedur yang panjang karena tidak terdaftar pada fasilitas kesehatan yang bersangkutan.
7. Setiap peserta wajib memenuhi peraturan penggunaan kartu JKA seperti keharusan berobat secara berjenjang dari fasilitas atau pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer sampai rujukan ke tingkat tertinggi/tersier melalui mekanisme rujukan, kecuali dalam keadaan darurat.

8. Setiap peserta wajib berperilaku bersih diri, bersih lingkungan, menghindari makanan yang tidak bersih dan tidak sehat, perbuatan dan hal-hal yang dapat meningkatkan resiko sakit bagi dirinya dan orang-orang disekitarnya.
9. Setiap peserta wajib memenuhi gizi yang seimbang, syarat-syarat imunisasi bagi anggota keluarganya sesuai usia terkait. Dan pemeriksaan ibu hamil agar dapat tercegah dari penyakit yang berat yang menghilangkan produktivitas dan meningkatkan kualitas sumberdaya manusia Aceh untuk masa depan
10. Setiap peserta wajib memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan primer segera setelah gejala penyakit (misalnya panas, nyeri, luka, dsb.) agar penyakit atau gangguan kesehatan tersebut dapat diatasi secara efektif dan efisien.
11. Setiap peserta yang meminta layanan khusus, obat dengan merk tertentu, atau meminta kelas perawatan yang lebih tinggi, wajib membayar sendiri biaya yang merupakan pilihannya sendiri.
12. Setiap peserta yang langsung berobat pada pelayanan rujukan tanpa dilakukan rujukan oleh fasilitas perawatan primer, peserta wajib membayar seluruh biaya berobat tersebut.
13. Setiap peserta wajib memberikan informasi atau keterangan yang sebenarnya dalam survey, penilaian layanan, atau menyampaikan keluhan atas layanan yang tidak memuaskan baik oleh PT. Askes maupun oleh fasilitas kesehatan (puskesmas, dokter praktek/dokter keluarga, bidan, dan rumah sakit) yang menangani peserta JKA.

Adapun proses pelayanan program JKA dapat dilihat dalam *grand disain*

JKA berikut ini:



Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, 2013

Gambar 2.2 Grand Disain JKA

B. Kerangka Pikir

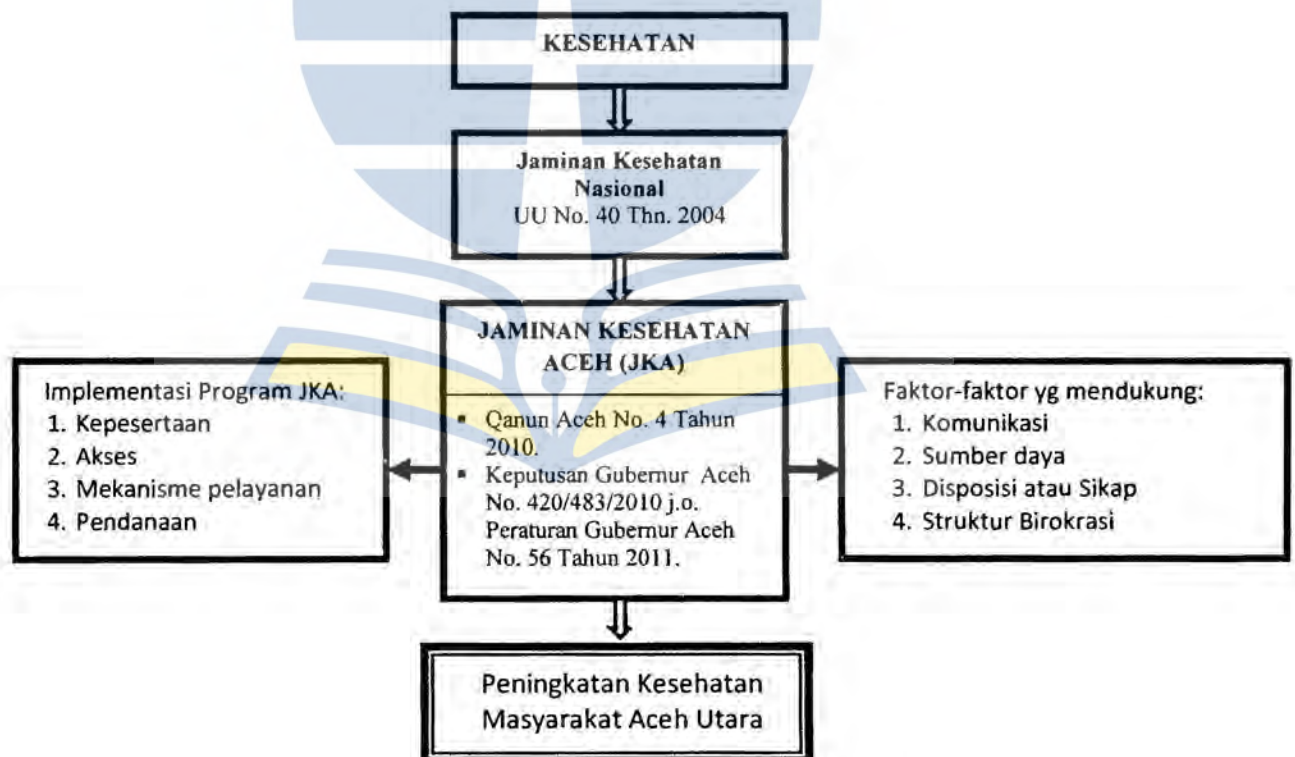
Berdasarkan kajian teori-teori yang telah dijelaskan, maka kerangka pikir dapat dirumuskan sebagai berikut: implementasi berarti berusaha memahami apa yang sesungguhnya terjadi setelah suatu program dirumuskan atau kegiatan yang terjadi setelah melalui proses pengesahan kebijakan pemerintahan, berupa upaya untuk mengimplementasikan maupun menciptakan dampak tertentu pada masyarakat. Implementasi dapat dilihat dari aspek kepesertaan, akses, mekanisme pelayanan dan pendanaan.

Pada implementasi suatu kebijakan terdapat beberapa keadaan yang perlu dipertimbangkan guna kesuksesan atau keberhasilan implementasi. Edward III (1980: 10) mengatakan bahwa dalam mengkaji implementasi kebijakan akan sangat dipengaruhi oleh empat faktor pendukung atau dimensi krusial dalam implementasi kebijakan publik, faktor-faktor pendukung atau dimensi tersebut yaitu:

1. *Komunikasi*; suatu program hanya dapat dilaksanakan dengan baik apabila jelas bagi pelaksana. Hal ini menyangkut proses penyampaian informasi atau transmisi, kejelasan informasi tersebut (*clarity*) dan konsistensi informasi yang disampaikan.
2. *Sumberdaya*; meliputi empat komponen yaitu staf yang cukup (jumlah dan mutu), informasi yang dibutuhkan guna pengambilan keputusan, kewenangan yang cukup guna melaksanakan tugas atau tanggung jawab dan fasilitas yang dibutuhkan dalam pelaksanaan.
3. *Disposisi atau sikap*; yaitu komitmen dari para pelaksana terhadap program khususnya bagi birokrat yang menjadi implementor dari program yang dalam hal ini terutama yang dimaksudkan adalah aparatur birokrasi.
4. *Struktur birokrasi*; yaitu terdapatnya suatu SOPs (*Standard Operating Procedures*) yang mengatur tata aliran pekerjaan dan pelaksanaan program. Jika hal ini tidak ada, maka sekali untuk mencapai hasil yang memuaskan karena penyelesaian khusus dengan menggunakan pola yang baku.

Keempat faktor pendukung tersebut dianggap mempengaruhi implementasi kebijakan bekerja secara simultan dan saling berinteraksi antara satu dengan lainnya dalam implementasi suatu kebijakan. Oleh karena itu, maka pendekatan yang ideal dapat dilakukan dengan cara menganalisis semua faktor tersebut sekaligus.

Kerangka pikir ini merupakan model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah didefinisikan sebagai masalah yang penting. Berdasarkan uraian tersebut, maka penulis menggambarkan alur pikir dalam penelitian ini seperti pada Gambar 2.3

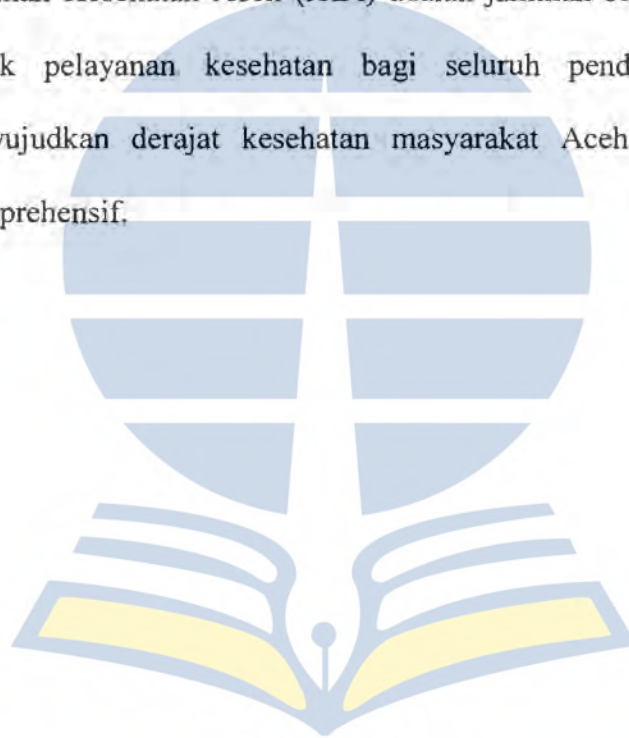


Sumber: Diolah oleh penulis, 2013

Gambar 2.3 Kerangka Pikir

C. Definisi Konsep

1. Implementasi adalah proses untuk memastikan terlaksananya suatu kebijakan dan tercapainya kebijakan tersebut.
2. Program adalah penjabaran dari suatu rencana. Dalam hal ini program merupakan bagian dari perencanaan yang merupakan kerangka dasar dari pelaksanaan suatu kegiatan.
3. Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) adalah jaminan sosial bidang kesehatan untuk pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat Aceh secara optimal dan komprehensif.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif, yakni untuk mendeskripsikan mekanisme (sistem, kerangka) proses implementasi program JKA. Penelitian kualitatif ini merupakan tradisi dalam ilmu pengetahuan sosial yang secara fundamental bergantung pada pengamatan manusia dalam kawasannya sendiri dan berhubungan dengan orang tersebut dalam bahasanya dan peristilahannya (Moleong, 2006: 3). Dengan kata lain, peneliti bermaksud untuk menggali cara kerja JKA dalam mewujudkan kesehatan masyarakat Aceh Utara.

Selanjutnya dalam pendekatan kualitatif ini, dilakukan pengamatan guna memperoleh informasi mendalam mengenai proses implementasi program JKA di Dinas Kabupaten Aceh Utara, termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi proses implementasi program JKA. Hal ini sebagaimana definisi Bogdan dan Taylor, *penelitian kualitatif* adalah sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data dekriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Moleong, 2006: 3).

Penelitian kualitatif itu berakar pada latar alamiah sebagai keutuhan, mengandalkan manusia sebagai alat penelitian, memanfaatkan metode kualitatif, mengandalkan analisis data secara induktif, mengarahkan sasaran penelitiannya pada usaha menemukan teori dari-dasar, bersifat deskriptif, lebih mementingkan proses dari pada hasil, membatasi studi dengan fokus, memiliki seperangkat

kriteria untuk memeriksa keabsahan data, rancangan penelitiannya bersifat sementara, dan hasil penelitiannya disepakati oleh kedua belah pihak : peneliti dan subjek penelitian (Moleong, 2006: 27).

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif karena didasarkan atas beberapa pertimbangan, *pertama*, potensi dan karakteristik data yang lebih bersifat informasi kualitatif. *Kedua*, berusaha melakukan penelitian apa adanya atau sesuai dengan kenyataan yang terjadi dan *ketiga*, metode ini lebih peka dan lebih mampu menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh bersama terhadap pola-pola nilai yang dihadapi.

B. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ditentukan di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara dengan alasan dan pertimbangan sebagai berikut:

1. Kabupaten Aceh Utara dengan jumlah penduduk sebesar 549.370 jiwa merupakan kabupaten yang penduduknya terbanyak di Provinsi Aceh dengan jumlah penduduk 4.693.934 jiwa dari 23 kabupaten/kota se-Aceh (data Aceh dalam Angka 2013), sebanding dengan rasio jumlah peserta Jaminan Kesehatan Aceh di Provinsi Aceh.
2. Penelitian tentang Implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2010 hingga 2013 belum pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya.
3. Peneliti ingin meneliti lebih lanjut mengapa implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tidak berlangsung secara optimal.

C. Informan

Sesuai dengan tujuan penelitian ini, pemilihan informan dipergunakan teknik *purposive sampling* (pengambilan sampel berdasarkan tujuan), dimana informan sengaja dipilih oleh peneliti berdasarkan pemikiran yang logis dan sesuai dengan informasi yang dicari dan mempunyai relevansi dengan topik penelitian. Agar informasi yang diperoleh dapat lebih akurat dan faktual maka informan yang dimaksud adalah yang mengetahui dan memahami sepenuhnya mengenai objek kajian yang diteliti (Malo, 1997: 103).

Sesuai dengan pendapat Alston dan Bowles (1998: 63) bahwa:

Teknik sampling ini akan menuntun kita untuk memilih sampel/informan sesuai dengan tujuan penelitian. Kita sebelumnya mungkin memiliki pengetahuan untuk mengidentifikasi kelompok mana yang penting untuk penelitian atau kita memilih subjek-subjek yang kita anggap lebih tepat digunakan untuk penelitian.

Untuk itu kemudian ditentukan pemilihan informan dengan berdasarkan kriteria sebagai berikut: memahami tentang proses implementasi program JKA dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi program JKA di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, terdiri dari: Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, untuk memperoleh informasi dan data secara proporsional dan objektif, maka informan juga diperoleh dari Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara, LSM Kesehatan di Aceh Utara, 15 orang pasien program JKA di Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara serta masing-masing Kepala Puskesmas Syamtalira Aron dan Kecamatan Banda Baro, masing-masing 10 orang anggota Masyarakat Kecamatan Tanah Pasir dan Kecamatan Syamtalira Bayu.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan terdiri dari pedoman wawancara (*interview guide*) sebagai pedoman peneliti dalam menggali informasi melalui wawancara, di samping itu pula menggunakan alat tulis dan buku catatan. Peneliti sendiri menjadi *instrument* paling penting, peneliti ikut juga terlibat sebagai salah satu “partisipan” dalam kegiatan atau fenomena yang diteliti, tetapi pada saat yang sama menjadi “observer.” Karena itu, peran peneliti dalam penelitian ini sebagai “*partisipan observer*” (Irawan, 2007: 27). Contoh instrumen penelitian ini terdapat dalam *Lampiran 2*.

E. Teknik Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini terdiri atas 2 (dua) bagian yaitu data primer dan data sekunder. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Studi kepustakaan: berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, dan sebagainya, yang tujuannya untuk memperoleh konsep dan kerangka pemikiran yang berhubungan dengan informasi-informasi tentang implementasi program JKA.
2. Wawancara mendalam: secara semi terstruktur dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara. Satu persatu wawancara diperdalam untuk memperoleh informasi terhadap informan, sehingga akan diperoleh jawaban tentang proses implementasi program JKA dan faktor-faktor yang mempengaruhi program JKA.

3. Observasi: dalam pengumpulan data/informasi dalam penelitian ini yang digunakan adalah observasi partisipatif (*participant observation*). Artinya peneliti melibatkan diri secara langsung dengan melakukan pengamatan terhadap kegiatan-kegiatan implementasi program JKA.

F. Metode Analisis Data

Konsep analisis data menurut Patton adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola, kategori dan satuan uraian dasar. Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluru data yang tersedia dari berbagai sumber yaitu dari wawancara, pengamatan yang sudah dituliskan dalam catatan lapangan, dokumen pribadi, dokumen resmi, gambar, foto dan sebagainya (Moleong, 2006: 280, 283).

Sehubungan dengan pandangan tersebut, dapat disintesis analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data-data dari berbagai sumber (wawancara, catatan lapangan, dokumen dan sebagainya) kedalam suatu pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

Analisis data dalam penelitian ini dapat dikategorikan dalam 3 (tiga) sub proses yang saling keterkaitan yaitu reduksi data, penyajian data dan pengambilan kesimpulan/verifikasi. Menurut Miles & Huberman (1992 : 15):

- 1) Reduksi Data (*data reduction*)

Reduksi data berarti bahwa kesemestaan potensi yang dimiliki oleh data disederhanakan dalam sebuah mekanisme antisipatoris. Hal ini dilakukan ketika peneliti menentukan kerangka kerja konseptual (*conceptual framework*), pertanyaan peneliti, kasus dan instrumen penelitian yang digunakan. Jika hasil catatan lapangan, wawancara, rekaman dan data lain tersedia, tahap seleksi data berikutnya adalah perangkuman data (*data summary*), pengkodean (*coding*), merumuskan tema-tema, pengelompokan (*clustering*) dan penyajian cerita secara tertulis.

2) Penyajian Data (*data display*)

Mendefinisikan penyajian data sebagai konstruk informasi/sekumpulan informasi padat terstruktur/tersusun yang memungkinkan pengambilan keputusan dan penerapan aksi/tindakan. Penyajian data merupakan bagian kedua dari tahap analisis. Seorang peneliti perlu mengkaji proses reduksi data sebagai dasar pemaknaan.

3) Pengambilan Kesimpulan dan *Verifikasi*

Tahap ini melibatkan peneliti dalam proses interpretasi; penetapan makna dari data yang tersaji, cara yang digunakan akan semakin banyak; metode komparasi, merumuskan pola dan tema, pengelompokan, dan penggunaan metafora tentang metode konfirmasi seperti triangulasi, untuk mengecek kebenaran, mengurangi bias dan kesalahan data perlu menggunakan “teknik triangulasi” atau pemeriksaan silang *check & recheck* antara satu sumber data dengan sumber data lainnya.



BAB IV

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Gambaran Umum Kabupaten Aceh Utara

Kabupaten Aceh Utara memiliki sejarah panjang. Istilah kabupaten dulunya adalah *Afdeeling* ketika Aceh dalam jajahan Pemerintah Hindia Belanda. Pada masa pendudukan Jepang istilah *Afdeeling* diganti dengan *Bun*. Lalu sesudah Indonesia diproklamkan sebagai Negara Merdeka, Aceh Utara disebut *Luhak* (<http://yasirmaster.blogspot.com>).

Sejarah Aceh Utara tidak dapat dilepaskan dari sejarah perkembangan Kerajaan Islam di pesisir Sumatera yaitu Samudera Pasai yang terletak di Kecamatan Samudera. Di sini tempat pertama kehadiran Agama Islam di kawasan Asia Tenggara. Kerajaan-kerajaan Islam di Aceh mengalami pasang surut, mulai dari zaman Kerajaan Sriwijaya, Majapahit, kedatangan Portugis ke Malaka pada tahun 1511 sehingga 10 tahun kemudian Samudera Pasai turut diduduki, hingga masa penjajahan Belanda. Secara *de facto* Belanda menguasai Aceh pada 1904, yaitu ketika Belanda dapat menguasai benteng pertahanan terakhir pejuang Aceh Kuta Glee di Batee Iliak di Samalanga. Dengan surat Keputusan *Vander Geuvement General Van Nederland Indie* tanggal 7 September 1934, Pemerintah Hindia Belanda membagi Daerah Aceh atas 6 *Afdeeling* (Kabupaten) yang dipimpin seorang Asistent Resident. Seperti dikutip dalam "Monografi Aceh Utara tahun 1986, BPS dan BAPPEDA Aceh Utara", salah satu *Afdeeling* itu bernama *Noord Kust Van Aceh* (Kabupaten Aceh Utara) yang meliputi Aceh

Utara sekarang ditambah Kecamatan Bandar Dua yang kini telah termasuk Kabupaten Pidie.

Berdasarkan Undang Undang Nomor 1 tahun 1957 dan Keputusan Presiden Nomor 6 tahun 1959, Kabupaten Daerah Tingkat II Aceh Utara terbagi dalam 3 Kewedanaan yaitu: 1. Kewedanaan Bireuen terdiri atas 7 kecamatan 2. Kewedanaan Lhokseumawe terdiri atas 8 Kecamatan 3. Kewedanaan Lhoksukon terdiri atas 8 kecamatan. Dua tahun kemudian keluar Undang Undang Nomor 18 tahun 1959 tentang Pokok-pokok Pemerintahan Daerah. Berdasarkan UU tersebut wilayah kewedanaan dihapuskan dan wilayah kecamatan langsung di bawah Kabupaten Daerah Tingkat II. Lewat surat keputusan Gubernur Kepala Daerah Propinsi Daerah Istimewa Aceh Nomor: 07/ SK/11/Des/1969 tanggal 6 Juni 1969, wilayah bekas kewedanaan Bireuen ditetapkan menjadi daerah perwakilan Kabupaten Daerah Tingkat II Aceh Utara yang dikepalai seorang kepala perwakilan yang kini sudah menjadi Kabupaten Bireuen.

Hampir dua dasawarsa kemudian dikeluarkan Undang Undang Nomor 5 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Pemerintahan di Daerah, sebutan Kepala Perwakilan diganti dengan Pembantu Bupati Kepala Daerah Tingkat II, sehingga daerah perwakilan Bireuen berubah menjadi Pembantu Bupati Kepala Daerah Tingkat II Aceh Utara di Bireuen. Dengan berkembangnya Kabupaten Aceh Utara yang makin pesat, pada tahun 1986 dibentuklah Kotif (Kota Administratif) Lhokseumawe dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1986 yang membawahi 5 kecamatan. Lalu berdasarkan Keputusan Mendagri Nomor 136.21-526 tanggal 24 Juni 1988 tentang pembentukan wilayah kerja pembantu Bupati Pidie dan Pembantu Bupati Aceh Utara dalam wilayah Propinsi

Daerah Istimewa Aceh, maka terbentuklah Pembantu Bupati Aceh Utara di Lhoksukon. Sehingga Kabupaten Aceh Utara terdiri dari 2 Pembantu Bupati, 1 Kota Administratif, 26 wilayah kecamatan yaitu 23 kecamatan yang sudah ada ditambah dengan 3 kecamatan pemekaran baru.

Sebagai penjabaran dari UU Nomor 5 Tahun 1974, Pasal 11, yang menegaskan bahwa titik berat otonomi daerah diletakkan pada daerah tingkat II, maka pemerintah melaksanakan proyek percontohan otonomi daerah. Aceh Utara ditunjuk sebagai daerah tingkat II percontohan otonomi daerah. Pada tahun 1999, Kabupaten Aceh Utara yang terdiri dari 26 Kecamatan dimekarkan lagi menjadi 30 kecamatan dengan menambah empat kecamatan baru berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 1999. Seiring dengan pemekaran kecamatan baru tersebut, Aceh Utara harus merelakan hampir sepertiga wilayahnya untuk menjadi kabupaten baru, yaitu Kabupaten Bireuen berdasarkan Undang Undang Nomor 48 Tahun 1999. Wilayahnya mencakup bekas wilayah Pembantu Bupati di Bireuen.

Kemudian pada Oktober 2001, tiga kecamatan dalam wilayah Aceh Utara, yaitu Kecamatan Banda Sakti, Kecamatan Muara Dua, dan Kecamatan Blang Mangat dijadikan Kota Lhokseumawe. Saat ini Kabupaten Aceh Utara berpenduduk sebanyak 549.370 jiwa (data tahun 2012) membawahi 27 kecamatan. Walau sudah 12 tahun lebih berpisah dengan Kota Lhokseumawe, tapi Pemerintah Kabupaten Aceh Utara belum memindahkan pusat pemerintahan ke ibukota kabupaten ini di Lhoksukon.

2. Kondisi Geografis Kabupaten Aceh Utara

Kabupaten Aceh Utara sebagai salah satu kabupaten di Provinsi Aceh yang terletak di bagian pantai pesisir utara pada $96.52.00^{\circ}$ - $97.31.00^{\circ}$ Bujur Timur dan $04.46.00^{\circ}$ - $05.00.40^{\circ}$ Lintang Utara. Mempunyai luas Wilayah 3.296,86 km² dengan batas Wilayah sebelah Utara berbatasan dengan Pemerintah Kota Lhokseumawe dan Selat Malaka, sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Aceh Tengah, sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Bireuen, sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Aceh Timur. Jumlah Kecamatan yang ada di Kabupaten Aceh Utara sebanyak 27 Kecamatan dengan jumlah gampong 852 buah (Profil Aceh Utara, 2013).

Letak geografis Kabupaten Aceh Utara terdiri dari daerah pantai (5%), dataran rendah (83%) dan sisanya 12% merupakan dataran tinggi. Luas tanah berdasarkan penggunaannya terdiri dari 6,4% perkampungan, 11,7% sawah, 8,1% kebun dan tegal, 10,7% perkebunan, 2,6% tambak dan rawa, 0,5% daerah industri dan sisanya (60%) berupa hutan bebas dan hutan belukar. Kabupaten Aceh Utara dilalui oleh 4 buah sungai yaitu Krueng Tuan, Krueng Pase, Krueng Keureuto dan Krueng Jambo Aye ke empat sungai tersebut bermuara ke Selat Malaka.

Luas wilayah masing-masing kecamatan yang ada di Kabupaten Aceh Utara sebagaimana disajikan dalam Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Luas Wilayah Kabupaten Aceh Utara
Menurut Kecamatan Tahun 2010

No.	Kecamatan	Luas Wilayah (Km ²)	Persentase
1.	Sawang	384,65	11,67
2.	Nisam	193,47	5,87
3.	Nisam Antara	30,00	0,91
4.	Banda Baro	18,00	0,55
5.	Kuta Makmur	151,32	4,59
6.	Simpang Keramat	79,78	2,42
7.	Syamtalira Bayu	75,36	2,29
8.	Geureudong Pase	271,45	8,23
9.	Meurah Mulia	202,57	6,14
10.	Matangkuli	78,65	2,39
11.	Paya Bakong	418,32	12,69
12.	Pirak Timu	45,99	1,39
13.	Cot Girek	189,00	5,73
14.	Tanah Jambo Aye	162,98	4,94
15.	Langkahan	150,52	4,57
16.	Seunuddon	100,63	3,05
17.	Baktiya	158,67	4,81
18.	Baktiya Barat	83,08	2,52
19.	Lhoksukon	243,00	7,37
20.	Tanah Luas	30,64	0,93
21.	Nibong	44,91	1,36
22.	Samudera	43,28	1,31
23.	Syamtalira Aron	28,13	0,85
24.	Tanah Pasir	20,29	0,62
25.	Lapang	19,36	0,59
26.	Muara Batu	33,34	1,01
27.	Dewantara	39,47	1,20
	Total	3,296,86	100,00

Sumber: BPS Aceh Utara dalam Angka, 2011

Kabupaten Aceh Utara memiliki curah hujan rata-rata 102,4 mm per tahun dengan hari hujan rata-rata sebanyak 14 hari per bulan. Curah hujan tertinggi rata-rata terjadi pada bulan November. Kecepatan angin rata-rata 4,6 knots, dan maksimum 13,75 knots dengan arah angin terbanyak dari Timur laut dengan temperatur maksimum 32,9°C dan minimum 21,0°C.

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat dilihat bahwa perbandingan jumlah laki-laki dengan perempuan dari setiap kecamatan di Kabupaten Aceh Utara rata-rata tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Secara umum penduduk di Kabupaten

Utara memiliki keseimbangan jumlah atau kuantitas antara laki-laki dan perempuan.

Tabel 4.2 Jumlah Penduduk dan Sex Ratio
Menurut Kecamatan Tahun 2010

No.	Kecamatan	Laki-laki	Perempuan	Total Sex	Ratio
1	Sawang	16.456	17.292	33.748	95,2
2	Nisam	8.469	8.646	17.115	98,0
3	Nisam Antara	5.969	6.127	12.096	97,4
4	Banda Baro	3.541	3.836	7.377	92,3
5	Kuta Makmur	10.846	11.182	22.028	97,0
6	Simpang Kramat	4.395	4.315	8.710	101,9
7	Syamtalira Bayu	9.455	9.500	18.955	99,5
8	Geureudong Pase	2.243	2.205	4.448	101,7
9	Meurah Mulia	8.534	9.078	17.612	94,0
10	Matang Kuli	8.113	8.311	16.424	97,6
11	Paya Bakong	6.302	6.388	12.690	98,7
12	Pirak Timu	3.647	3.766	7.413	96,8
13	Cot Girek	9.158	9.184	18.342	99,7
14	Tanah Jambo Aye	19.336	19.805	39.141	97,6
15	Langkahan	10.667	10.271	20.938	103,9
16	Seunuddon	11.610	11.657	23.267	99,6
17	Baktiya	15.971	16.657	32.465	96,8
18	Baktiya Barat	8.414	8.529	16.943	98,7
19	Lhoksukon	21.883	22.115	43.998	99,0
20	Tanah Luas	10.943	11.094	22.037	98,6
21	Nibong	4.409	4.638	9.047	95,1
22	Samudera	12.121	12.268	24.389	98,8
23	Syamtalira Aron	8.077	8.379	16.456	96,4
24	Tanah Pasir	4.049	4.327	8.376	93,6
25	Lapang	3.902	4.007	7.909	97,4
26	Muara Batu	12.063	12.322	24.385	97,9
27	Dewantara	21.778	21.664	43.442	100,5

Sumber: BPS Aceh Utara dalam Angka, 2011

Berdasarkan Tabel 4.3 dapat dilihat bahwa umumnya setiap kecamatan memiliki 1 Puskesmas kecuali Tanah Jambo Aye, Seunuddon, dan Lhoksukon, yang memiliki 2 Puskesmas. Sejumlah kecamatan didukung oleh Pustu, yang terbanyak ialah Nisam, Cot Girek, Langkahan, diikuti oleh Sawang, Tanah Jambo Aye, Lhoksukon, serta Samudera. Selanjutnya Kuta Makmur, Matang Kuli, Baktiya, serta sejumlah kecamatan lainnya. Kecuali, Nisam Antara, Banda Baro,

dan Pirak Timu yang belum memiliki Pustu. Hal ini karena belum diprogramkan atau merupakan kecamatan baru.

Tabel 4.3. Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Menurut Kecamatan Tahun 2010

No.	Kecamatan	Jumlah Puskesmas	Jumlah Pustu	Jumlah Polindes
1	Sawang	1	5	3
2	Nisam	1	8	1
3	Nisam Antara	1	-	2
4	Banda Baro	1	-	1
5	Kuta Makmur	1	4	1
6	Simpang Kramat	1	1	-
7	Syamtalira Bayu	1	2	1
8	Geureudong Pase	1	1	2
9	Meurah Mulia	1	1	1
10	Matang Kuli	1	4	1
11	Paya Bakong	1	1	2
12	Pirak Timu	1	-	-
13	Cot Girek	1	6	1
14	Tanah Jambo Aye	2	5	1
15	Langkahan	1	6	1
16	Seunuddon	2	2	2
17	Baktiya	1	4	1
18	Baktiya Barat	1	3	-
19	Lhoksukon	2	5	5
20	Tanah Luas	1	2	1
21	Nibong	1	3	-
22	Samudera	1	5	1
23	Syamtalira Aron	1	3	2
24	Tanah Pasir	1	1	-
25	Lapang	1	1	-
26	Muara Batu	1	3	1
27	Dewantara	1	3	2

Sumber: BPS Aceh Utara dalam Angka, 2011

Berdasarkan Tabel 4.4 dapat dilihat bahwa umumnya tenaga medis, para medis, serta non paramedis telah berstatus PNS dan jumlah terbanyak terdapat di RSUD Cut Meutia, Kecamatan Lhoksukon, Dewantara, Sawang, Syamtalira Bayu, Muara Batu, Samudera, serta umumnya di kecamatan lain. Kecamatan umumnya tidak memiliki tenaga non PNS, kecuali di RSUD Cut Meutia sejumlah 27 orang.

Tabel 4.4 Jumlah Tenaga Medis, Para Medis dan Non Paramedis Menurut Kecamatan Tahun 2010

No.	Kecamatan	PNS	Non PNS	Jumlah
Puskesmas				
1	Sawang	87	-	87
2	Nisam	70	-	70
3	Nisam Antara	16	-	16
4	Banda Baro	31	-	31
5	Kuta Makmur	77	-	77
6	Simpang Kramat	56	-	56
7	Syamtalira Bayu	87	-	87
8	Geureudong Pase	30	-	30
9	Meurah Mulia	66	-	66
10	Matang Kuli	73	-	73
11	Paya Bakong	40	-	40
12	Pirak Timu	-	-	-
13	Cot Girek	42	-	42
14	Tanah Jambo Aye	73	-	73
15	Langkahan	50	-	50
16	Seunuddon	72	-	72
17	Baktiya	54	-	54
18	Baktiya Barat	41	-	41
19	Lhoksukon	122	-	122
20	Tanah Luas	61	-	61
21	Nibong	39	-	39
22	Samudera	84	-	84
23	Syamtalira Aron	76	-	76
24	Tanah Pasir	49	-	49
25	Lapang	34	-	34
26	Muara Batu	86	-	86
27	Dewantara	90	-	90
	RSUD Cut Meutia	393	27	420

Sumber: BPS Aceh Utara dalam Angka, 2011

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat dilihat bahwa pada tahun 2010 jumlah Dokter Umum 79 orang dan Dokter Gigi 11 orang, tahun 2011 Dokter Umum berkurang menjadi 76 orang dan Dokter Gigi tetap berjumlah 11 orang. Selanjutnya tahun 2012 Dokter Umum meningkat jumlahnya menjadi 91 orang dan Dokter Gigi berjumlah 16 orang.

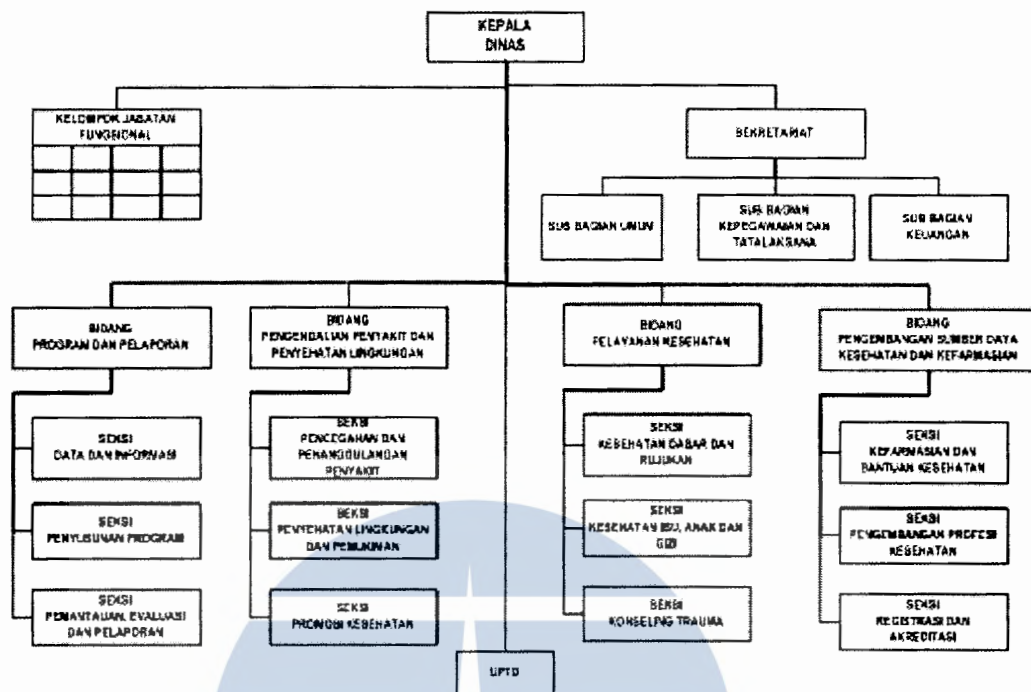
Tabel 4.5 Jumlah Tenaga Dokter
Menurut Kecamatan Tahun 2012

No.	Kecamatan	Dokter Umum	Dokter Gigi	Jumlah
Puskesmas				
1	Sawang	4	1	5
2	Nisam	2	1	3
3	Nisam Antara	5	1	6
4	Banda Baro	4	-	4
5	Kuta Makmur	4	1	5
6	Simpang Kramat	2	1	3
7	Syamtalira Bayu	4	1	5
8	Geureudong Pase	5	-	5
9	Meurah Mulia	3	-	3
10	Matang Kuli	3	1	4
11	Paya Bakong	3	1	4
12	Pirak Timu	2	1	3
13	Cot Girek	2	1	3
14	Tanah Jambo Aye	4	1	5
15	Langkahan	4	1	5
16	Seunuddon	4	-	4
17	Baktiya	3	-	3
18	Baktiya Barat	3	-	3
19	Lhoksukon	6	1	7
20	Tanah Luas	3	-	3
21	Nibong	2	-	2
22	Samudera	5	1	6
23	Syamtalira Aron	4	-	4
24	Tanah Pasir	3	-	3
25	Lapang	1	-	1
26	Muara Batu	3	1	4
27	Dewantara	3	1	4
Jumlah Total	2012	91	16	107
	2011	76	11	87
	2010	79	11	90

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, 2013

3. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara

Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara sesuai Qanun Nomor 2 Tahun 2008 Tanggal 12 Februari 2008 seperti Gambar 4.1



Gambar 4.1 Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara

Susunan organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara terdiri dari:

- a. Kepala Dinas;
- b. Sekretaris;
- c. Bidang Program dan Pelaporan;
- d. Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan;
- e. Bidang Pelayanan Kesehatan;
- f. Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan dan Kefarmasian;
- g. Unit Pelaksana Teknis Dinas;
- h. Kelompok Jabatan Fungsional; (Tugas pokok dan fungsi sebagaimana terdapat dalam lampiran 1).

Jumlah tenaga kesehatan sebanyak 1.569 orang dengan susunan kepegawaian terdiri dari tenaga medis sebanyak 54 orang, magister kesehatan sebanyak 10 orang, kesehatan masyarakat sebanyak 43 orang, keperawatan sebanyak 482 orang, bidan sebanyak 764 orang, sanitasi sebanyak 39 orang, farmasi sebanyak 38 orang, teknisi medis sebanyak 35 orang, gizi sebanyak 19 orang dan tenaga administrasi sebanyak 139 orang. Berdasarkan analisis, tenaga kesehatan sudah memadai kecuali pada tenaga tertentu, perlu pendistribusian yang

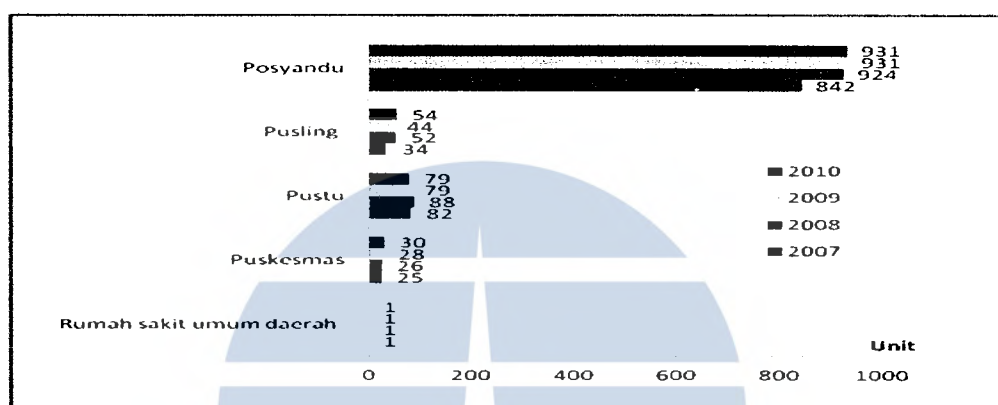
merata di semua puskesmas sehingga jumlah tenaga kesehatan yang ada dapat dimanfaatkan secara maksimal.

B. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara

Berlandaskan pada tujuan umum dari diselenggarakannya JKA adalah mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Aceh yang berkeadilan, tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, jenis kelamin dan usia dalam rangka meningkatkan produktifitas dan kesejahteraan. Sementara tujuan khusus dari JKA adalah mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata bagi seluruh penduduk Aceh, menjamin akses pelayanan bagi seluruh penduduk dengan mencegah terjadinya beban biaya kesehatan yang melebihi kemampuan bayar penduduk, menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dari pelayanan kesehatan primer/tingkat pertama sampai pelayanan rujukan yang memuaskan rakyat, tenaga kesehatan, dan Pemerintah Aceh dan mewujudkan reformasi sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan di Aceh secara bertahap (Dinkes Aceh, 2010).

Berdasarkan Peraturan Bupati Aceh Utara Nomor 40 Tahun 2013 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kabupaten Aceh Utara Tahun 2012-2017, diperoleh gambaran umum kondisi daerah Aceh Utara di bidang kesehatan yaitu: meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, sebagai salah satu tujuan yang ingin diwujudkan Pemerintah Kabupaten Aceh Utara dalam implementasi pembangunan kesehatan. Berupaya untuk memperbaiki pelayanan kesehatan melalui peningkatan prasarana kesehatan dan pemerataan tenaga kesehatan/tenaga medis. Contohnya, Puskesmas telah meningkat menjadi 30 unit tahun 2010, dari

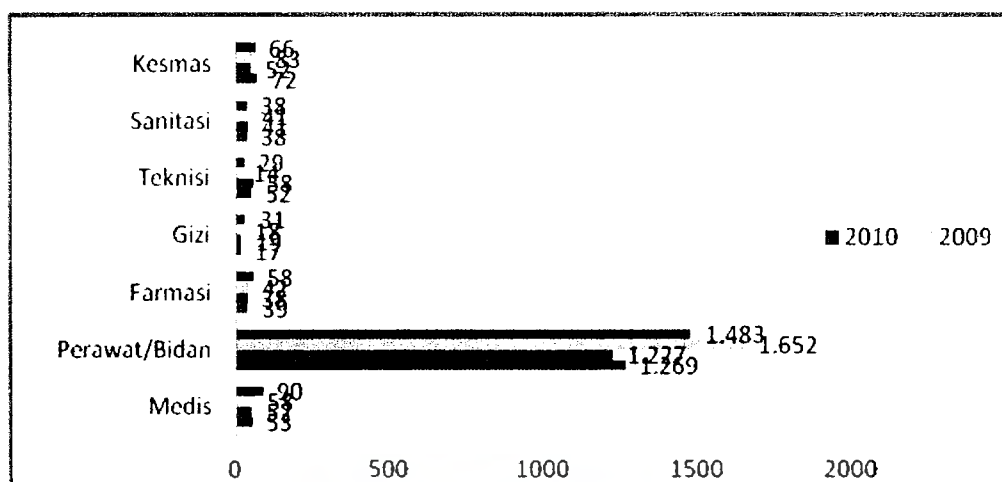
25 unit tahun 2007. Puskesmas keliling bertambah menjadi 54 unit tahun 2010 dari 34 unit tahun 2007. Peningkatan sangat drastis terjadi pada posyandu, dari sebelumnya sebanyak 842 unit (tahun 2007) menjadi hampir 931 unit (tahun 2010), sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 4.2



Sumber: BPS Aceh Utara, 2011

Gambar 4.2 Kondisi Prasarana Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara tahun 2007-2010 (orang)

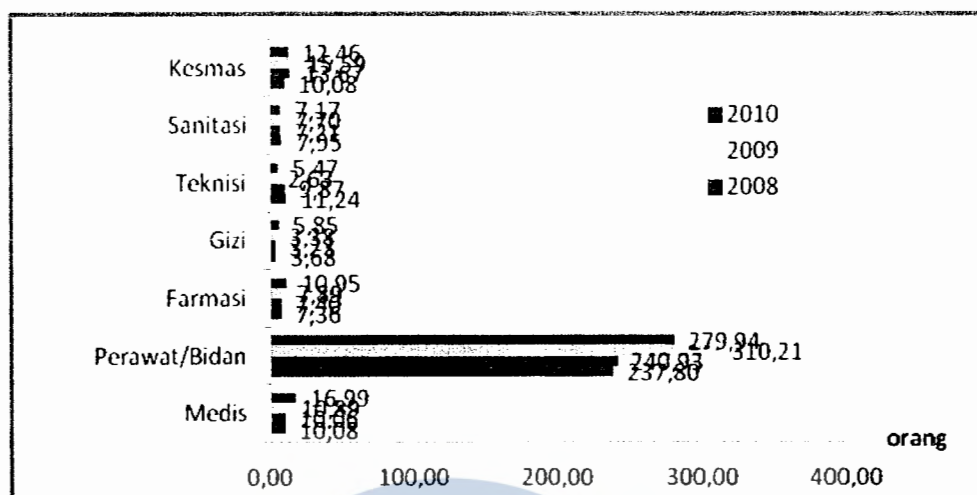
Secara umum, jumlah tenaga kesehatan meningkat secara signifikan sejak tahun 2007. Di sisi lain, tenaga perawat/bidan mengalami penurunan dari sebanyak 1.652 orang (tahun 2009) menjadi 1.483 orang (tahun 2010), hal ini terjadi karena kematian dan perpindahan wilayah tugas. Disamping itu, tenaga teknis juga mengalami penurunan dari 58 orang (tahun 2008) menjadi sebanyak 29 orang (tahun 2010), termasuk pula tenaga sanitasi mengalami penurunan menjadi 38 orang (tahun 2010) dari sebanyak 41 orang (tahun 2008), sebagaimana dapat dilihat dalam Gambar 4.3



Sumber: BPS Aceh Utara, diolah 2011

Gambar 4.3 Ketersediaan Tenaga kesehatan di Kabupaten Aceh Utara tahun 2007-2010

Secara keseluruhan, perawat/bidan sudah tersedia cukup memadai dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Aceh Utara. Berdasarkan data pada Gambar 4.4, perawat/bidan telah tersedia hampir 280 orang dalam melayani 100.000 penduduk di Kabupaten Aceh Utara, sementara standar Nasional 100 bidan dan 117,5 perawat. Ini berarti bahwa 1 orang bidan/perawat di Aceh Utara mampu memberikan pelayanan kesehatan paling kurang 357 orang. Tenaga farmasi dan kesehatan masyarakat rasionya masing-masing mencapai 11 orang dan 12 orang dalam setiap 100.000 penduduk. Disisi lain, tenaga medis (dokter) masih belum memadai, rata-rata dalam melayani 100.000 penduduk hanya 17 orang, meskipun telah meningkat dari 10 orang tahun 2007. Sementara standar pemerintah sebanyak 40 dokter dalam melayani 100.000 penduduk.



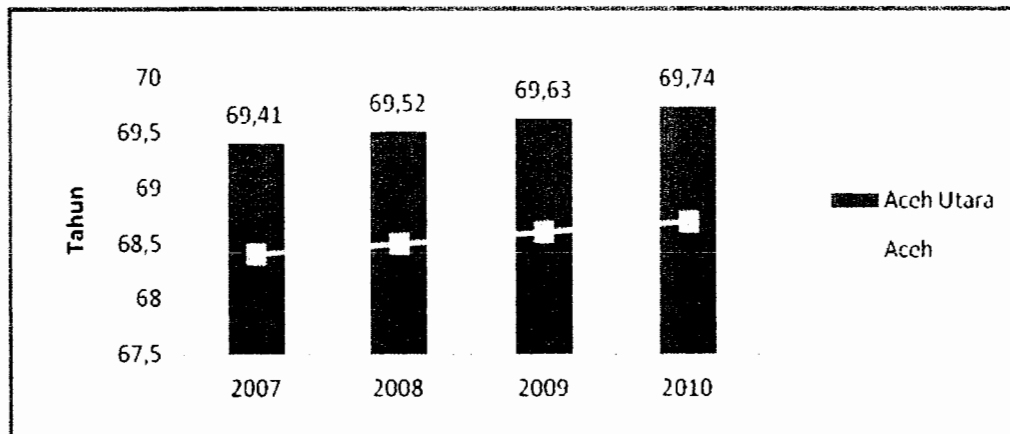
Sumber : BPS Aceh Utara, diolah 2011

Gambar 4.4 Rasio Tenaga Kesehatan dan Medis per 100.000 Penduduk di Kabupaten Aceh Utara tahun 2007-2010 (orang)

Pemerataan prasarana dan sarana kesehatan mutlak dilakukan, karena semua masyarakat di wilayah Aceh Utara memiliki hak yang sama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, seperti pembangunan prasarana dan sarana kesehatan, penyediaan obat-obatan yang memadai, dan ketersediaan tenaga medis berkualitas. Dalam pembangunan prasarana dan sarana kesehatan, sepatutnya memperhatikan keterkaitannya terhadap sarana dan prasarana dasar lingkungan serta wilayah (transportasi, air baku, listrik, telekomunikasi, persampahan, drainase dan limbah) atau sebaliknya perencanaan pembangunan sarana kesehatan memiliki akses terhadap semua prasarana tersebut. Dengan demikian semua pusat-pusat pelayanan kesehatan masyarakat utama (Rumah Sakit/Puskemas) dapat terjangkau dari wilayah/gampong terpencil sekalipun. Barangkali keinginan seperti ini dapat terlaksana tidak dalam jangka pendek atau menengah, tetapi lebih merupakan target jangka panjang.

Peningkatan kesejahteraan tenaga kesehatan juga perlu ditingkatkan, mengingat atas setiap dedikasi pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada seseorang atau sekelompok masyarakat dalam bidang kesehatan, akan menentukan bagaimana sikap seseorang atau sekelompok masyarakat dalam memperhatikan kesehatannya. Layanan kesehatan merupakan jasa yang bersifat sangat obyektif (berdasarkan hasil analisis/observasi) dan terkait langsung dengan masyarakat atau individu, sehingga kualitas pelayanan yang diberikan ditentukan oleh profesionalisme tenaga kesehatan.

Selama 4 tahun pelaksanaan pembangunan kesehatan sebagaimana tertuang dalam RPJM Kabupaten Aceh Utara telah berimplikasi positif terhadap peningkatan angka usia harapan hidup, meskipun belum mencapai angka ideal. Tahun 2007, angka harapan hidup masyarakat Aceh Utara sebesar 69,41 tahun, lebih tinggi dari Provinsi Aceh yang mencapai 68,40 tahun. Selanjutnya, angka tersebut meningkat menjadi 69,52 tahun pada tahun 2008 (Aceh 68,50 tahun). Memasuki tahun 2010, angka harapan hidup masyarakat Aceh Utara terus bergerak naik menjadi 69,74 tahun, dari sebelumnya 69,63 tahun (tahun 2009). Bahkan juga cenderung lebih tinggi dari Aceh yang masih 68,70 tahun (kondisi tahun 2010) (Gambar 4.5).



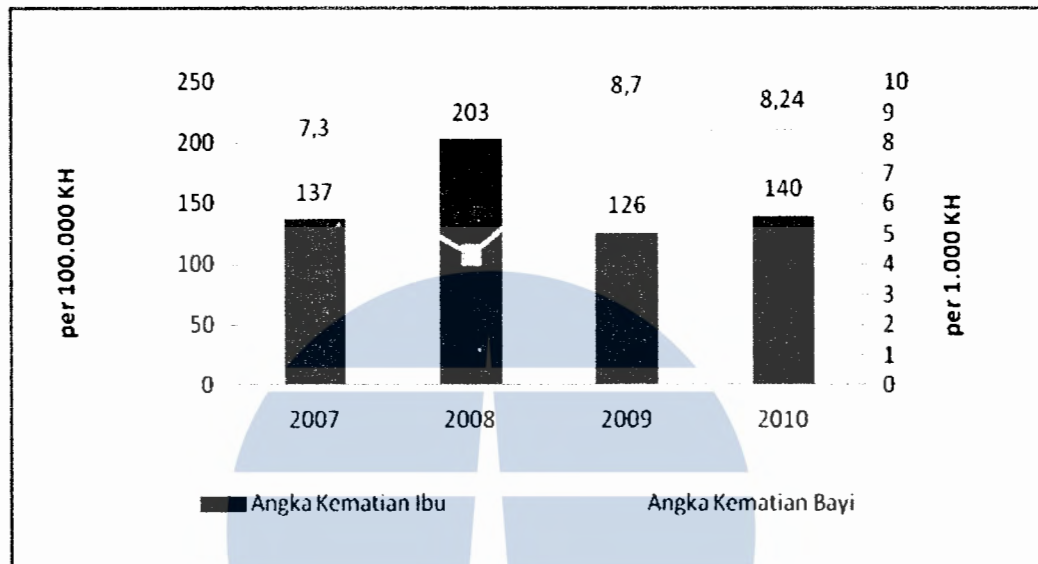
Sumber: BPS Aceh, 2011

Gambar 4.5 Tren Angka Harapan Hidup di Kabupaten Aceh Utara dan Aceh tahun 2006-2010 (tahun)

Meskipun angka harapan hidup masyarakat bergerak naik secara signifikan, namun angka kematian ibu (AKI) masih cenderung lebih tinggi di Aceh Utara. Tertinggi terjadi pada tahun 2008 yang mencapai 203 per 100.000 kelahiran hidup. Akhir tahun 2010, tercatat AKI di Aceh Utara sebanyak 140 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut tergolong tinggi dan belum mencapai target MDGs (102 per 100.000 kelahiran hidup) hingga tahun 2015.

Angka Kematian Bayi (AKB) juga masih memerlukan perhatian yang serius dari Pemerintah Kabupaten Aceh Utara. Kendati AKB di Aceh Utara sebesar 8,24 per 1.000 kelahiran atau sudah mencapai target MDGs (23 kematian setiap 1.000 kelahiran), bukan tidak mungkin meningkat pada tahun-tahun mendatang (Gambar 4.6). Oleh karena itu, kebijakan lanjutan dan inovasi-inovasi di sektor kesehatan guna meningkatkan derajat hidup kesehatan ibu dan balita, tetap dibutuhkan. Disamping mempertahankan kebijakan Askeskin atau Jamkesmas dan JKA yang telah gulirkan selama ini, kebijakan kesehatan lainnya yang pro-miskin patut juga diupayakan dilaksanakan secara berkelanjutan, seperti

peningkatan bantuan makanan bergizi bagi bayi/balita, pelayanan gratis dan cepat bagi ibu hamil/ibu melahirkan, jaminan persalinan, dan lainnya.



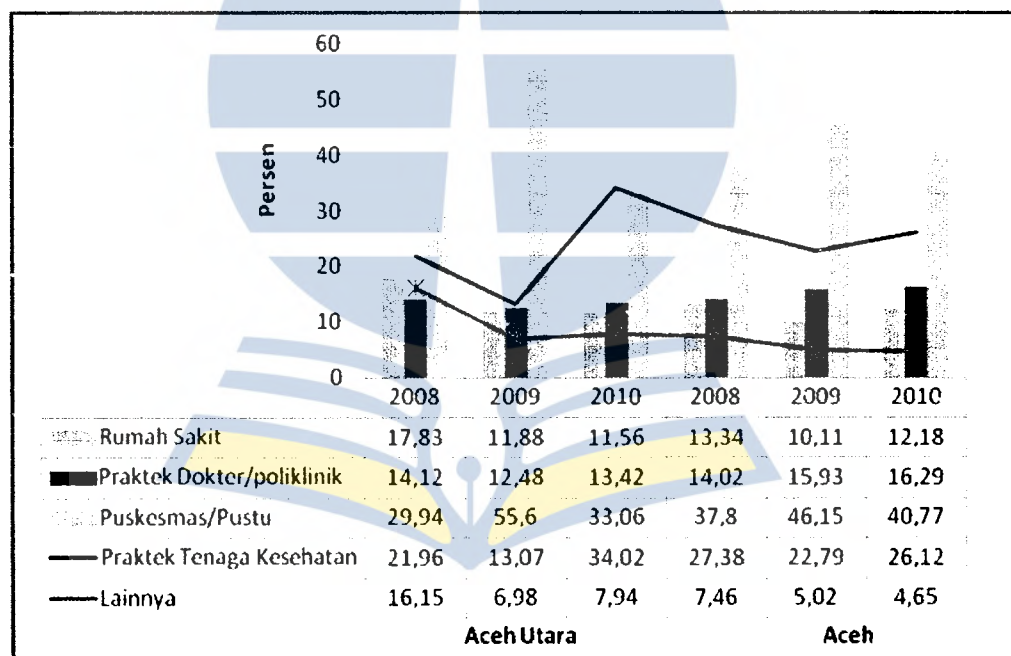
Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, 2011

Gambar 4.6 Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Aceh Utara dan Aceh tahun 2007-2010

Kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas/pustu di Aceh Utara harus pula terus ditingkatkan. Seperti pada Gambar 4.7, data terakhir (2010) menyiratkan penduduk yang berobat di tempat tersebut tidak lebih dari 33,06 persen, lebih rendah dari Provinsi Aceh yang sudah mencapai 40,77 persen. Angka tersebut juga turun drastis dibanding tahun 2009. Tercatat penduduk yang berobat di puskesmas/pustu di Aceh Utara sebanyak 55,6 persen tahun 2009. Terdapat kecenderungan praktek tenaga kesehatan menjadi pilihan yang menarik bagi masyarakat untuk berobat. Tahun 2008, angkanya masih sebanyak 21,96 persen, dan meningkat menjadi hampir 34,02 persen tahun 2010. Disisi lain, rumah sakit masih terlihat kurang diminati masyarakat untuk berobat. Penduduk di Aceh

Utara yang berobat di rumah sakit tidak lebih dari 11,56 persen tahun 2010, jauh lebih menurun dibanding tahun 2008 yang mencapai 17,83 persen.

Memperhatikan kondisi tersebut, perbaikan layanan kesehatan di rumah sakit dan puskesmas/pustu menjadi prioritas Pemerintah Aceh Utara di masa mendatang. Di samping itu, sosialisasi program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) bagi masyarakat juga dinilai sangat penting sehingga memudahkan masyarakat memanfaatkan layanan program tersebut berobat di rumah sakit dan puskesmas di Aceh Utara.



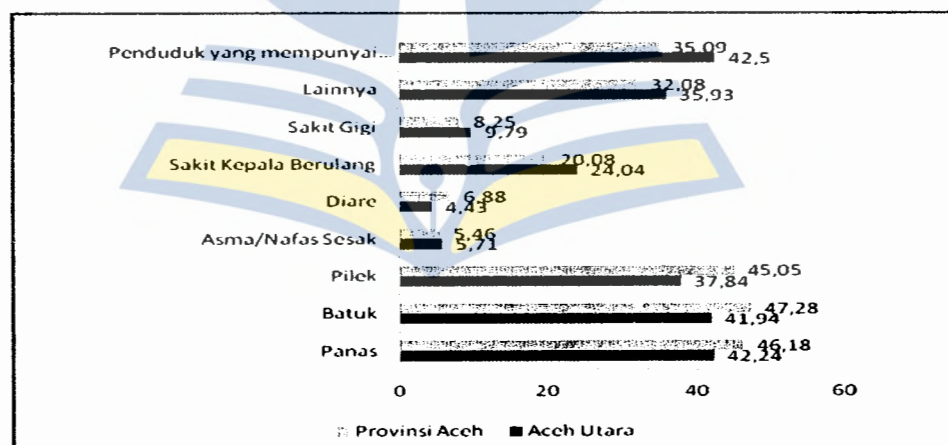
Sumber: BPS Aceh, 2011

Gambar 4.7 Persentase Penduduk Berobat Menurut Tempat di Kabupaten Aceh Utara dan Aceh tahun 2008-2010

Keluhan kesehatan penduduk di Aceh ditampilkan oleh Gambar 4.8 hampir 42,5 persen penduduk di Aceh Utara mengeluh kesehatan dalam satu tahun

terakhir (kondisi tahun 2010). Angka tersebut dipandang lebih tinggi dari Provinsi Aceh yang sebanyak 35,09 persen. Jenis keluhan kesehatan yang menonjol adalah panas, batuk, dan pilek, yakni masing-masing sebanyak 42,24 persen, 41,94 persen, dan pilek 37,84 persen. Kondisi tersebut juga tidak jauh berbeda dengan Provinsi Aceh, meliputi keluhan panas hampir 46,18 persen, batuk sebanyak 47,28 persen, dan pilek sebanyak 45,05 persen.

Penyuluhan dan bimbingan akan pentingnya perilaku hidup sehat dan pemeliharaan kesehatan lingkungan merupakan salah satu upaya intensif yang dapat dilakukan untuk mengurangi keluhan kesehatan masyarakat. Bagaimana pun, keluhan kesehatan tersebut dapat mengakibatkan terhambatnya masyarakat dalam melakukan aktivitas ekonomi. Implikasinya, jika terus berlanjut dapat mengurangi pendapatan masyarakat serta merosotnya perekonomian daerah.



Sumber: BPS Aceh, 2011

Gambar 4.8 Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan di Kabupaten Aceh Utara dan Aceh tahun 2010

Pembangunan kesehatan di Aceh Utara, juga dapat dilihat dari visi misi yang merupakan perwujudan dari visi misi Bupati dan Wakil Bupati Pemilukada

tanggal 9 April 2012. RPJMD Kabupaten Aceh Utara 2012-2017 merupakan penjabaran atau operasionalisasi dari visi misi ini. Visi: “Terwujudnya Masyarakat Aceh Utara yang Berbudaya, Sejahtera, Mandiri dan Islami (BERSEMI).” Penjelasan Visi: Berbudaya artinya mengamalkan falsafah Aceh yang Islami yakni: *Adat bak Pôteumeurehôm, Hukôm bak Syiah Kuala, Qanun bak Putroe Phang, Reusam bak Bentara* (Maksudnya, Adat pada pemerintah, Hukum pada Ulama, Qanun atau undang-undang pada wakil rakyat, Reusam atau protokoler pada Laksamana). Sejahtera artinya masyarakat Aceh Utara memperoleh kemakmuran dalam keadilan, kesenangan hidup dalam keadaan aman dan tenteram lahir bathin. Mandiri artinya masyarakat yang mampu berdiri sendiri tanpa ketergantungan kepada pihak lain. Islami artinya masyarakat yang berakhlak mulia, berperilaku, berbicara, berbuat, dan bertindak sesuai dengan Syari’at Islam.

Untuk mewujudkan visi di atas, perlu dipandu melalui misi. Hal ini tidak lepas dari pemaknaan misi adalah perwujudan dari keinginan menyatukan langkah dan gerak dalam mencapai visi yang telah ditetapkan. Misi untuk mewujudkan visi tersebut ditetapkan delapan butir misi, di antaranya di bidang kesehatan yaitu meningkatkan pembangunan kesehatan masyarakat melalui layanan kesehatan yang bermutu, peningkatan kesadaran pola hidup bersih dan sehat, sedangkan tujuannya yaitu:

1. Meningkatkan layanan kesehatan yang bermutu.
2. Meningkatkan perilaku hidup sehat masyarakat dalam rangka penanggulangan penyakit menular.
3. Menyediakan rumah layak huni bagi masyarakat miskin.
4. Menyediakan air bersih untuk masyarakat.
5. Menyediakan akses sanitasi bagi masyarakat.

Sasarannya yaitu:

1. Meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat.
2. Meningkatkan ketersediaan obat, alat kesehatan, menjamin mutu penyediaan farmasi dan makanan.
3. Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu.
4. Menurunnya angka kesakitan akibat penyakit menular.
5. Meningkatnya rumah layak huni bagi masyarakat miskin.
6. Meningkatnya akses air bersih bagi masyarakat.
7. Tersedianya akses sanitasi yang memadai.

Arah kebijakan dan program pembangunan misi keempat yaitu “Meningkatkan pembangunan kesehatan masyarakat melalui layanan kesehatan yang bermutu, peningkatan kesadaran pola hidup bersih dan sehat.” Arah kebijakan untuk mencapai sasaran misi keempat sebagai berikut: Pengembangan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan pada rumah sakit, puskesmas, pustu dan poskesdes, dengan program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas, pustu dan jaringannya. Peningkatan kesehatan bayi dan ibu melahirkan, dengan program peningkatan kesehatan ibu melahirkan dan anak. Peningkatan pelayanan Jamkesmas, Jamkeskin dan JKA, dengan program pelayanan kesehatan penduduk miskin. Meningkatkan pola hidup bersih dan sehat, dengan program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular (Peraturan Bupati Aceh Utara Nomor 40 Tahun 2013 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kabupaten Aceh Utara Tahun 2012-2017).

Proses perumusan kebijakan publik sebagaimana dikatakan Anderson (1979: 23-24) adalah formulasi masalah (*problem formulation*), formulasi kebijakan (*formulation*), penentuan kebijakan (*adoption*), implementasi (*implementation*, serta evaluasi (*evaluation*).

Berhasil tidaknya suatu kebijakan, sebagaimana dikatakan oleh Dunn (1998: 63) pada akhirnya ditentukan pada tataran implementasinya. Sering dijumpai bahwa proses perencanaan kebijakan yang baik sekalipun tidak dapat menjamin keberhasilan dalam implementasinya. Implementasi mengacu pada tindakan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan, tindakan ini berusaha untuk mengubah keputusan-keputusan tersebut menjadi pola-pola operasional serta berusaha mencapai perubahan-perubahan besar atau kecil sebagaimana yang telah diputuskan sebelumnya. Implementasi pada hakikatnya juga upaya pemahaman apa yang seharusnya terjadi setelah sebuah program dilaksanakan. Implementasi kebijakan tidak hanya melibatkan instansi yang bertanggungjawab untuk pelaksanaan kebijakan tersebut, namun juga menyangkut jaringan kekuatan politik, ekonomi, dan sosial.

Berdasarkan Manlak JKA, pengorganisasian dalam penyelenggaraan JKA terdiri dari Dinas Kesehatan Aceh, Tim Koordinasi dan Tim Pengawas yang dibentuk di provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan. Dinas Kesehatan Aceh adalah pelaksana teknis JKA sebagai satuan kerja perangkat Aceh di bidang kesehatan dan bertanggung jawab kepada Gubernur Aceh. Pembentukan Tim Koordinasi dan Tim Pengawas bertujuan untuk menjamin penyelenggaraan JKA sesuai ketentuan dan terkendali, baik kendali mutu maupun kendali biaya.

Tim Koordinasi berfungsi utama sebagai regulator dalam penyelenggaraan JKA. Kegiatan koordinasi penyelenggaraan JKA akan melibatkan lintas sektor dan *stakeholders* terkait dalam berbagai kegiatan, seperti pertemuan konsultasi, pembinaan, sosialisasi dan lain-lain. Tim pengawas berfungsi untuk menjaga dan menjamin kelancaran dan kesesuaian pelaksanaan JKA di fasilitas kesehatan,

penerima manfaat (peserta), dan pelayanan/manfaat yang diberikan kepada peserta.

Pengorganisasian di tingkat kabupaten, Bupati membentuk Tim Koordinasi kabupaten yang diketuai oleh Sekretaris Daerah Kabupaten dengan anggota terdiri dari unsur Dinas Kesehatan Kabupaten, PT. Askes (Persero), dan pihak lain yang terkait, dengan jumlah tim maksimal sebanyak 9 orang. Kegiatan Tim Koordinasi Kabupaten dibiayai dari dana yang bersumber dari dana operasional PT. Askes (Persero). Tim koordinasi Kabupaten dalam menjalankan tugas dan fungsinya dapat mengadakan forum dialog terbuka kepada semua pihak terkait dalam program ini termasuk perwakilan peserta, PPK, organisasi profesi, tokoh masyarakat, LSM, dan sebagainya. Tugas Tim Koordinasi Kabupaten adalah:

- a. Melakukan koordinasi dan sinkronisasi dengan Tim Pengawas dan Badan Penyelenggara.
- b. Merumuskan dan mengusulkan kebijakan terkait penyelenggaraan JKA.
- c. Memberikan solusi dalam mengatasi hambatan dan masalah yang terjadi terhadap penyelenggaraan program JKA di tingkat Kabupaten.
- d. Mengkonsultasikan permasalahan yang tidak bisa diselesaikan ke Tim Koordinasi tingkat Provinsi.

Selain membentuk Tim Koordinasi, juga membentuk Tim Pengawas. Pemerintah Aceh membentuk Tim Pengawas Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan biaya terkendali. Kegiatan Tim Pengawas dibiayai dari dana yang bersumber dari Dana Pelayanan Kesehatan Tidak Langsung.

Tim Pengawas Tingkat Kabupaten terdiri atas; ketua Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Anggota Pengawas Medik masing-masing satu orang dari;

1. Perwakilan Komite Medik, 2. Perwakilan IDI Cabang, 3. Perwakilan PDGI

Cabang, 4. Perwakilan PPNI Cabang, 5. Perwakilan IBI. Anggota Pengawas Non Medik masing-masing satu orang dari; 1. LSM Bidang Kesehatan, 2. Tokoh masyarakat.

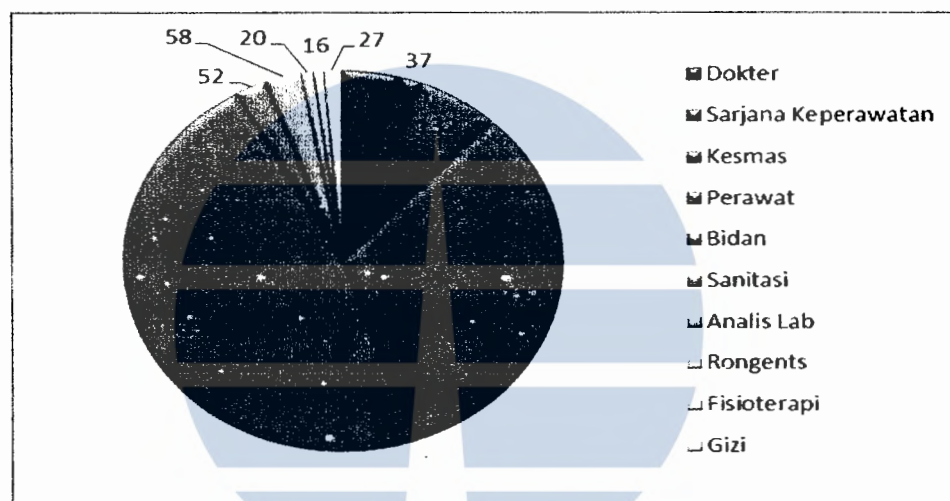
Tugas dan tanggung jawab Tim Pengawas Kabupaten:

- a. Melakukan pengawasan terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta.
- b. Melakukan pengawasan manajemen kepesertaan, penanganan keluhan tentang pelayanan kesehatan kepada peserta.
- c. Tim Pengawas Kabupaten bertanggung jawab kepada Gubernur Aceh melalui Bupati setempat.
- d. Memberikan umpan balik atas pelaksanaan Program JKA berdasarkan hasil pengawasan ataupun pemantauan di lapangan.
- e. Menyampaikan pelaporan hasil pengawasan kepada tim koordinasi dan PT. Askes (Persero) Cabang Setempat sebagai pertanggung jawaban.

Untuk pemantauan dan evaluasi program JKA dilakukan oleh tim pengawas JKA kabupaten dan tim pengawas kecamatan yang dibentuk. Oleh karena itu, implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), diakui telah dilaksanakan dengan baik. Sosialisasi dan komunikasi berdasarkan Pedoman Pelaksanaan (Manlak) serta pertemuan untuk membahas persoalan atau hambatan yang timbul dalam pelaksanaannya telah dilakukan. Sebagaimana dikatakan oleh salah satu informan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara:

“Implementasi Program JKA telah dilaksanakan dengan baik. Sosialisasi dan komunikasi berdasarkan Pedoman Pelaksanaan (Manlak) serta pertemuan untuk membahas persoalan atau hambatan yang timbul dalam pelaksanaannya telah dilakukan. Implementasi program JKA telah dilakukan sosialisasi dan komunikasi yang terjalin dengan baik, melalui Manlak yang ada dan pertemuan-pertemuan yang diadakan di provinsi maupun di kabupaten, walau masih ada kendala-kendala yang dihadapi saat pelaksanaan di tingkat pelayanan (Puskesmas). Demikian pula, kompetensi, ketrampilan dan keahlian medis dan paramedis sudah memadai, karena petugas kesehatan di Puskesmas, melayani semua pasien yang berkunjung termasuk pasien peserta JKA” (wawancara tanggal 18 November 2013).

Ketersediaan tenaga kesehatan terus ditingkatkan, baik dari segi jumlah maupun kualitas sumber daya manusianya, agar pelayanan kesehatan di Kabupaten Aceh Utara lebih baik dan profesional. Berikut Gambar 4.9 adalah jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Aceh Utara Tahun 2011, terutama tenaga dokter, perawat, serta bidan, dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya.



Sumber: Dinas Kesehatan Aceh Utara, 2012

Gambar 4.9 Jumlah Tenaga Kesehatan Tahun 2011

Perkembangan pelayanan kesehatan di Kabupaten Aceh Utara secara umum, dapat dilihat dari pencapaian Standar Pelayanan Minimum Bidang Kesehatan, sebagaimana Daftar Isian Asesmen Kabupaten Aceh Utara tahun 2012 seperti pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Daftar Isian Asesmen
Pencapaian Standar Pelayanan Minimum Bidang Kesehatan
Kabupaten Aceh Utara Tahun 2012

I. Umum

No	Uraian	Jumlah
1	Jumlah penduduk	541.878
2	Jumlah anak berusia < 15 tahun	177.998
2	Jumlah kecamatan	27
3	Jumlah puskesmas	31
4	Jumlah puskesmas dengan perawatan (Rawat Inap)	13
5	Jumlah puskesmas non perawatan	18
6	Jumlah desa/kelurahan	852
7	Jumlah puskesmas pembantu	82
8	Jumlah pondok bersalin desa	370
9	Jumlah pos kesehatan desa	53
10	Jumlah posyandu	928
11	Jumlah RS Pemerintah	1
12	Jumlah RS Swasta	9
13	Jumlah RS Khusus	9
14	Jumlah klinik/BP/praktek swasta	3
15	Jumlah balita	51.918
16	Jumlah bayi	11.628
17	Jumlah neonatus	10.625
18	Jumlah jiwa masyarakat miskin	277.948
19	Jumlah KK miskin	55.589
20	Jumlah anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	
20	Jumlah Desa Siaga	852
21	Jumlah Desa Siaga Aktif	130
22	Jumlah kunjungan rawat jalan	
	a. Puskesmas	70.030
	b. Rumah sakit	14.901
23	Jumlah kunjungan rawat inap	
	a. Puskesmas	4.548
	b. Rumah sakit	635
24	Angka kelahiran kasar (Crude Birth Rate) kabupaten/kota	0.027
25	Lama perjalanan (waktu tempuh) dari pusat kabupaten/kota ke desa terjauh dengan menggunakan sarana transportasi yang umum digunakan (dalam menit)	2 Jam

II. Cakupan Standar Pelayanan Minimum Bidang Kesehatan

No	Indikator	Jumlah
1	Cakupan kunjungan ibu hamil K-4	
	a. Jumlah Ibu hamil	12.688
	b. Jumlah ibu hamil yang melakukan kunjungan K4	10.897
2	Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	
	a. Jumlah ibu hamil yang mengalami komplikasi	1.172
	b. Jumlah ibu hamil yang mengalami komplikasi yang ditangani	1.172
3	Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	
	a. Jumlah persalinan	12.234

No	Indikator	Jumlah
	b. Jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	10.478
4	Cakupan pelayanan nifas	
	a. Jumlah Ibu nifas	12.202
	b. Jumlah ibu nifas yang memperoleh pelayanan standar minimal 3 kali	10.605
5	Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani	
	a. Jumlah neonatus	10.625
	b. Jumlah neonatus dengan komplikasi	491
	c. Jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani	491
6	Cakupan kunjungan bayi	
	a. Jumlah bayi	11.628
	b. Bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan minimal empat kali	9.844
7	Cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	
	a. Jumlah desa/kelurahan yang sudah mencapai UCI	659
8	Cakupan pelayanan anak balita (<i>dalam persen</i>)	54,9
9	Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin (<i>dalam persen</i>)	55,9
10	Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	
	a. Jumlah balita gizi buruk	51
	b. Jumlah balita gizi buruk yang mendapat perawatan	51
11	Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat	
	a. Jumlah anak kelas 1 SD	11.862
	b. Jumlah anak SD kelas 1 yang mendapat pelayanan kesehatan	6.558
12	Cakupan peserta KB Aktif	
	a. Jumlah PUS	81.901
	b. Jumlah PUS yang menggunakan kontrasepsi	54.903
13	Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit	
	13.1. Acute Flaccid Paralysis	
	a. Jumlah Kasus < 15 tahun	3
	13.2. Penemuan penderita pneumonia balita	
	a. Jumlah balita dengan kasus pneumonia	32
	b. Jumlah balita dengan pneumonia yang ditangani	32
	13.3. Penemuan pasien baru Tb BTA positif	
	a. Jumlah pasien baru Tb BTA positif	355
	13.4. Penderita DBD yang ditangani	
	a. Jumlah penderita DBD	61
	b. Jumlah penderita DBD yang ditangani	61
	13.5. Penemuan penderita diare	
	a. Jumlah penderita diare	11.367
	b. Jumlah penderita diare yang ditangani	11.367
14	Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin	
	a. Jumlah kunjungan rawat jalan masyarakat miskin ke puskesmas dan pelayanan kesehatan strata 1 lainnya	547.765
	b. Jumlah kunjungan rawat inap masyarakat miskin ke puskesmas dan pelayanan kesehatan strata 1 lainnya	10.854
15	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	
	a. Jumlah kunjungan rawat jalan masyarakat miskin ke RS dan sarana kesehatan strata 2 dan 3 lainnya	1.995
	b. Jumlah kunjungan rawat inap masyarakat miskin ke RS dan sarana kesehatan strata 2 dan 3 lainnya	1.995
16	Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	
	a. Desa/kelurahan yang mengalami KLB	27
	b. Desa/kelurahan yang mengalami KLB yang ditangani dalam < 24 jam	27

17	Cakupan desa siaga Aktif	
	a. Jumlah bidan yang bertugas di desa	630
	b. Jumlah desa/kelurahan yang memiliki bidan yang tinggal di desa/kelurahan yang bersangkutan	630

III. Tenaga Kesehatan

No	Jenis tenaga kesehatan	PNS	Non PNS (di luar swasta)	Total
1	Medis			
	Dokter spesialis	31		31
	Dokter umum	109	11	120
	Dokter gigi	19	4	23
2	Perawat			
	Sarjana keperawatan/S2/S3	39		39
	D III Perawat	493	11	504
	Lulusan SPK	172	12	184
3	Bidan			
	Bidan S2/S3	2		2
	D III Bidan	1.315	370	1.685
	D I Bidan	433	19	452
4	Farmasi			
	Apoteker dan S1/S2/S3 Farmasi	6		6
	DIII Farmasi	22		22
	Asisten apoteker	36		36
5	Tenaga Gizi			
	D IV/S1 Gizi/S2 Gizi/S3 Gizi	4		4
	D III Gizi	37	4	41
	D I Gizi			
6	Teknisi Medis			
	Analisis lab	63	2	65
	TEM dan P. Rontgen	15		15
	P. Anestesi	6		6
	Fisioterapis	16	10	26
	Refraksi optisi	3		3
7	Sanitasi			
	DIII Sanitasi	45	15	60
	D I Sanitasi	18		18
8	Kesehatan masyarakat			
	S2 Kesmas dan Sarjana kesehatan masyarakat	153	65	218
	D 3 Kesmas			

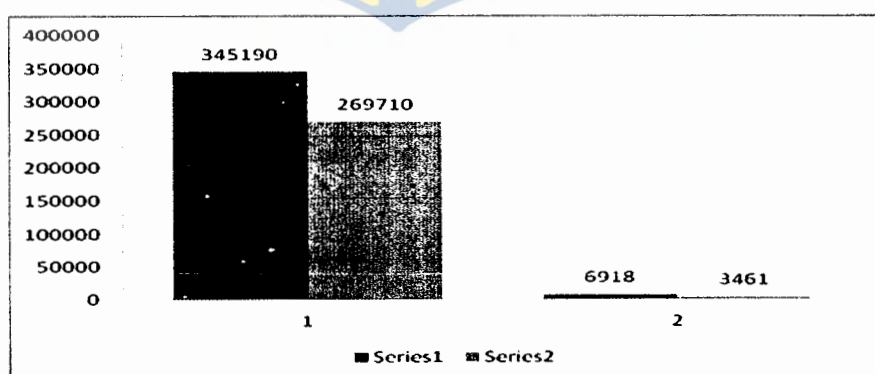
Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, 2012

Tahun 2013 tenaga kesehatan yang mendukung implementasi program JKA, terdiri dari jumlah tenaga medis dokter umum 71 orang dan dokter gigi 13 orang. Paramedis bidan 1048 orang dan perawat 705 orang. Petugas kesehatan terdiri dari PNS dan Non PNS. Pendidikan dominan D3, D4 dan S1 kesehatan

serta ada pula sebahagian kecil yang berpendidikan S2 Manajemen Kesehatan (sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, 2013).

Lebih lanjut menurut informan Kepala Dinas Kesehatan Aceh Utara, kualitas pelayanan peserta JKA terus dijaga untuk selalu dapat memberikan pelayanan sebaik mungkin, sama halnya dengan pasien yang berkunjung lainnya, tanpa membedakan status. Upaya pelayanan kesehatan kepada masyarakat dilakukan secara rawat jalan bagi masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan yang ringan dan pelayanan rawat inap baik secara langsung maupun melalui rujukan pasien bagi masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan sedang hingga berat.

Sebagian besar sarana pelayanan puskesmas dipersiapkan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi kunjungan rawat jalan. Rumah sakit yang dilengkapi dengan berbagai fasilitas disamping memberikan pelayanan pada kasus rujukan untuk rawat inap juga melayani untuk kunjungan rawat jalan. Jumlah kunjungan rawat jalan dan pasien rawat inap di sarana pelayanan kesehatan menurut Puskesmas tahun 2012 dapat dilihat pada Gambar 4.10.



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, 2012

Gambar 4.10 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan dan Pasien Rawat Inap di Sarana Pelayanan Kesehatan Menurut Puskesmas tahun 2012

Fasilitas kesehatan peserta JKA yang tersedia yaitu Unit Gawat Darurat (UGD) selama 24 jam, umum, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan gigi, apotik/obat, rawat inap serta laboratorium. Jenis pelayanan yang diberikan yakni semua pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (Puskesmas), seperti poliklinik, apotik, UGD, dan laboratorium sederhana.

Empat aspek yang tercakup dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) yaitu *kepesertaan, akses, mekanisme pelayanan, dan pendanaan* yaitu sebagai berikut.

1. Kepesertaan

Berdasarkan data penduduk Aceh Utara tahun 2011 yang telah mendapatkan jaminan kesehatan sebanyak 540.254 jiwa. Terserap dalam kepesertaan JKA: 238.614 jiwa, Askes: 30.897 jiwa dan Jamsostek: 277.948 jiwa. Sedangkan data peserta JKA tahun 2010 berjumlah 231.409 jiwa, 2012 berjumlah 230.716 jiwa, serta tahun 2013 berjumlah 230.716 jiwa. Sebagaimana tampak dalam Tabel 4.7 dan 4.8 dapat dilihat bahwa jumlah total jiwa terdaftar JKA tahun 2011 pada 27 Kecamatan di Kabupaten Aceh Utara terdapat sebanyak 238.614 jiwa. Jumlah terdaftar JKA terbanyak secara berurutan terdapat di Kecamatan Lhoksukon, Dewantara, Tanah Jambo Aye, Tanah Luas, Cot Girek, Langkahan, Baktiya, serta Seunuddon, diikuti oleh sejumlah kecamatan lainnya.

Tabel 4.7 Daftar Jiwa Terdaftar JKA pada Setiap Puskesmas Kecamatan di Kabupaten Aceh Utara 2011

No.	Puskesmas Kecamatan	JKA Jiwa Terdaftar
1.	Baktiya	9.201
2.	Sampoiniet	7.706
3.	Cot Girek	10.482
4.	Dewantara	21.206
5.	Geureudong Pase/Sukadamai	339
6.	Kuta Makmur	7.882
7.	Lapang	1.929
8.	Lhoksukon	39.192
9.	Matangkuli	11.117
10.	Paya Bakong	8.178
11.	Meurah Mulia	2.638
12.	Muara Batu	6.955
13.	Nisam	2.601
14.	Nisam Antara	3.926
15.	Banda Baro	2.781
16.	Samudera	8.627
17.	Sawang	8.731
18.	Seunuddon	9.002
19.	Blang Geulumpang	3.810
20.	Simpang Keuramat	93
21.	Syamtalira Aron	8.721
22.	Syamtalira Bayu	6.294
23.	Tanah Jambo Aye	19.098
24.	Langkahan	10.358
25.	Tanah Luas	15.244
26.	Nibong	6.046
27.	Tanah Pasir	6.457
	Jumlah Total	238.614

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, 2011

Pada Tabel 4.8 dapat dilihat bahwa jumlah total jiwa terdaftar JKA tahun 2012 dan 2013 pada 27 Kecamatan di Kabupaten Aceh Utara terdapat sebanyak 230.716 jiwa. Jumlah ini menurun dibandingkan dengan dua tahun sebelumnya. Penduduk yang tidak terserap ke dalam Jamkesmas dan Askes semuanya dimasukkan dalam program JKA. Dengan demikian, secara otomatis tidak ada penduduk yang luput dari pelayanan kesehatan di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara. Sedangkan jumlah terdaftar JKA terbanyak secara berurutan terdapat di Kecamatan Lhoksukon, Dewantara, Tanah Jambo Aye,

Tanah Luas, Cot Girek, Langkahan, Baktiya, serta Seunuddon, diikuti oleh sejumlah kecamatan lainnya.

Tabel 4.8 Daftar Jumlah Peserta Program JKA Bagi Masyarakat dalam Kabupaten Aceh Utara 2012 dan 2013

No.	Kecamatan/Puskesmas	Jumlah Penduduk	Jumlah Peserta Jamkesmas	Jumlah Peserta Askes	Jumlah Peserta JKA
1	Baktiya	32.465	20.026	1.753	10.686
2	Buket Hagu	14.283	6.002	36	8.245
3	Lhoksukon	29.715	9.856	1.390	18.469
4	Cot Girek	18.342	6.742	659	10.941
5	Dewantara	43.442	21.555	1.444	20.443
6	Kuta Makmur	22.028	12.985	1.417	7.626
7	Langkahan	20.938	8.256	175	12.507
8	Lapang	7.909	6.350	138	1.421
9	Matang kuli	16.424	4.972	1.234	10.218
10	Pirak Timu	7.413	5.131	-	2.282
11	Meurah Mulia	17.612	13.219	992	3.401
12	Muara Batu	24.385	16.624	1.079	6.682
13	Nisam	17.115	13.557	1.002	2.556
14	Bandar Baro	7.377	4.695	92	2.590
15	Nisam Antara	12.096	8.887	48	3.161
16	Sampoiniet	16.943	9.373	377	7.193
17	Samudera	24.389	12.984	1.105	10.300
18	Sawang	33.748	22.069	944	10.735
19	Seunuddon	13.770	7.008	850	5.912
20	Blang Geulumpang	9.497	3.518	107	5.872
21	Simpang Kramat	8.710	6.603	411	1.696
22	Syamtalira Aron	16.456	4.875	1.545	10.036
23	Syamtalira Bayu	18.955	11.456	968	6.531
24	Tanah Jambo Aye	39.141	19.159	1.309	18.673
25	Tanah Luas	22.037	4.556	1.035	16.446
26	Tanah Pasir	8.376	6.457	441	1.478
27	Geureudong Pase	4.448	3.764	127	557
28	Nibong	9.047	3.234	281	5.532
29	Paya Bakong	12.690	4.035	128	8.527
	Jumlah	529.751	277.948	21.087	230.716

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, 2012

2. Akses

Akses dan mutu pelayanan kesehatan dapat dievaluasi melalui persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas, rumah sakit, ketersediaan lab kesehatan dan persentase rumah sakit yang menyelenggarakan 4 pelayanan

kesehatan spesialis dasar, juga persentase *Obat Generik Berlogo* (OGB) dalam persediaan obat. Menurut Informan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara: “Peserta JKA selalu menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada setiap kali membutuhkan pelayanan kesehatan. Masyarakat menganggap JKA lebih baik” (Wawancara tanggal 19 September 2013).

Persentase penduduk yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat terlihat dari jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara tahun 2013 yaitu 72,44 persen. Dari persentase tersebut 0,69 persen kunjungan rawat inap selebihnya adalah rawat jalan. Rendahnya persentase rawat inap menunjukkan fasilitas pelayanan di tingkat Puskesmas masih belum memadai sehingga bisa diprediksi sebagian besar penduduk rawat inap langsung dirujuk ke rumah sakit. Dari seluruh puskesmas diperkirakan mampu menampung 280 pasien, namun ketersediaan hanya 213 tempat tidur.

Laboratorium kesehatan yang tersedia hanya laboratorium sederhana di Puskesmas. Aceh Utara mempunyai satu fasilitas Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia (Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara 2013-2017).

Antusiasme masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan semenjak diberlakukannya JKA secara kuantitas sangat besar. Salah satu indikator program JKA dianggap telah tercapai yaitu secara kuantitas, dibuktikan dengan penuhnya kapasitas tempat tidur yang disediakan untuk pasien JKA. Namun dari aspek kualitas pelayanan kesehatannya masih mengalami kekurangan.

Menurut salah seorang responden (pasien) di Rumah Sakit Umum Daerah

Cut Meutia:

“Masyarakat masih sering mengeluh dan tidak puas terhadap pelayanan yang ada. Mereka pasrah dan tidak mengetahui secara pasti hak dan kewajibannya sebagai pasien. Daripada harus membayar lebih baik diam, mungkin itu sikap yang diambil oleh pasien JKA yang kurang mendapat akses dan pelayanan yang memadai. Hal ini bertentangan dengan indikator output yang diamanatkan di dalam Pedoman Pelaksanaan (Manlak) JKA yang mensyaratkan adanya survei kepuasan peserta dengan tingkat kepuasan peserta minimal 75%.” (Wawancara tanggal 17 Juli 2012).

Suatu hal yang menarik dari pelaksanaan JKA, setelah terjalin kerjasama antara Pemerintah Kabupaten Aceh Utara, pasien JKA dapat juga dilayani di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia (PMI) dan Rumah Sakit Kesrem di Lhokseumawe, serta Rumah Sakit PT. Arun di Batuphat, Kecamatan Muara Satu. Di samping itu, pasien tidak hanya bisa dirawat di rumah sakit pemerintah atau swasta di Aceh yang telah ditetapkan pemerintah.

Pasien JKA dapat juga dirujuk ke rumah sakit pemerintah di luar Aceh, seperti Adam Malik atau Pirngadi di Medan, maupun RSCM (Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo) Jakarta, (Dikatakan oleh Kepala Seksi Klaim Asuransi di Kantor Cabang PT Askes Banda Aceh). Rujukannya harus berjenjang, misalnya, jika RSUZA (Rumah Sakit Umum Zainoel Abidin) sudah tipe A, maka rujukan berlaku ke level (rumah sakit) di atasnya. Selain dengan rumah sakit pemerintah daerah di luar Aceh, PT Askes juga bekerja sama dengan rumah sakit swasta untuk menangani pasien JKA, misalnya di Medan ialah Rumah Sakit Haji. Bagi pasien JKA jika rumah sakit pemerintah atau swasta yang ada di Aceh tidak bisa menangani, pasien bisa berkonsultasi dengan dokter dan manajemen rumah sakit untuk meminta dirujuk ke rumah sakit lain di luar Aceh. Biayanya tetap ditanggung JKA. (Harian Aceh, tanggal 13 Maret 2013).

Berdasarkan kenyataan tersebut, tampak bahwa besarnya jumlah peserta JKA yang harus dilayani seoptimal mungkin tidak sejalan dengan kapasitas dan kualitas fasilitas dan pelayanan yang dapat diberikan. Meskipun demikian, baik dari segi program maupun pelayanannya terus ditingkatkan untuk dapat memberikan pelayanan yang lebih baik.

3. Mekanisme Pelayanan

Mekanisme pelayanan JKA, sebagaimana yang diatur dalam Manlak JKA tahun 2011 sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Peserta yang sakit harus mendatangi pertama sekali fasilitas kesehatan tingkat pertama/dasar di Puskesmas beserta jaringannya. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat pertama tersebut, peserta harus menunjukkan identitas peserta JKA yaitu Kartu JKA. Bagi peserta yang belum memiliki kartu JKA dapat menggunakan KTP dan atau KK Aceh. Apabila menurut pemeriksaan dokter pada fasilitas kesehatan dasar dinyatakan peserta membutuhkan pelayanan kesehatan lebih lanjut, baik rawat jalan maupun rawat inap, dokter di fasilitas kesehatan dasar dapat merujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan milik pemerintah.

Sebagaimana dikatakan informan/Kepala Puskesmas Kecamatan Syamtalira Aron:

“Bagi anggota masyarakat yang butuh pelayanan kesehatan tingkat pertama, maka mereka kita minta menunjukkan identitas peserta JKA atau Kartu JKA. Jika belum punya, maka kita meminta KTP dan atau KK Aceh. Kita memiliki fasilitas untuk rawat inap namun terbatas. Bila dari hasil pemeriksaan dokter mereka dinyatakan harus mendapatkan pelayanan kesehatan lebih lanjut, baik rawat jalan maupun rawat inap,

maka dokter di fasilitas kesehatan dasar dapat merujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan milik pemerintah” (wawancara tanggal 4 Desember 2013).

Apabila rumah sakit milik Pemerintah sebagaimana dimaksud tidak mampu lagi menampung pasien JKA karena ruang rawatan penuh, maka pasien tersebut dapat dilimpahkan ke rumah sakit swasta yang telah bekerja sama dengan JKA. Rumah sakit swasta sebagaimana dimaksud tidak boleh mengutip biaya apapun kepada peserta jika peserta dirawat pada kelasnya. Sesuai dengan ketentuan Jamkesmas, pasien Jamkesmas hanya dapat dirawat pada rumah sakit swasta yang sudah menjalin kerjasama dengan Jamkesmas.

2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan

- a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas atau Dokter keluarga/Dokter Gigi Keluarga dengan menunjukkan identitas peserta JKA dan Surat Rujukan yang masih berlaku dari fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas/Dokter Keluarga/Dokter Gigi Keluarga).
- b. Pada masa transisi sebelum kartu JKA diterbitkan, maka petugas Askes Center terlebih dahulu melakukan pengecekan data peserta di *Masterfile* Jamkesmas dan Askes Sosial:
 - Apabila yang bersangkutan terdaftar dalam *Masterfile* Jamkesmas, maka diterbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) sebagai peserta Jamkesmas.

- Apabila yang bersangkutan terdaftar di dalam *Masterfile* Askes Sosial, maka diterbitkan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) sebagai peserta Askes Sosial.
 - Apabila yang bersangkutan tidak terdaftar di dalam *Masterfile* Jamkesmas, maka diterbitkan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) sebagai peserta JKA.
- c. Peserta yang tidak membawa surat rujukan dari Puskesmas dokter praktek keluarga dikenakan biaya sesuai tarif fasilitas kesehatan tersebut.
- d. Kartu Peserta JKA atau surat lainnya sebagaimana yang disebutkan pada butir 1 dan surat rujukan dari Puskesmas /Dokter Keluarga/Dokter Gigi Keluarga dibawa ke Askes Center di RS untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya. Selanjutnya Askes Center akan menerbitkan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) bagi peserta JKA.

Catatan:

- 1) Untuk kasus kronis tertentu yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, surat rujukan berlaku selama 1 bulan. Surat Rujuk Balik dari Fasilitas Kesehatan Tingkat lanjutan wajib diberikan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
- 2) Untuk kasus-kasus penyakit kronis dan gangguan jiwa, surat Rujukan dapat berlaku sampai dengan 3 bulan dengan syarat ada pemberitahuan kepada dokter pelayanan primer dan PT. Askes. Bagi penderita jiwa yang tidak memiliki keluarga atau tuna wisma dapat diperpanjang rujukan di Puskesmas di Banda Aceh.

- 3) Tunawisma yang menderita gangguan jiwa atau dalam hal keluarga penderita tidak diketahui dapat langsung diberi pelayanan dengan ketentuan diterbitkan Surat Keterangan Direktur Rumah Sakit Jiwa terhadap penderita tersebut.
- 4) Penderita gangguan jiwa yang terlanjur dibawa keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tanpa surat rujukan, maka surat rujukannya harus diambil dari salah satu Puskesmas di Kota Banda Aceh.

Pelayanan tingkat lanjutan sebagaimana diatas meliputi:

- 1) Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit.
 - a) Peserta akan dilayani oleh dokter spesialis yang sesuai dengan kebutuhan medis peserta.
 - b) Peserta dapat dilakukan pemeriksaan lanjutan untuk memastikan diagnosis atau kemajuan pengobatan.
 - c) Peserta mendapatkan obat yang rasional sesuai dengan Daftar Obat JKA untuk jangka waktu tertentu sesuai dengan kondisi penyakit pada instalasi farmasi RS/apotek yang ditunjuk oleh PT. Askes (Persero).
 - d) Dokter yang memeriksa di fasilitas lanjutan harus mengembalikan peserta yang dirujuk tersebut kepada dokter pengirim dengan menyertakan surat balasan rujukan yang berisi diagnosa, tindakan yang telah dilakukan dan pengobatan lanjutan beserta hal-hal yang perlu diperhatikan pada peserta yang bersangkutan.

- e) Apabila peserta tersebut merupakan kasus dengan penyakit kronis dan mengalami gangguan jiwa yang butuh penanganan khusus oleh dokter spesialis, maka dokter spesialis harus mengembalikan surat rujukan yang berisi diagnosa, tindakan yang telah dilakukan dan pengobatan serta kondisi pasien sehingga peserta masih membutuhkan perhatian spesialis. Dengan demikian, surat rujukan tidak dibutuhkan lagi sampai peserta stabil dan maksimal berlakunya surat rujukan adalah 3 bulan.
- f) Khusus untuk pasien gangguan jiwa yang tidak memiliki keluarga atau diterlantarkan oleh keluarganya, setelah setelah masa berlaku surat rujukannya habis 3 bulan, maka pihak rumah sakit jiwa setempat harus mengupayakan surat rujukan dari salah satu Puskesmas terdekat.
- g) Pasien rujukan rawat jalan hanya dilayani pada hari kerja dengan jam buka sesuai dengan jam buka fasilitas kesehatan yang bersangkutan.
- h) Apabila fasilitas kesehatan sekunder seperti rumah sakit kabupaten/kota memiliki keterbatasan tenaga dan alat, maka peserta dapat dirujuk ke rumah sakit kabupaten/kota terdekat lainnya yang memiliki tenaga dan alat yang diperlukan. Apabila rumah sakit kabupaten/kota terdekat tidak memiliki tenaga dan alat yang dibutuhkan, maka dapat dirujuk langsung ke rumah sakit yang lebih tinggi di Provinsi Aceh (Rumah Sakit Umum

Daerah Zainoel Abidin/RSUDZA) atau rumah sakit provinsi lain yang terdekat yang bekerjasama dengan PT. Askes (Persero).

- i) Apabila RSUDZA tidak memiliki tenaga yang dapat memberi tindakan atau advis tetapi memiliki alat yang sesuai dengan kondisi peserta tersebut, RSUDZA dapat mendatangkan tenaga yang dibutuhkan dari luar Aceh dengan memberitahukan kepada PT. Askes (Persero) yang disertai hasil keputusan Komite Medik RSUDZA.
 - j) Pembayaran tindakan dibayar sesuai tarif JKA.
 - k) Apabila peserta yang dirujuk tersebut membutuhkan rawat inap, dokter yang memeriksa wajib menulis atau memberitahukan PT. Askes (Persero) yang berada di rumah sakit.
- 2) Pelayanan Rawat Inap di Kelas III
- a) Peserta JKA yang butuh rawat inap berhak mendapatkan seluruh pelayanan kesehatan di kelas III sesuai dengan kebutuhan medis.
 - b) Peserta yang mendapat pelayanan di kelas III tidak dibolehan dibebankan biaya apapun untuk kebutuhan pelayanan kesehatannya.
 - c) Apabila peserta naik kelas rawat inap “atas keinginannya sendiri” maka haknya untuk mendapatkan pelayanan JKA pada periode sakit saat itu dinyatakan gugur.
 - d) Apabila peserta mendapatkan pelayanan rawat inap di kelas yang lebih tinggi, bukan atas keinginan yang bersangkutan melainkan akibat kelas III tidak (penuh), maka biaya

perawatannya dibayar sesuai hak peserta JKA dan tidak boleh dibebani biaya lainnya oleh rumah sakit.

- e) Apabila RSUDZA memiliki keterbatasan tenaga dan alat maka peserta dirujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi di luar Aceh dalam wilayah yurisdiksi Negara Kesatuan Republik Indonesia.
 - f) Apabila peserta dirujuk ke Rumah Sakit yang kelasnya lebih tinggi baik di dalam maupun di luar wilayah Aceh dalam Negara Kesatuan Republik Indonesia, maka diperlukan surat rujukan dari Rumah Sakit yang dilegalisasi oleh petugas Askes Center.
- 3) Pelayanan transfusi darah diberikan berdasarkan surat permintaan dari dokter yang merawat dengan melampirkan surat jaminan perawatan yang dilegalisasi oleh petugas askes center.
- 4) Pelayanan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya diberikan berdasarkan surat permintaan dokter yang memeriksa/merawat sesuai dengan indikasi medis.
- 5) Pelayanan obat:
- a) Pelayanan obat untuk pelayanan kesehatan lanjutan diperoleh dari Instalasi farmasi RS/apotek yang bekerjasama dengan PT Askes (Persero) khususnya pelayanan JKA non Jamkesmas. Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat, maka instalasi farmasi RS/apotek berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan instalasi farmasi RS/apotek lainnya. Bilamana setelah diupayakan dari instalasi farmasi RS/apotek-apotek lainnya obat yang dimaksud tetap tidak diperoleh, maka

pihak instalasi farmasi RS/apotek berkewajiban untuk menghubungi dokter bersangkutan guna mendapatkan pengganti obat dimaksud. Pemberian obat dilakukan dengan efisien dan mengacu pada kebutuhan medis.

- b) Dinas Kesehatan Aceh dan PT. Askes (Persero) dapat menunjuk apotek atas rekomendasi dinas kesehatan kabupaten/kota untuk pelayanan pasien JKA non Jamkesmas. Apotek tersebut harus berada di dalam atau sekitar lingkungan rumah sakit agar keluarga pasien tidak membutuhkan transportasi untuk menjangkaunya.
- c) Pemberian obat bagi pasien di rawat inap tingkat lanjutan maksimal untuk pemakaian 3 hari.
- d) Instalasi farmasi RS/apotek yang ditunjuk untuk melayani pasien JKA wajib buka 24 jam setiap hari.
- e) Pelayanan obat mengacu pada Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) dan daftar Obat Tambahan (DOT) JKA.
- f) Apabila dokter yang bertugas di pelayanan tingkat lanjutan meresepkan obat di luar DPHO dan DOT JKA, maka instalasi farmasi dan atau apotek yang ditunjuk berhak dan wajib mengganti obat yang memiliki zat aktif yang sama yang terdapat di dalam DPHO dan DOT JKA dengan terlebih dahulu memberitahukan kepada dokter yang bersangkutan.
- g) Untuk pasien Jamkesmas, apabila obat yang menurut pertimbangan medis dibutuhkan untuk pasien tersebut tidak

tersedia dalam formularium obat Jamkesmas, maka dapat diberikan obat dalam DPHO dan DOT JKA atas persetujuan direktur rumah sakit atau pejabat yang ditunjuk.

- h) Apabila pasien atas kehendak sendiri meminta obat di luar DPHO dan DOT JKA, maka seluruh biaya obat harus ditanggung oleh pasien yang bersangkutan dan harus menandatangani pernyataan permintaan obat atas kehendak sendiri di belakang resep.
- i) Apabila terjadi kekosongan obat di Instalasi Farmasi Apotek yang ditunjuk, maka dilakukan langkah-langkah penanganan sebagai berikut:
- Kekosongan yang diakibatkan oleh kesalahan IFRS/Apotek yang tidak melakukan pemesanan kesalahan perencanaan ataupun keterlambatan pembayaran ke distributor yang berdampak penundaan suplai obat, maka IFRS/Apotek bertanggung jawab mengganti obat yang kosong dengan obat lain yang memiliki kandungan zat aktif yang sama. PT Askes (Persero) membayar sesuai dengan harga DPHO/DOT.
 - Apabila kekosongan terjadi akibat kelalaian distributor dalam pendistribusian obat, penerapan kuota secara sepihak maupun hal-hal lain yang bertentangan dengan tanggungjawab distributor dalam menjamin ketersediaan obat sebagaimana diatur dalam Perjanjian Kerjasama antara

Distributor dengan PT. Askes (Persero), maka PT. Askes (Persero) akan mengirimkan surat peringatan sebanyak maksimal 3 kali kepada distributor. Bila hingga surat peringatan ketiga tidak ada upaya nyata dari Distributor untuk menindaklanjuti kekosongan tersebut maka hal ini akan ditetapkan sebagai suatu faktor penilaian wanprestasi Distributor terhadap pelayanan obat PT. Askes (Persero). Selanjutnya IFRS/Apotek bertanggungjawab mengganti obat yang kosong dengan obat lain yang memiliki kandungan obat yang sama. PT. Askes (Persero) bertanggungjawab membayar klaim obat kosong yang digantikan kepada IFRS/Apotek sesuai harga obat pengganti DPHO/DOT JKA.

- Apabila kekosongan obat terjadi pada pihak Produsen Obat, akibat ketiadaan bahan baku, penghentian produksi atau hal-hal lain maka Pihak Produsen wajib memberitahukan kepada PT. Askes (Persero) mengenai hal tersebut. Selanjutnya PT. Askes (Persero) bertanggungjawab membayar klaim obat kosong yang digantikan kepada IFRS/Apotek sesuai dengan harga obat pengganti DPHO/DOT JKA.

j) Pengajuan Surat Pesanan Obat dari IFRS/Apotek kepada Distributor untuk pelayanan peserta JKA harus mendapat persetujuan PT. Askes (Persero) setempat terlebih dahulu.

Pengajuan IFRS/Apotek harus menyertakan laporan kondisi stok obat dengan jumlah minimal 20% dari rata-rata pemakaian.

- k) Pengadaan obat di Puskesmas, mengingat kebutuhan obat bervariasi jenis dan jumlah serta waktu kebutuhan maka dibutuhkan pengadaan obat yang cepat agar pelayanan tetap terjamin dan berkualitas kepada rakyat. Untuk itu, Puskesmas dibenarkan membeli obat dari dana kapitasi sesuai kebutuhan yang dibuktikan dengan kuitansi pembelian yang dilegalisir oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota.

3. Pelayanan Gawat Darurat

- a. Pada kasus gawat darurat pasien dapat dilayani pada fasilitas kesehatan terdekat. Dalam hal fasilitas kesehatan yang menolong pasien tersebut tidak dikontrak oleh PT. Askes (Persero), maka PT. Askes (Persero) akan memberikan penggantian seperti diatur dalam Manlak ini.
- b. Pasien yang datang langsung ke RS, tetapi keadaannya tidak gawat darurat, maka pasien tersebut wajib membayar semua jasa dan obat yang diperlukan.
- c. Dalam hal peserta JKA mengalami kondisi gawat darurat berobat tanpa rujukan, maka pasien wajib dilayani tanpa dibebani biaya apapun.
- d. Apabila pasien memerlukan perawatan lebih lanjut, maka petugas unit gawat darurat wajib memberitahukan kepada petugas Askes Center.
- e. Untuk peserta JKA dari pembiayaan Jamkesmas yang dirawat di rumah sakit akan dilayani sama dengan JKA, kecuali untuk pilihan naik kelas

dan fasilitas kesehatan swasta yang tidak ada kerjasama dengan program Jamkesmas.

- f. Peserta JKA dari Jamkesmas mendapatkan pelayanan transportasi rujukan baik gawat darurat maupun bukan darurat tetapi kondisi pasien butuh rawat inap di fasilitas yang dirujuk, sedangkan peserta JKA non Jamkesmas hanya mendapatkan pelayanan transportasi pada kondisi gawat darurat.
- g. Penderita gangguan jiwa yang tidak dijemput oleh keluarganya dapat dipulangkan dengan seorang pendamping ke rumahnya dengan menggunakan kendaraan umum, dan menyerahkan surat rujukan balik ke Puskesmas setempat.
- h. Pelayanan kesehatan RJTL dan pelayanan RITL di Rumah Sakit dilakukan secara terpadu sehingga biaya kesehatan diklaim dan diperhitungkan sebagai satu kesatuan menurut tarif JKA.
- i. Pembiayaan pelayanan kesehatan JKA di seluruh Fasilitas Kesehatan lanjutan mengacu pada tarif yang telah ditentukan.
- j. Dokter umum/gigi/spesialis dilarang memberikan keterangan (*twisting*) yang menimbulkan kesan bahwa obat, tindakan, atau layanan yang disediakan JKA tidak memiliki kualitas yang baik sehingga pasien, meminta “obat merek tertentu diluar DPHO/DOT JKA.”
- k. Peserta/pasien dilarang meminta, mendesak, atau memaksa dokter atau dokter gigi agar dirujuk ke RS untuk pemeriksaan atau pengobatan lebih lanjut, karena dokter memiliki otonomi dan kewenangan penuh, sesuai keilmuannya, untuk menetapkan perlu tidaknya rujukan. Jika tetap

meminta maka pasien harus mengisi formulir permintaan tersebut dan seluruh biaya akibat pelayanan rujukan tidak ditanggung oleh JKA.

1. Pelayanan Rumah Sakit diharapkan dapat dilakukan dengan *cost-effective* dan *cost-efficient* agar tercapai biaya pelayanan seimbang. Dalam pemberian pelayanan medis kepada peserta yang sesuai haknya, fasilitas kesehatan tidak boleh ada iuran biaya apapun kepada peserta dengan alasan apapun.

Menanggapi pelayanan gawat darurat yang diberikan oleh program JKA, anggota masyarakat di Kecamatan Tanah Pasir Kabupaten Aceh Utara mengatakan:

“pelayanan gawat darurat yang diberikan oleh JKA sudah baik dan sangat membantu pada saat ada keluarga saya yang sakit. Di samping karena biaya pelayanan diberikan gratis kemudian pelayanan transportasi rujukan juga siap tersedia. Fasilitas itu sangat membantu kami yang tinggal di gampong yang tidak memiliki kendaraan atau memang sulit sekali mendapat transportasi pada saat darurat” (wawancara tanggal 8 November 2013).

4. Pelayanan Kesehatan Peserta JKA di luar Wilayah Provinsi Aceh
 - a. Pelayanan kesehatan peserta JKA yang dilakukan di luar wilayah Provinsi Aceh dilaksanakan sesuai prosedur, ketentuan dan tarif PT. Askes (Persero) di wilayah setempat, kecuali *implant orthopedic*, bedah saraf dan jantung.
 - b. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penduduk Aceh yang bepergian keluar wilayah Aceh dalam Wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, hanya yang bersifat gawat darurat dengan menunjukkan identitas peserta JKA.
 - c. Pelayanan gawat darurat di luar fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan PT. Askes (Persero), biaya pelayanan kesehatan

dibayar terlebih dahulu oleh peserta, selanjutnya ditagihkan ke PT. Askes (Persero) di Wilayah Aceh dengan melampirkan surat keterangan gawat darurat dari dokter yang merawat dan kwitansi biaya pelayanan kesehatan. Besaran penggantian klaim sesuai dengan ketentuan penyelenggaraan JKA. Dalam hal pasien yang bersangkutan tidak mampu membayar, maka pihak rumah sakit bersangkutan dapat menghubungi PT. Askes (Persero) setempat (Manlak JKA, 2011).

Mekanisme pelayanan JKA tersebut, pada kasus-kasus tertentu diidentifikasi terdapat beberapa masalah pelayanan yang setengah hati, sikap pelayanan rujukan yang kurang maksimal, masalah pelayanan obat-obatan dan rujukan specimen, serta masalah rujukan ke Rumah Sakit. Secara keseluruhan, mekanisme pelayanan JKA di Kabupaten Aceh Utara baik pada pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan lanjutan tersebut belum maksimal diimplementasikan. Selain itu, Manlak tahun 2011 masih memiliki beberapa kelemahan dalam pengaturannya yang cenderung mempengaruhi implementasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat.

Di antaranya terdapat pasien JKA di Puskesmas Pembantu (Pustu), Gampong (desa) Paloh Gadeng Kecamatan Dewantara, Aceh Utara dilaporkan oleh warga bersama Pemerintah gampong (desa) telah menjadi korban kepentingan bisnis kepala Pustu (9/9/2013). Menurut warga, Pustu Paloh Gadeng memiliki sebuah gedung berukuran 12×8 meter, dua pintu. Satu pintu agak sempit digunakan untuk melayani pasien JKA dan Jamkesmas. Sementara satu pintu yang memiliki empat ruangan dijadikan sebagai tempat praktek Kepala Pustu.

Pustu tersebut dijadikan sebagai objek bisnis Kepala Pustu dan tidak mengenal Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) sebagai Program jaminan kesehatan untuk rakyat miskin, hanya berlaku 5 jam, dari jam 8.00 hingga 13.00 WIB. Sementara setelah jam 13.00 WIB hingga jam 8.00 WIB sudah memasang tarif normal. Bila warga yang berobat harus membayar layaknya tempat praktek dokter meskipun menggunakan fasilitas publik sebagai tempat prakteknya. Masyarakat menyebutkan, untuk pemeriksaan kandungan, demam atau keluhan lainnya harus membayar, termasuk menebus obat.

Pemerintah Gampong Paloh Gadeng Kecamatan Dewantara, Aceh Utara, menyebutkan di Pustu tersebut, sejak tahun 2009 mulai memberlakukan tarif. Hingga tahun 2012, tarif biaya persalinan normal sebesar 700 ribu rupiah, belum termasuk biaya pemeriksaan dan cek kandungan empat kali sebelum dan empat kali sesudah melahirkan.

Pada tahun 2012, tarif pasien melahirkan atau bersalin mulai menurun, dari 700 ribu menjadi 200 hingga 350 ribu sebagai biaya obat-obatan, cuci tangan, dan pembuatan akte kelahiran. Pustu tersebut memiliki 4 pegawai ditambah 2 honorer, disamping mahasiswi praktek dari kampus Getsampena, Bumi Persada dan Akkes Pemda, dikatakan mereka praktek di tempat kerja Kepala Pustu. Untuk praktek di sana, mahasiswi dipungut biaya 50 ribu/orang, bahkan mahasiswi ditinggalkan malam hari di Pustu (yang dijadikan tempat praktek kepala Pustu) tanpa pemberitahuan tamu yang menginap di gampong itu. Masyarakat tidak suka dengan pelayanan Pustu itu, bahkan warga memilih berobat ke Pustu lain di luar kampungnya. Melihat keluhan masyarakat, pemerintah gampong, termasuk

Keuchik, Tuha Peut, Ketua Pemuda serta pengawas JKA kecamatan Dewantara, pernah menyurati Kepala Dinas Kesehatan Aceh Utara.

Melalui surat tanggal 1 Mei 2011 tersebut, dilampirkan bukti pengutipan uang pada pasien JKA, mereka meminta agar Kepala Pustu segera diganti. Setelah diproses, Kepala Pustu yang disebut telah berbicara dengan Ketua Komisi D DPRK Aceh Utara akhirnya tidak jadi dipindahkan karena dikatakan tidak ada masalah di Pustu tersebut.

Perangkat Gampong Paloh Gadeng mengatakan, banyak menerima keluhan pelayanan kesehatan. Seorang pasien bersalin, Kamis, 8 Agustus 2012, lalu membenarkan hal tersebut. “Saya melahirkan dengan bantuan Kepala Pustu, betul saya diminta uang 350 ribu. Katanya untuk biaya pengurusan Akte Kelahiran.” Selanjutnya, hal serupa juga dialami pasien lain yang melahirkan pada jam 04.00 pagi, 2 Juli 2013 lalu dan dikenakan uang Rp. 250 ribu katanya untuk uang cuci tangan.

Pengawas JKA Kecamatan Dewantara, Aceh Utara mengatakan pihaknya telah mengusulkan kepada kepala Puskesmas Dewantara agar petugas diganti dengan yang lain. Sudah disurati tapi belum ada respon sama sekali. “Jika dinas terkait tidak merespon, maka jangan salahkan masyarakat jika Pustu disegel, karena hingga saat ini Pustu di jadikan ladang bisnis dan tempat praktek pribadi” katanya. Geuchik Gampong Paloh Gadeng, juga mengatakan bahwa masyarakat pada umumnya awam dan tidak tahu bagaimana standar baku pelayanan dan proses administrasi pengobatan menggunakan JKA. (Aceh Baru.com, diambil 3 November 2013).

Berbeda halnya dengan mekanisme pelayanan di Puskesmas Kecamatan Banda Baro, Kabupaten Aceh Utara. Meskipun lokasi Puskesmas berbeda dengan lokasi tempat tinggal pasien JKA, namun karena alasan pasien mendesak untuk mendapatkan pelayanan atau karena ketidaktahuan pasien mengenai pengobatan pada Puskesmas kecamatan tempat tinggalnya, namun pelayanan tetap diberikan sebagaimana layaknya pasien lain. Hal ini dikatakan oleh informan dari Puskesmas Kecamatan Banda Baro sebagai berikut:

“Kita di sini di perbatasan, dari Sawang pun masuk ke sini Dewantara pun masuk ke sini, karena dekat kita layani. Kalau kita katakan ini seharusnya ke Sawang, mereka tidak akan mau kembali, jadi tetap kita terima. Hanya rujukan saja yang tidak bisa kita buat. Kalau rujukan harus dibuat oleh Puskesmas di kecamatannya sendiri. Tapi pasien tidak mau tahu, yang penting rujukan harus dibuat. Kita tidak membedakan pelayanan di antara pasien JKA, bahkan dengan pasien Jamkesmas dan Askes. Obatnya pun sama. Pasien yang datang dilayani pada bagian kartu dan diarahkan pada bagian yang dituju sesuai kebutuhan pelayanan. Bagi yang telah ada kartu seperti Jamkesmas menyerahkan kartunya dan yang tidak ada seperti JKA di data fotokopi KTPnya, untuk selanjutnya hanya cek nomornya (Wawancara tanggal 26 Februari 2013).

Bagi informan/anggota masyarakat di Kecamatan Syamtalira Bayu, mekanisme pelayanan yang berlangsung dikatakan telah memadai. Sebagaimana pernyataan:

”Kami sangat puas dengan pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas di Kecamatan Syamtalira Bayu. Dari segi mekanisme pelayanan yang diberikan bagi kami sudah baik. Kami berharap program JKA masih terus berlanjut dan dapat memberikan kenyamanan bagi kami dalam memperoleh pelayanan kesehatan” (wawancara tanggal 10 November 2013).

4. Pendanaan

Dana yang dialokasikan sangat membantu dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Aceh Utara. Dalam melaksanakan upaya pembangunan kesehatan diperlukan pembiayaan, baik yang bersumber dari

pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta. Pembiayaan kesehatan yang bersumber Pemerintah terdiri atas Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA) Provinsi dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Kabupaten (APBK), Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) kesehatan meliputi Dana Dekonsentrasi, Outsus Migas, dan Jamkesmas. Khusus untuk dana Program JKA berasal dari APBA Mata Anggaran Program Kemitraan peningkatan Pelayanan Kesehatan yang dialokasikan melalui Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Aceh (DPA SKPA) Dinas Kesehatan. PT. Askes (Persero) selaku Badan Penyelenggara melakukan administrasi pengelolaan dana program JKA secara efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip-prinsip kendali mutu dan kendali biaya (*Managed Care*).

Dana program dialokasikan untuk membiayai kegiatan pelayanan kesehatan dan kegiatan penunjang dengan rincian sebagai berikut:

1. Dana Pelayanan Kesehatan, dialokasikan sebagai berikut:
 - a. Dana Pelayanan Kesehatan Langsung (90% dari total biaya pelayanan kesehatan) digunakan untuk pelayanan kesehatan bagi peserta JKA di:
 - a) Puskesmas
 - b) Rumah Sakit Umum
 - c) Rumah Sakit khusus
 - d) Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM)
 - e) Balai Laboratorium Kesehatan
 - f) Laboratorium Kesehatan daerah
 - g) Apotek
 - h) Optikal
 - i) Unit Transfusi Darah (UTD) atau PMI, dan
 - j) Fasilitas pelayanan lainnya yang ditunjuk oleh Dinas Kesehatan Aceh dan PT. Askes (Persero).
 - b. Transportasi rujukan gawat darurat berlaku bagi Peserta JKA Jamkesmas dan JKA Non Jamkesmas, sedangkan transportasi rujukan biasa hanya

berlaku bagi peserta JKA Jamkesmas dan Rumah Sakit Kabupaten/Kota ke Rumah Sakit yang lebih tinggi.

c. Dana Pelayanan Kesehatan Tidak Langsung (10% dari total biaya pelayanan kesehatan) digunakan untuk:

- 1) Kegiatan Tim Pengawas
- 2) Kegiatan Tim Sekretariat JKA Dinas Kesehatan Aceh dan Kabupaten/Kota.
- 3) Administrasi Kepesertaan
- 4) Sosialisasi
- 5) Penyusunan Pedoman Pelaksanaan
- 6) Penelitian dan pengembangan
- 7) Evaluasi

Unit cost untuk kegiatan pelayanan kesehatan tidak langsung sesuai dengan standar biaya yang ditetapkan oleh Pemerintah Aceh.

2. Dana Operasional PT. Askes (Persero) dibayarkan sebagaimana tercantum di dalam kesepakatan kerja sama (PKS) antara Pemda Aceh dengan PT. Askes (Persero) digunakan untuk kegiatan PT. Askes (Persero) yang meliputi:

- a. Biaya Pegawai
- b. Biaya administrasi
- c. Biaya umum
- d. Biaya penyusunan laporan
- e. Biaya pembinaan manajemen
- f. Biaya pendidikan dan latihan
- g. Biaya pengembangan SIM
- h. Biaya penyusunan petunjuk teknis
- i. Biaya monitoring dan evaluasi
- j. Kegiatan tim koordinasi (Manlak JKA, 2011).

Anggaran JKA tahun 2010 sebesar Rp. 241,9, M, tahun 2011 sebesar Rp. 399 M, tahun 2012 sebesar 419 M, dan tahun 2013 sebesar 418,75 M (www.Jamsosindonesia.com/jamsosda/detail/12, diambil 5 November 2013). Untuk Data Anggaran Kesehatan yang bersumber dari APBD Kabupaten Aceh Utara Tahun 2011 sebesar Rp. 69.726.673.538 dan yang bersumber dari APBN sebesar Rp.

9.514.464.000. Secara keseluruhan jumlah anggaran kesehatan masih sangat minim.

Tabel 4.9 Daftar Rekapitulasi Pembayaran Kapitasi RJTP Program JKA PT. Askes (Persero) Cabang Lhokseumawe Kabupaten Aceh Utara Desember 2011

No.	Kecamatan/Puskesmas	JKA Jiwa Terdaftar	JKA @ Rp.4000,-
1	Baktiya	9.201	36.804.000
2	Sampoiniet	7.706	30.824.000
3	Cot Girek	10.482	41.928.000
4	Dewantara	21.206	84.824.000
5	Geureudong Pase/Suka damai	339	1.356.000
6	Kuta Makmur	7.882	31.528.000
7	Lapang	1.929	7.716.000
8	Buket Hagu	7.772	31.088.000
9	Lhoksukon	31.420	125.680.000
10	Matang Kuli	11.117	44.468.000
11	Paya Bakong	8.178	32.712.000
12	Meurah Mulia	2.638	10.552.000
13	Muara Batu	6.955	27.820.000
14	Nisam	2.601	10.404.000
15	Nisam Antara	3.926	15.704.000
16	Banda Baro	2.781	11.124.000
17	Samudera	8.627	34.508.000
18	Sawang	8.731	34.924.000
19	Seunuddon	9.002	36.008.000
20	Blang Geulumpang	3.810	15.240.000
21	Simpang Kramat	93	372.000
22	Syamtalira Aron	8.721	34.884.000
23	Syamtalira Bayu	6.294	25.176.000
24	Tanah Jambo Aye	19.098	76.392.000
25	Langkahan	10.358	41.432.000
26	Tanah Luas	15.244	60.976.000
27	Nibong	6.046	24.184.000
28	Tanah Pasir	1.252	5.003.000
	JUMLAH	233.409	933.636.000

Sumber: PT. Askes (Persero) Lhokseumawe Kabupaten Aceh Utara, diolah 2011

Berdasarkan Tabel 4.9 maka dapat dilihat bahwa setiap kecamatan memperoleh dana JKA sesuai dengan jumlah penduduknya, setelah dikeluarkan dari jumlah dana yang dianggarkan untuk Jamkesmas. Setiap puskesmas dapat mengajukan klaim dana JKA menurut kapitasi (jumlah per jiwa) yang telah ditentukan. Namun dapat juga terjadi penyimpangan, bila puskesmas tidak

melayani pasien JKA secara maksimal, sehingga selisih dana antara jumlah kapitasi dengan jumlah yang seharusnya diklaim dapat terjadi dan membuka celah pemanfaatan dana secara tidak berhak.

Menurut informan dari LSM bidang Kesehatan, Kabupaten Aceh Utara masih dihadapkan pada masalah masih tingginya penduduk miskin. Walaupun kebijakan pemerintah menggratiskan pelayanan kesehatan di puskesmas (dalam bentuk Jamkesmas, Askes dan JKA), namun untuk upaya promotif dan preventif terhadap penduduk miskin belum mendapatkan sentuhan maksimal.

“Upaya kuratif di puskesmas tidak menyentuh seluruh penduduk miskin. Ke depan upaya promotif dan preventif menjadi perhatian, sehingga petugas tidak hanya menunggu datangnya pasien berobat ke puskesmas, tetapi proaktif memberikan dukungan terhadap upaya promotif dan preventif di masyarakat. Dilaporkan dari 109.019 jumlah penduduk miskin hanya 46,576 (43%) yang mendapatkan pelayanan kesehatan” (wawancara tanggal 15 Juli 2013).

Anggaran kesehatan di Aceh selama ini masih bertumpu pada belanja *kuratif* (penyembuhan), daripada *preventif* (pencegahan). Diharapkan ke depan, upaya preventif maupun promotif mendapat porsi penganggaran yang lebih besar. Peneliti pada *Public Expenditure Analysis and capacity Strengthening Program in Aceh (PECAPP)* mengatakan, besarnya belanja kuratif dikhawatirkan akan membuat beban anggaran semakin berat dalam jangka panjang. Karena upaya preventif atau penyembuhan lebih murah dari pengobatan. Belanja kuratif mendapat anggaran yang besar dalam tiga tahun terakhir. Pada tahun 2012, anggaran kesehatan untuk upaya kuratif mencapai 64% dari total anggaran Provinsi Aceh untuk bidang kesehatan, yang mencapai Rp 931 miliar, sedangkan untuk preventif hanya 4%.

Kecenderungan membesarnya upaya kuratif dimulai sejak 2010, saat program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) dimulai. Sebelumnya, pada tahun 2007, anggaran kesehatan untuk kuratif hanya 37%. Anggaran untuk preventif di Provinsi Aceh hingga tahun 2012 masih jauh di bawah angka survei sebesar 30%, seperti yang dipublikasikan oleh Pusdiklat Aparatur Kementerian Kesehatan.

Setiap tahun, belanja kesehatan di Aceh cenderung meningkat. Tahun 2012, total belanja kesehatan di seluruh Aceh (provinsi dan kabupaten/kota) meningkat tiga kali lipat dibandingkan tahun 2005. Ini membuktikan pemerintah di Aceh punya perhatian besar terhadap sektor kesehatan. Tetapi, besarnya anggaran ini masih belum disertai pencapaian beberapa indikator kesehatan yang lebih baik. Beberapa tantangan sektor kesehatan di antaranya angka kematian ibu masih tinggi pada tahun 2011 tercatat 158 per 100 ribu kelahiran hidup (KH). Sedangkan nasional menargetkan 112 per 100 ribu KH pada tahun 2014. Masalah lainnya adalah ketersediaan sarana dan prasarana serta sumber daya tenaga kesehatan yang belum mencukupi dan terdistribusi secara merata di Aceh” (www.koranindonesia.com, diambil 2 April 2013).

Untuk anggaran JKA di Aceh Utara, informan dari Dinas Kesehatan Aceh Utara mengatakan tidak mengetahui jumlah yang pasti, “berhubung pengalokasian dana JKA dilakukan oleh PT. (Persero) Askes Cabang Lhokseumawe kepada masing-masing Puskesmas, sesuai klaim yang dilakukan oleh masing-masing Puskesmas” (Wawancara tanggal 18 November 2013).

Penggunaan dana JKA juga terdapat penyimpangan, sebagaimana yang terjadi di Puskesmas Langkahan Tahun Anggaran (TA) 2011. Kasus ini telah diselidiki sejak 9 Januari 2013. Saksi yang telah diperiksa 16 orang. Sementara

penetapan tersangka dilakukan 6 November 2013. Berdasarkan analisa kasus dan analisa yuridis oleh Reskrim Polres Aceh Utara total indikasi kerugian uang negara dalam kasus itu ditaksir mencapai Rp149,8 juta dari total anggaran Rp.702 juta. Akumulasi dari sejumlah item dana yang diduga digunakan tak sesuai prosedur. Antara lain, dana kegiatan luar gedung periode Januari-Desember 2011 Rp 76,6 juta dan dana pengadaan obat selama tahun 2011 senilai Rp.60 juta (Waspada, tanggal 16 Oktober 2013).

Realisasi dana JKA juga sering mengalami keterlambatan. Sebagaimana yang dialami oleh Paramedis di Puskesmas Lhoksukon Kabupaten Aceh Utara. Mereka menilai ada ketidakadilan dalam pembagian jasa medis tersebut. Sejumlah 20 orang paramedis mempertanyakan kepada Kepala Dinas Kesehatan Aceh Utara mengenai adanya ketidakadilan pembagian jasa medis antara dokter dengan perawat (paramedis) tersebut. Menurut mereka, dalam tugas sehari-hari mereka banyak melakukan pekerjaan (pelayanan) yang sebenarnya adalah tugas medis. Bahkan paramedis ikut memberikan pelayanan resep obat di klinik yang seharusnya merupakan tugas dokter yang bertanggung jawab. Tetapi ketika pembagian jasa medis mereka merasa diperlakukan tidak adil. Persentase yang diterima dokter mencapai 30 persen dengan jumlah dokter empat orang.

Jatah paramedis, meskipun secara persentase mencapai 55% namun harus berbagi dengan jumlah paramedis sebanyak 167 orang di Lhoksukon. Selain itu masih ada non-paramedis yang diberi jatah 10% dengan jumlah 18 orang. Kepala Puskesmas, setelah mendapat jatah medis masih ada jatah lainnya 5%. Kepala Puskesmas membantah tudingan tersebut dengan mengatakan persentase jasa medis bukan kesalahan dokter di puskesmas, tetapi hasil survei tim kajian dari

Universitas Indonesia (UI) yang melibatkan banyak unsur, termasuk DPRA. Mereka hanya sebagai penerima keputusan itu (Serambi, tanggal 6 November 2010). Persoalan tersebut kemudian telah diatasi dengan diberikan penjelasan dan alasan pembagian dilakukan.

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara

Implementasi program JKA di Kabupaten Aceh Utara tersebut dipengaruhi oleh empat faktor yang saling berhubungan satu sama lain, yakni: *komunikasi, sumber daya, disposisi atau sikap dan struktur birokrasi* yaitu sebagai berikut.

1. Komunikasi

Dalam implementasi program JKA pelaksana program melakukan sosialisasi terhadap orientasi program kepada kelompok-kelompok masyarakat (publik) agar dapat dipahami dan dilaksanakan program sebagaimana yang diharapkan oleh perumus kebijakan atau pelaksana program. Komunikasi yang dilakukan melalui sosialisasi dan pendekatan yang persuasif akan mendukung tercapainya tujuan dan mendorong partisipasi masyarakat yang lebih optimal.

Menurut Informan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, “komunikasi pelaksana JKA dengan masyarakat telah dilakukan dengan menginformasikan program JKA melalui petugas kesehatan yang ada di Puskesmas” (wawancara tanggal 18 Oktober 2013).

Demikian pula, dikatakan oleh Informan dari Puskesmas Kecamatan Banda Baro, Kabupaten Aceh Utara, “Komunikasi dilakukan pada saat mengikuti rapat di Dinas Kesehatan Aceh Utara secara rutin setiap bulan, di sana disampaikan

laporan mengenai pelaksanaan, permasalahan, kendala-kendala dan solusi terhadap permasalahan yang ada. Sedangkan pihak dinas kesehatan turun ke lapangan (puskesmas) menurut kebutuhan program masing-masing” (wawancara tanggal 26 Februari 2013).

Sehubungan dengan komunikasi antara pihak Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cut Meutia dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara Direktur RSUD mengatakan, ”komunikasi terjalin dengan lancar dan harmonis, serta dilaksanakan secara berkala. Sehingga apabila terdapat masalah-masalah dalam implementasi JKA segera dapat dibahas dan dicari solusinya. Kondisi ini terus dijaga agar tidak mengganggu atau menghambat proses pelayanan JKA” (wawancara tanggal 12 Juni 2013).

Komunikasi dalam organisasi merupakan suatu proses yang amat kompleks dan rumit. Seseorang bisa menahannya hanya untuk kepentingan tertentu atau menyebarkannya. Di samping itu sumber informasi yang berbeda juga akan melahirkan interpretasi yang berbeda pula. Agar implementasi berjalan efektif, siapa yang bertanggungjawab melaksanakan sebuah keputusan harus mengetahui apakah mereka dapat melakukannya. Sesungguhnya implementasi kebijakan harus diterima oleh semua personel dan harus mengerti secara jelas dan akurat mengenai maksud dan tujuan kebijakan. Jika para aktor pembuat kebijakan telah melihat ketidakjelasan spesifikasi kebijakan sebenarnya mereka tidak mengerti apa sesungguhnya yang akan diarahkan.

Komunikasi berkenaan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan pada organisasi dan/atau publik, ketersediaan sumber daya untuk melaksanakan

kebijakan, sikap dan tanggap dari para pihak yang terlibat, dan bagaimana struktur organisasi pelaksana kebijakan.

Edward III dalam Tangkilisan (2003: 19) menyebutkan:

Ada aspek dalam komunikasi, *pertama* transmisi yaitu sebelum masyarakat terlibat dalam proses implementasi suatu kebijakan publik mereka harus sadar bahwa keputusan telah dibuat dan sebuah komando untuk mengimplementasikannya dikeluarkan, hal ini tidak selalu sebagai tuntutan atau keharusan. *Kedua* kejelasan yaitu ukuran implementasi mesti tidak hanya diterima, namun mereka juga harus jelas. *Ketiga* konsistensi yaitu aturan implementasi mesti konsisten dan jelas.

Penjelasan tersebut menunjukkan, sarana komunikasi yang diperlukan berupa kegiatan sosialisasi. Dengan memperhatikan maksud tersedianya saluran komunikasi kebijakan maka tahap sosialisasi yang diperlukan adalah sosialisasi dalam bentuk “orientasi program” dan “pelatihan” kemampuan teknis pelaksana kebijakan. Faktor-faktor yang menentukan keberhasilan komunikasi dalam menunjang implementasi kebijakan menurut Edwards III adalah ketersediaan saluran komunikasi, kejelasan tujuan dan prosedur pelaksanaan kebijakan dan isi kebijakan yang konsisten.

Dalam implementasi program JKA pelaksana program perlu melakukan sosialisasi terhadap orientasi program kepada kelompok-kelompok masyarakat (publik) agar dapat dipahami dan dilaksanakan program sebagaimana yang diharapkan oleh perumus kebijakan atau pelaksana program. Komunikasi yang dilakukan melalui sosialisasi dan pendekatan yang persuasif akan mendukung tercapainya tujuan dan mendorong partisipasi masyarakat yang lebih optimal.

Seringkali instruksi yang diteruskan kepada pelaksana kabur dan tidak menetapkan kapan dan bagaimana suatu program dilaksanakan. Ketidaktepatan pesan komunikasi yang disampaikan berkenaan dengan implementasi kebijakan

akan mendorong terjadinya interpretasi yang salah bahkan mungkin bertentangan dengan makna pesan awal. Aspek kejelasan tersebut sejalan dengan temuan hasil penelitian dalam program JKA di Kabupaten Aceh Utara, terutama bahwa seharusnya program JKA disosialisasikan secara intensif dan disebarluaskan Manlak-nya, namun kenyataannya program JKA dan Manlak-nya cenderung belum sepenuhnya dipedomani atau masih menimbulkan multi interpretasi di kalangan pengelola puskesmas, rumah sakit, Dinas Kesehatan serta pemerintah setempat di Kabupaten Aceh Utara akibat belum optimalnya komunikasi di antara para pihak tersebut. Sebagaimana dikatakan oleh Informan dari LSM Kesehatan bahwa:

“Seharusnya program JKA disosialisasikan secara intensif dan disebarluaskan Manlak-nya, namun kenyataannya program JKA dan Manlak-nya cenderung belum sepenuhnya dipedomani ataukah masih menimbulkan multi interpretasi dikalangan pengelola puskesmas, rumah sakit, Dinas Kesehatan serta pemerintah setempat di Kabupaten Aceh Utara akibat belum optimalnya komunikasi di antara para pihak tersebut” (Wawancara tanggal 14 Januari 2013).

Persyaratan pertama bagi implementasi program JKA yang efektif adalah bahwa mereka yang melaksanakan keputusan telah mengetahui apa yang harus mereka lakukan, berdasarkan pada Manlak yang ada komunikasi dan koordinasi yang telah terjalin dengan baik. Keputusan-keputusan kebijakan dan perintah-perintah diteruskan kepada pelaksana di lapangan yang tepat sebelum keputusan-keputusan dan perintah itu dapat diikuti.

Permasalahan pada awalnya, antara pihak rumah sakit, puskesmas, Dinas Kesehatan dan pemerintah setempat masih cenderung terjadi *miskomunikasi* dalam pelaksanaan program JKA. Masing-masing pihak cenderung bertindak sendiri-sendiri tanpa koordinasi yang maksimal, sehingga tidak jarang terjadi

perbedaan penafsiran terhadap suatu keputusan atau petunjuk pelaksanaan kegiatan JKA. Aspek transmisi menekankan bahwa, sebelum pejabat dapat mengimplementasikan suatu keputusan, ia harus menyadari bahwa suatu keputusan telah dibuat dan suatu perintah untuk pelaksanaannya telah dikeluarkan. Hal ini tidak selalu merupakan proses yang langsung sebagaimana tampaknya.

Permasalahannya lainnya, secara insidental, sejumlah ketentuan yang diatur dalam beberapa kebijakan dan pedoman pelaksanaan program JKA belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik dan optimal. Dalam hal kepesertaan misalnya, masih ada fakta dimana warga masyarakat yang memenuhi kriteria dan berhak mendapatkan pelayanan JKA belum tersentuh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Sebaliknya, tidak jarang ada warga masyarakat yang tidak memenuhi kriteria dan tidak berhak mendapatkan pelayanan JKA, namun justru dapat pelayanan oleh rumah sakit dan puskesmas dengan menggunakan fasilitas JKA, karena memiliki pengaruh dan kedudukan tertentu.

Sebagaimana dikatakan oleh seorang pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia:

“JKA telah dilaksanakan jauh hari sebelum dilakukan sosialisasi dengan baik. Sehingga tidak jarang masyarakat mengeluhkan pelaksanaannya di lapangan. Mulai dari alur rujukan JKA, siapa saja yang berhak mengakses JKA, sampai pelayanan apa saja yang bisa didapatkan masyarakat. Masyarakat merasa belum mendapatkan informasi yang cukup. Selama pasien tersebut memiliki KTP dan KK Aceh maka mereka berhak mengakses pelayanan JKA, sehingga fasilitas JKA juga bisa atau telah dinikmati oleh kalangan berpunya Aceh. Kaum kaya tersebut biasanya menggunakan JKA untuk menjalani operasi, padahal mereka tentu saja lebih dari mampu untuk membiayai kebutuhan kesehatan mereka sendiri” (wawancara tanggal 11 September 2012).

Walaupun perintah-perintah yang disampaikan kepada para pelaksana program mempunyai unsur kejelasan, tetapi bila perintah tersebut bertentangan maka perintah tersebut tidak akan memudahkan para pelaksana kebijakan menjalankan tugasnya dengan baik. Permasalahannya, masih ada inkonsistensi dalam pelaksanaan program JKA, yakni dalam hal mekanisme pelayanan, pembiayaan, maupun mutu pelayanan.

Manlak program JKA sebagai prosedur kerja ukuran dasar (*Standard Operating Procedures/SOP*) dalam pelaksanaan program JKA masih terdapat pelaksana yang cenderung menginterpretasikan secara berbeda, baik di puskesmas, rumah sakit, maupun pemerintah setempat sehingga berimplikasi pada terjadinya *overlapping* database, kurang optimalnya pelayanan dan akses, serta mutu pelayanan yang kurang memuaskan.

2. Sumber daya

Sumber daya (*resources*) sangat penting dalam mendukung kelancaran implementasi program JKA, dalam hal ini terdiri dari tim koordinasi kabupaten, tim pengawas kabupaten dan kecamatan, tim validasi data kecamatan, tenaga medis (di rumah sakit dan puskesmas) serta staf maupun pelaksana lainnya.

Tidak menjadi masalah bagaimana jelas dan konsisten implementasi program dan bagaimana akuratnya komunikasi dikirim, jika personel yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program kekurangan sumberdaya dalam melakukan tugasnya. Komponen sumberdaya ini meliputi jumlah staf, keahlian dari para pelaksana, informasi yang relevan dan cukup untuk mengimplementasikan kebijakan dan pemenuhan sumber-sumber terkait dalam

pelaksanaan program, adanya kewenangan yang menjamin bahwa program dapat diarahkan kepada sebagaimana yang diharapkan, serta adanya fasilitas-fasilitas pendukung yang dapat dipakai untuk melakukan kegiatan program seperti dana dan sarana prasarana.

Sumberdaya manusia yang tidak memadai (jumlah dan kemampuan), berakibat tidak dapat dilaksanakannya program secara sempurna karena mereka tidak bisa melakukan pengawasan dengan baik. Jika jumlah staf pelaksana kebijakan terbatas maka hal yang harus dilakukan meningkatkan skill/kemampuan para pelaksana untuk melakukan program. Untuk itu perlu adanya manajemen SDM yang baik agar dapat meningkatkan kinerja program. Ketidakmampuan pelaksana program ini disebabkan karena kebijakan konservasi energi merupakan hal yang baru bagi mereka dimana dalam melaksanakan program ini membutuhkan kemampuan yang khusus, paling tidak mereka harus menguasai teknik-teknik kelistrikan.

Informasi merupakan sumberdaya penting bagi pelaksanaan kebijakan. Ada dua bentuk informasi yaitu informasi mengenai bagaimana cara menyelesaikan kebijakan/program serta bagi pelaksana harus mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan dan informasi tentang data pendukung kepetuhan kepada peraturan pemerintah dan undang-undang. Kenyataan di lapangan bahwa tingkat pusat tidak tahu kebutuhan yang diperlukan para pelaksana di lapangan. Kekurangan informasi/pengetahuan bagaimana melaksanakan kebijakan memiliki konsekuensi langsung seperti pelaksana tidak bertanggungjawab, atau pelaksana tidak ada di tempat kerja sehingga menimbulkan inefisien. Implementasi

kebijakan membutuhkan kepatuhan organisasi dan individu terhadap peraturan pemerintah yang ada.

Sumberdaya lain yang juga penting adalah kewenangan untuk menentukan bagaimana program dilakukan, kewenangan untuk membelanjakan/mengatur keuangan, baik penyediaan uang, pengadaan staf, maupun pengadaan supervisor. Fasilitas yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan/program harus terpenuhi seperti kantor, peralatan, serta dana yang mencukupi. Tanpa fasilitas ini mustahil program dapat berjalan.

Mengenai ketersediaan sumberdaya dalam melayani pasien JKA, Direktur RSUD Cut Meutia mengatakan:

”Untuk sementara sumberdaya baik tenaga kesehatan maupun fasilitas telah memadai. Selama ini pelayanan dapat diberikan dengan lancar, namun bagi pasien JKA yang mengidap penyakit kronis, yang memerlukan fasilitas yang lebih modern kita akan kirim pasien tersebut ke Rumah Sakit Zainoel Abidin Banda Aceh” (wawancara tanggal 12 Juni 2013).

Syafri dan Setyoko (2008: 49) menyebutkan, staf merupakan unsur paling penting dalam melaksanakan kebijakan. Besaran jumlah staf (staf yang banyak) tidak selamanya berdampak positif bagi implementasi kebijakan. Agar suatu kebijakan dapat diimplementasikan dengan baik maka perlu didukung oleh sejumlah staf yang memiliki kompetensi, keahlian maupun keterampilan sesuai kebutuhan. Wewenang, menyangkut besaran jangkauan tugas yang dapat dilakukan oleh pejabat pembuat kebijakan maupun para pelaksana. Oleh karena itu wewenang ini akan berbeda-beda dari suatu program ke program lainnya. Kewenangan ini harus bersifat formal karena merupakan otoritas atau legitimasi untuk melaksanakan tugas. Informasi, adalah hal penting lain dalam implementasi suatu kebijakan. Informasi ada dua bentuk yaitu informasi tentang bagaimana

melaksanakan suatu kebijakan. Artinya para pelaku perlu mengetahui apa yang harus dilakukan dan bagaimana mereka harus melakukannya, dan data tentang ketaatan para pelaksana terhadap peraturan pemerintah. Kedua bentuk informasi tersebut penting bagi efisiensi dan kesungguhan para pelaksana dalam melaksanakan tugas masing-masing. Fasilitas-fasilitas, dimaksudkan disini menyangkut ketersediaan sarana fisik, misalnya ketersediaan ruang kerja dan perlengkapan lainnya, tanpa itu semua maka besar kemungkinan akan mengalami kegagalan dalam mengimplementasikan kebijakan yang telah dibuat.

Sumber daya (*resources*) sangat penting dalam mendukung kelancaran implementasi program JKA, dalam hal ini terdiri dari tim koordinasi kabupaten, tim pengawas kabupaten dan kecamatan, tim validasi data kecamatan, tenaga medis (di rumah sakit dan puskesmas) serta staf maupun pelaksana lainnya. Ketersediaan tenaga kesehatan di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara telah memadai dan terus ditingkatkan, baik dari segi jumlah maupun kualitas sumber daya manusianya agar pelayanan kesehatan di Kabupaten Aceh Utara lebih baik dan profesional.

Berdasarkan Gambar 4.9 tampak bahwa jumlah tenaga kesehatan telah memadai, terutama tenaga dokter, perawat, serta bidan, dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya. Hingga tahun 2013, tenaga kesehatan yang mendukung implementasi program JKA semakin meningkat. Sebagaimana dikatakan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, “kualitas pelayanan peserta JKA terus dijaga untuk selalu dapat memberikan pelayanan sebaik mungkin, sama halnya dengan pasien yang berkunjung lainnya, tanpa membedakan status” (wawancara tanggal 18 November 2013).

3. Disposisi atau Sikap

Jika implementasi kebijakan ingin berhasil secara efektif dan efisien, para pelaksana tidak hanya mengetahui apa yang harus dilakukan dan mempunyai kemampuan untuk melakukan kebijakan itu, tetapi mereka juga harus mempunyai kemampuan untuk melaksanakan kebijakan tersebut” (Edwards III dalam Nugroho (2009: 53). Berdasarkan uraian tersebut, maka implementasi program JKA mutlak harus dikuatkan dengan adanya komitmen dan kesadaran yang tinggi dari para pelaksana program untuk melaksanakan program secara sistematis, berkelanjutan dan konsisten.

Salah satu faktor yang mempengaruhi efektifitas implementasi kebijakan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah. Ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan; kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut. Para pelaksana mungkin memahami maksud dan sasaran program namun seringkali mengalami kegagalan dalam melaksanakan program secara tepat karena mereka menolak tujuan yang ada didalamnya sehingga secara sembunyi mengalihkan dan menghindari implementasi program.

Disamping itu, dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai sasaran program. Dukungan dari pimpinan sangat mempengaruhi pelaksanaan program dapat mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Wujud dari

dukungan pimpinan ini adalah menempatkan kebijakan menjadi prioritas program, penempatan pelaksana dengan orang-orang yang mendukung program, memperhatikan keseimbangan daerah, agama, suku, jenis kelamin dan karakteristik demografi yang lain. Disamping itu penyediaan dana yang cukup guna memberikan insentif bagi para pelaksana program agar mereka mendukung dan bekerja secara total dalam melaksanakan kebijakan/program. Lebih lanjut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara mengatakan, “karakter atau perilaku pelaksana program JKA responsif terhadap masyarakat yang membutuhkan pelayanan” (wawancara tanggal 20 November 2013).

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien JKA di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara, dari segi daya tanggap yaitu keinginan para petugas kesehatan untuk membantu para pelanggan dengan cepat tanggap. Diketahui bahwa 9 pasien rawat inap peserta JKA memiliki penilaian baik dan 6 pasien yang memberi pendapat yang kurang baik terhadap daya tanggap petugas kesehatan. Pendapat pasien yang rendah didapatkan dalam hal waktu memperoleh pelayanan. Pasien tersebut setuju bahwa para petugas kesehatan tidak pernah menunda-nunda dalam memberi pelayanan kepada pasien. Jadi, dari hasil wawancara dapat diketahui bahwa lebih banyak pasien rawat inap peserta Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) mempunyai pendapat yang baik terhadap daya tanggap petugas kesehatan di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara. Sebagaimana dikatakan pasien berikut ini: “Apa yang saya alami bahwa para petugas kesehatan tidak pernah menunda-nunda dalam memberi pelayanan kepada pasien. Saya merasa lebih nyaman dalam berobat saat ini” (wawancara tanggal 25 Maret 2013).

Berdasarkan aspek Jaminan pelayanan kesehatan dilihat dari kesopanan dan dapat dipercaya. Pendapat 10 pasien rawat inap peserta JKA memiliki pendapat baik dan 5 pasien yang memiliki pendapat yang kurang baik terhadap jaminan pelayanan kesehatan. Pendapat pasien yang rendah didapatkan dalam hal ketelitian petugas dalam memberikan obat, dimana beberapa orang yang setuju bahwa petugas kesehatan teliti dalam memberikan obat. Jadi, dari hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa lebih banyak responden (pasien) rawat inap peserta Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) mempunyai penilaian yang baik terhadap jaminan pelayanan kesehatan di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara. Sebagaimana dikatakan pasien JKA bahwa: “Dari segi jaminan pelayanan kesehatan dilihat dari kesopanan, kita dapat mempercayai petugas pelayanan yang ada, bebas dari bahaya, bebas dari risiko dan keragu-raguan terhadap sikap mereka” (wawancara tanggal 26 Maret 2013). Pasien yang lain menyatakan: “Dalam hal ketelitian petugas dalam memberikan obat, saya melihat petugas kesehatan teliti dalam memberikan obat. Mungkin karena mereka tidak mau menanggung resiko jika terjadi kelalaian atau kesalahan” (wawancara tanggal 26 Maret 2013).

Berdasarkan aspek empati, dalam hal ini pelayan kesehatan mampu menempatkan dirinya pada pasien, dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pasiennya, serta dapat memahami kebutuhan dari pasien. Dimensi ini menunjukkan derajat perhatian yang diberikan kepada setiap pasien dan merefleksikan kemampuan pelayan kesehatan untuk menyelami perasaan pasien. Diketahui bahwa pendapat pasien rawat inap peserta JKA yang diwawancarai 11 memiliki pendapat baik dan

4 pasien memiliki pendapat yang kurang baik terhadap empati petugas kesehatan. Pendapat pasien yang rendah didapatkan dalam perhatian petugas terhadap keluhan pasien dan keluarganya, dan 11 pasien setuju bahwa petugas kesehatan perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarganya. Jadi, dari hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa lebih banyak responden (pasien) rawat inap peserta Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) mempunyai pendapat yang baik terhadap empati petugas kesehatan di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara (wawancara tanggal 26 Maret 2013).

Berbeda halnya dengan sikap implementator (pelaksana pelayanan) JKA pada Puskesmas di Kecamatan Langkahan, Kabupaten Aceh Utara, yang mengecewakan warga. Warga mengeluh terhadap pegawai Puskesmas setempat sering tidak masuk kerja sejak sebulan terakhir. Para pegawai tersebut sengaja tidak masuk dinas karena lambannya pencairan honor JKA. “Dalam melaksanakan fungsi kontrol sosial, tentunya kami selalu memantau keseimbangan di setiap dinas. Khususnya Puskesmas Langkahan, karena sering mendapat laporan warga bahwa pasien sering terlantar tanpa perawatan medis,” kata aktifis LSM *Aceh Future*, Sayuti.

Terhitung sejak memasuki bulan Ramadhan pada Juli (2013), Puskesmas Langkahan sering kosong tanpa aktifitas perawatan. Pengakuan mereka, perawat sering tidak masuk dinas karena hingga saat ini belum menerima honor JKA. Sementara pasien -pasien yang berobat selalu terlantar karena tak ada perawat. Menanggapi hal tersebut, Kepala Dinas Kesehatan Aceh Utara mengatakan, bagi pegawai puskesmas yang jarang masuk dinas karena JKA maka mereka akan

segera dipindahkan dari Puskesmas yang bersangkutan. Sebagaimana dikatakannya:

“Kalau ada pegawai puskesmas yang tidak masuk kantor sebab lambatnya pencairan JKA, maka akan segera kita pindahkan mereka. Sementara honor JKA, minggu kedua bulan September sudah cair. Terkait lambatnya pencairan dana JKA, akibat ada kesalahan pada pengusulan, sehingga dana tersebut terpaksa ditunda dari pusat. Salah memasukkan nama puskesmas, terkadang nama puskesmas dalam surat usulannya disebutkan nama puskesmas lama. Seperti Langkah ditulis Simpang Tiga.” (Atjeh Link, 5 November 2013).

Disposisi yang diterjemahkan sebagai “kecenderungan-kecenderungan” (Wahab, 2008: 52) menerjemahkan istilah itu dengan “sikap dari pelaksana kebijakan.” Kedua pengertian tersebut dapat dijadikan sebagai landasan untuk menjelaskan pengertian disposisi, yaitu “kecenderungan-kecenderungan sikap para pelaksana kebijakan”. Ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan: kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program ke arah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut.

Agar implementasi kebijakan dapat efektif, maka ada dua hal penting yang harus diperhatikan dalam disposisi ini, Syafri dan Setyoko (2008: 51) menyebutkan yaitu:

- a. Pengangkatan birokrat haruslah orang-orang yang memiliki kompetensi, integritas dan loyalitas terhadap kebijakan yang dijalankan, dan
- b. Insentif, oleh karena umumnya orang bertindak menurut kepentingan mereka sendiri, maka diperlukan manipulasi insentif agar orang dapat bertindak sesuai harapan pembuat kebijakan yaitu dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu sehingga mendorong para pelaksana perintah dengan baik.

Sedangkan menurut Edward III mengatakan bahwa “Jika implementasi kebijakan ingin berhasil secara efektif dan efisien, para pelaksana tidak hanya mengetahui apa yang harus dilakukan dan mempunyai kemampuan untuk melakukan kebijakan itu, tetapi mereka juga harus mempunyai kemampuan untuk

melaksanakan kebijakan tersebut” (Nugroho, 2008: 53). Berdasarkan uraian tersebut, maka implementasi program JKA mutlak harus dikuatkan dengan adanya komitmen dan kesadaran yang tinggi dari para pelaksana program untuk melaksanakan program secara sistematis, berkelanjutan dan konsisten.

4. Struktur Birokrasi

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, ditemukan fakta bahwa struktur birokrasi dalam implementasi program JKA pada masa awal implementasinya, yaitu sejak tahun 2010 hingga 2011 masih mengalami masalah belum adanya pelaksanaan sesuai tujuan, standar, biaya, serta pendayagunaan sumberdaya yang maksimal. Demikian pula adanya jadwal yang tidak teratur, pemantauan serta pengawasan yang lemah. Namun sejak tahun 2012 hingga 2013 telah mengalami peningkatan yang signifikan dalam pelaksanaannya.

Pengorganisasian tingkat di kabupaten dilakukan, Bupati membentuk Tim Koordinasi kabupaten yang diketuai oleh Sekretaris Daerah Kabupaten dengan anggota terdiri dari unsur Dinas Kesehatan Kabupaten, PT. Askes (Persero), dan pihak lain yang terkait, dengan jumlah tim maksimal sebanyak 9 orang. Kegiatan Tim Koordinasi Kabupaten dibiayai dari dana yang bersumber dari dana operasional PT. Askes (Persero). Tim koordinasi Kabupaten dalam menjalankan tugas dan fungsinya dapat mengadakan forum dialog terbuka kepada semua pihak terkait dalam program ini termasuk perwakilan peserta, PPK, organisasi profesi, tokoh masyarakat, LSM, dan sebagainya.

Sebagaimana dikatakan informan dari LSM Bidang Kesehatan Kabupaten

Aceh Utara:

“Sepanjang pengamatan kami, sejak tahun 2010 hingga 2011 implementasi JKA masih sering mengalami berbagai permasalahan, seperti belum adanya pelaksanaan sesuai tujuan, standar, biaya, serta pendayagunaan sumberdaya yang maksimal, belum adanya jadwal yang teratur, pemantauan serta pengawasan yang lemah. Namun sejak tahun 2012 hingga 2013 kami melihat bahwa telah terjadi peningkatan yang signifikan dalam pelaksanaannya. Hal ini karena adanya keinginan yang kuat dari penyelenggara dan pengawas JKA untuk menunjukkan kualitas, kinerja dan pelayanan yang optimal bagi masyarakat Aceh Utara” (Wawancara tanggal 20 April 2013).

Membahas badan pelaksana suatu kebijakan, tidak dapat dilepaskan dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan. Implementasi program JKA perlu perumusan tujuan yang jelas, menentukan standar, biaya, pendayagunaan sumberdaya yang maksimal, serta adanya jadwal yang teratur, pemantauan serta pengawasan, sehingga implementasi program JKA dapat terlaksana dengan baik dan terjaga dari kemungkinan terjadinya penyimpangan atau pelanggaran (menyesuaikan dengan pendapat Hogwood and Gunn). Struktur birokrasi berkenaan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi kebijakan publik agar tidak terjadi fragmentasi birokrasi karena struktur ini menjadikan proses implementasi menjadi jauh dari efektif.

Birokrasi merupakan unsur yang umumnya berfungsi mengimplementasikan suatu kebijakan karena memiliki karakteristik: *Pertama*, birokrasi dipilih sebagai *instrument social* yang ditujukan untuk menyelesaikan masalah-masalah publik.

Kedua, birokrasi merupakan institusi yang dominan dalam pelaksanaan program kebijakan yang tingkat kepentingannya berbeda-beda pada masing-masing tahap. *Ketiga*, birokrasi mempunyai sejumlah tujuan yang berbeda. *Keempat*, birokrasi berada dalam lingkungan yang luas dan kompleks. *Kelima*, birokrasi jarang mati, naluri untuk bertahan hidup tidak perlu dipertanyakan lagi. *Keenam*, birokrasi bukan merupakan sesuatu yang netral dalam pilihan-pilihan kebijakan mereka, tidak juga secara penuh dikontrol oleh kekuatan-kekuatan yang berasal dari luar dirinya. Faktor-faktor yang mempengaruhi struktur birokrasi dalam rangka mendukung keberhasilan implementasi kebijakan adalah *fragmentasi* dan *Standar Operating Procedures (SOP)* (Edward III, 1980: 125).

Proses penyebaran tanggungjawab (*fragmentasi*) dapat dilakukan dengan pendekatan *top down* dan *bottom up*, SOP dalam JKA dikenal dengan Pedoman Pelaksanaan (Manlak) JKA yang merupakan instrumen yang menjelaskan secara detail mengenai manual pelaksanaan kegiatan program JKA, sehingga dapat ditentukan suatu standar pelaksanaan yang seragam dalam menghadapi kondisi tertentu.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh JKA (JKRA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara yaitu dari aspek *kepesertaan*; penduduk yang tidak terserap ke dalam Jamkesmas dan Askes semuanya dimasukkan dalam program JKA (JKRA). Aspek *akses*; persentase penduduk yang memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih banyak rawat jalan, dapat terlihat dari jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara tahun 2013 yaitu 72,44 persen, dari persentase tersebut 0,69 persen kunjungan rawat inap. Aspek *mekanisme pelayanan*; mekanisme pelayanan JKA (JKRA) di Kabupaten Aceh Utara baik pada pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan lanjutan belum maksimal diimplementasikan. Aspek *pendanaan*; telah memadai, setiap kecamatan memperoleh dana JKA (JKRA) sesuai dengan jumlah penduduknya.
2. Faktor-faktor yang mendukung implementasi Program JKA (JKRA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara yaitu faktor *komunikasi*; antara pihak rumah sakit, puskesmas, dinas kesehatan dan pemerintah setempat dalam implementasi program JKA (JKRA) berjalan lancar. Faktor *sumber daya*; ketersediaan tenaga kesehatan dari segi jumlah telah mencukupi, namun dari segi kualitas sumber daya manusia masih rendah. Faktor *disposisi atau sikap*; pasien rawat inap peserta JKA (JKRA)

mempunyai pendapat yang baik terhadap daya tanggap petugas kesehatan di RSUD Cut Meutia. Pasien banyak mempunyai penilaian yang baik terhadap jaminan pelayanan kesehatan terhadap empati petugas kesehatan dalam memberikan pelayanannya. Faktor *struktur birokrasi*; telah sesuai dengan ketentuan dan kebutuhan praktis.

B. Saran

1. Terkait dengan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Aceh JKA (JKRA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara dalam meningkatkan kesehatan penduduk Aceh Utara, terdapat beberapa saran terhadap beberapa aspek yaitu:
 - a. *Akses*; agar persentase penduduk yang memanfaatkan pelayanan kesehatan rawat inap di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara lebih meningkat, maka Puskesmas perlu meningkatkan fasilitas yang mendukung rawat inap, tidak hanya mengeluarkan Surat Rujukan ke pelayanan tingkat lanjutan di rumah sakit.
 - b. *Mekanisme pelayanan*; agar mekanisme pelayanan JKA (JKRA) di Kabupaten Aceh Utara baik pada pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan lanjutan ditingkatkan, sehingga penduduk Aceh Utara benar-benar dapat merasakan pelayanan kesehatan sebagaimana yang diharapkan.
2. Terkait dengan faktor-faktor yang mendukung implementasi Program JKA (JKRA) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, disarankan yaitu:

- a. *Sumber daya*; agar kualitas sumber daya manusia lebih meningkat, maka Puskesmas dan RSUD Cut Meutia di Aceh Utara berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara perlu meningkatkan program-program pendidikan dan pelatihan kepada tenaga kesehatan.
- b. *Disposisi atau sikap*; agar sebagian besar pasien rawat inap peserta JKA (JKRA) mempunyai pendapat yang baik terhadap daya tanggap dan empati tenaga kesehatan di RSUD Cut Meutia, maka tenaga kesehatan perlu memperbaiki disposisi atau sikap yang lebih baik.
- c. *Struktur birokrasi*; agar JKA (JKRA) terintegrasi dengan JKN yang sekarang dikelola oleh BPJS, maka struktur birokrasi perlu disesuaikan, meskipun kenyataannya JKN (BPJS) memiliki kekurangan, seperti tidak menanggung biaya transportasi bagi pasien/pendampingnya dan pendataan kepesertaan yang belum akurat dapat dilengkapi dengan mengadopsi keberhasilan program JKA (JKRA).

DAFTAR PUSTAKA

- Amirudin, A. (2012). "Implementation of the establishment policy of pasuruan embroidery center to increase the society's economic growth," in Mardiyono, *public policy proceedings*, Malang: UB Press and Faculty of Administrative Science University of Brawijaya.
- Alston, M dan Bowles, W. (1998). *Sampling in research for social workers an introducing to methods*. Australia: Allen and Unwim.
- Abdullah, S. (1988). *Laporan temu kajian posisi dan peran ilmu administrasi negara dan manajemen*. Jakarta: Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia dan Asia Foundation.
- Anderson, C. (1979). "The place of principles in policy analysis," *73 American Political Science Review*, 7, 11-23.
- Buse, K., et.al. (2012). *Making health policy, understanding public health*. Open University Press: England.
- Badan Pusat Statistik. (2011). *Aceh utara dalam angka*. Lhokseumawe: BPS.
- Birkland, Thomas A. (2011). *An introduction to the policy process, theories, concepts, and models of public policy making*. Third Edition. New York: M.E. Sharpe, Inc.
- Bogdan, RC & Biklen, SK. (1982). *Qualitative research for education: an introduction to theory and methods*. London-Boston: Allen and Bacon Inc.
- Carut marut JKA. Diambil 3 November 2013 dari www.sekolahdemokrasi.sepakat.or.id.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara, *Rencana strategis kabupaten aceh utara 2013 – 2017*. Lhokseumawe.
- Dinas Kesehatan Provinsi Aceh. (2013). *Powerpoint jaminan kesehatan aceh (JKA) strategi dan kendala integrasi JKA-JKN*. Jakarta: 03 Juli 2013.
- Dinas Kesehatan Provinsi Aceh. (2010). *Pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan aceh*. Banda Aceh: Pemerintah Aceh.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y.S. (2009). *Handbook of qualitative research*, (Terjemahan Dariyatno dkk). Yogyakarta: Pustaka Belajar.

- Dwiyanto, I. (2009). *Telaah penolakan publik terhadap kebijakan pemerintah*. Yogyakarta: Gaya Media.
- Dunn, W. N. (1998). *Pengantar analisis kebijakan publik*. Edisi Kedua, Terjemahan Samodra Wibawa, dkk. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Ekowati, M. R. Lilik. (2009). *Perencanaan, implementasi & evaluasi kebijakan atau program*. Surakarta: Pustaka Cakra.
- Edward III, G.C. (1980). *Implementing public policy*. Washington D.C. Congressional Quarterly Press.
- Gobel, F.A. "Menggagas inovasi jaminan kesehatan aceh." Diambil 11 Agustus 2011 dari www.acehinstitute.org.
- George, P. & J. Hanlon (2009). *Kesehatan masyarakat: administrasi dan praktek*. Jakarta: EGC.
- Gerston, L.N. (1992). *Public policymaking in a democrating society: a guide to civic engagement*, M.E. Sharp, Inc. New York.
- Honor tenaga medis nunggak 8 bulan. Diambil 9 Desember 2013 dari www.berita.plasa.msn.com.
- Honor jka belum cair pegawai puskesmas jarang masuk kerja. Diambil 5 November 2013 dari www.atjehlink.com.
- Hogwood, B.W. & Gunn L. A. (1986). *Policy analysis for the real world*, Oxford, Oxford UP.
- Irawan, P. (2007). *Metodologi penelitian administrasi*. Jakarta: Penerbit Universitas Terbuka.
- Ilyas, H.S. (2003). *Dasar-dasar pemeriksaan mata dan penyakit mata*, Cetakan I. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Jaminan kesehatan Aceh. Diambil 3 November 2013 dari www.acehbaru.com.
- Masparida, (2014). "Program jaminan kesehatan masyarakat miskin (jamkesmas) di kabupaten sintang." Diambil 12 Maret 2014 dari www.pustaka.ut.ac.id.
- Minim anggaran kesehatan Aceh untuk pencegah.. Diambil 2013 dari www.koranindonesia.com.

- Mantan kapus langkahan tersangka korupsi. (2013, 16 Oktober). Waspada, hlm. 12.
- Moleong, L. J. (2006). *Metode penelitian kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Malo, M. dan Sri.T. (1997). *Metode penelitian masyarakat*. Jakarta: PAU-Ilmu Sosial UI.
- Miles, M. B. dan Huberman, M.A. (1992). *Analisis data kualitatif*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Nugroho, D. R. (2013). *Metode penelitian kebijakan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nugroho, D. R. (2012). *Public policy, for the developing countries*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nugroho, D. R. (2008). *Public policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Nakamura, R T., Smallwood, F. (1980). *The politics of implementation*. New York: St. Martins.
- Picket, G. dan Hanlon, J.J. (1995). *Kesehatan Masyarakat: Administrasi dan Praktik*, 9th ed., Jakarta: EGC.
- Pasien jka dapat dirujuk ke rumah sakit di luar Aceh. Diambil 5 November 2013 dari www.atjehpost.com.
- Protes jasa medis jka meluas ke Aceh. Diambil 5 November 2013 dari www.komisikepolisianindonesia.com.
- Pelayanan jaminan kesehatan aceh belum memuaskan. Diambil 3 November 2013 dari www.jamsosindonesia.com.
- Peraturan Gubernur Aceh Nomor 70 Tahun 2012 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Aceh tahun 2012-2017.
- Peraturan Gubernur Aceh Nomor 56 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan JKA.
- Peraturan Bupati Aceh Utara Nomor 40 Tahun 2013 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kabupaten Aceh Utara Tahun 2012-2017.
- Qanun Aceh Nomor 4 Tahun 2010 tentang Kesehatan.
- Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia Aceh Utara, (2008). *Profil RSUD cut meutia*, Aceh Utara.

- Sejarah Aceh Utara. Diambil 10 November 2014 dari <http://yasirmaster.blogspot.com>.
- Simarmata, R. (2013). Diambil 12 Juli 2013 dari <http://repository.usu.ac.id>.
- Sukowati, N.P., et.al. (2013). "Implementasi kebijakan pelayanan kesehatan nonkuota (jamkesmas dan spm) di dinas kesehatan kabupaten blitar." Diambil 9 Desember 2013 dari <http://administrasipublik.studentjournal.ub.ac.id>.
- Suparman. (2012). "Implementasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) di kabupaten bone." Diambil 7 Februari 2014 dari <http://pasca.unhas.ac.id.pdf>.
- Syah, A. (2011). "Persepsi pasien peserta jaminan kesehatan aceh terhadap mutu dan kepuasan pelayanan di ruang rawat inap rsud kota langsa." *Tesis*. Diambil 3 November 2013 dari <http://repository.usu.ac.id>.
- Surat Keputusan Gubernur Aceh Nomor 420/483/2010 tanggal 3 Agustus 2010 tentang Pedoman Pelaksanaan JKA.
- Syafri, W. dan Israwan, S. (2008). *Implementasi kebijakan publik dan etika profesi pamong praja*. Jatinangor: Alqa Prisma Interdelta.
- Sinambela, L. P. (2007). *Reformasi pelayanan publik*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Suharto, E. (2008). *Analisis kebijakan publik: panduan praktis mengkaji masalah dan kebijakan sosial, Edisi Revisi*. Bandung: Alfabeta.
- Suharto, E. (2007). *Kebijakan sosial sebagai kebijakan publik*. Bandung: Alfabeta.
- Tachjan, H. (2008). *Implementasi kebijakan publik*. Bandung: Aipi.
- Tangkilisan, H. N. S. (2003). *Implementasi kebijakan publik: transformasi pikiran george edwards*. Jakarta: Lukman Offset & Yayasan Pembaruan Adm. Publik Indonesia.
- Young, E & Lisa Quinn, 2002, *Writing Effective Public Policy Papers: A Guide for Policy Advisers in Central and Eastern Europe*, Budapest: Open Society Institute and Local Government Public Service Reform.
- Undang-Undang Dasar Tahun 1945 (Amandemen Keempat).
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Wahab, S. A. (2014). *Analisis kebijakan, dari formulasi ke penyusunan model-model implementasi kebijakan publik*. Jakarta: Bumi Aksara.

Wahab, S. A. (2008). *Analisis kebijaksanaan: dari formulasi ke implementasi kebijaksanaan negara*. Jakarta: Bumi Aksara.

Wahab, S. A. (1990). *Pengantar analisis kebijaksanaan negara*. Jakarta: Rineka Cipta.

Wikipedia Indonesia. Diambil 6 Juli 2013 dari <http://id.wikipedia.org>.

Winarno, B. (2007). *Kebijakan publik teori & proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.

Winarno, B. (2002). *Teori dan proses kebijakan publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.

Webster, M. (1995). *Merriam-webster's pocket dictionary*. Massachusetts: Merriam Webster Incorporated.

Wibawa, S., et.al. (1994). *Evaluasi kebijakan publik*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.

Yin, R. K. (2008). *Studi kasus desain dan metode*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.

Lampiran 1: Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara

Kepala Dinas Kesehatan adalah Perangkat Daerah sebagai unsur pelaksana Pemerintah Aceh di bidang kesehatan. Dinas Kesehatan dipimpin oleh seorang Kepala Dinas yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekda. Untuk melaksanakan tugas Kepala Dinas Kesehatan mempunyai fungsi:

- a. pelaksanaan urusan ketatausahaan Dinas;
- b. penyiapan kebijakan daerah di bidang kesehatan;
- c. penyusunan program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang;
- d. penyusunan program dan kebijaksanaan teknis di bidang kesehatan;
- e. pelaksanaan pembinaan dan pengendalian di bidang kesehatan meliputi bidang peningkatan upaya kesehatan, pencegahan penyakit, penyehatan lingkungan dan permukiman, pelayanan pengobatan, promosi kesehatan, pemulihan kesehatan dan penelitian kesehatan serta pelayanan konseling trauma;
- f. pelaksanaan pembinaan teknis di bidang peningkatan Sumber Daya Tenaga Kesehatan, registrasi dan akreditasi tenaga, sarana kesehatan dan institusi pendidikan tenaga kesehatan;
- g. pelaksanaan hubungan kerjasama dengan Instansi Pemerintah, lembaga swasta dan organisasi kemasyarakatan;
- h. pelaksanaan uji kompetensi tenaga kesehatan;
- i. pengawasan dan pengendalian internal pelaksanaan program-program kesehatan;
- j. pemantauan, evaluasi dan pelaporan;
- k. pelaksanaan pembinaan operasional di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku; dan
- l. pelaksanaan koordinasi dengan instansi kesehatan dan atau lembaga terkait lainnya dalam Kabupaten Aceh Utara;
- m. pembinaan Unit Pelaksana Teknis Dinas.
- n. pelaksanaan tugas-tugas lainnya yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Sekretariat adalah unsur pembantu Kepala Dinas Kesehatan di bidang pelayanan administrasi, umum, kepegawaian, tatalaksana dan keuangan; dan

Sekretariat dipimpin oleh seorang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan. Sekretariat mempunyai tugas melakukan pengelolaan urusan administrasi, umum, perlengkapan, peralatan, kerumahtanggaan, perpustakaan, keuangan, kepegawaian dan tatalaksana, hukum dan perundang-undangan serta pelayanan administrasi di lingkungan Dinas Kesehatan. Untuk melaksanakan tugas, Sekretariat mempunyai fungsi:

- a. pelaksanaan urusan ketatausahaan, rumah tangga, barang inventaris, aset, perlengkapan, peralatan, pemeliharaan dan perpustakaan;
- b. pembinaan kepegawaian, organisasi, ketatalaksanaan, hukum, dan perundang-undangan serta pelaksanaan hubungan masyarakat;
- c. pengelolaan administrasi keuangan; dan
- d. pelaksanaan tugas-tugas lainnya yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai tugas dan fungsinya.

Sekretariat, terdiri dari :

- a. Sub Bagian Umum;
- b. Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Laksana;
- c. Sub Bagian Keuangan

Masing-masing Sub Bagian dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Sekretaris sesuai dengan bidang tugasnya:

- (1) Sub Bagian Umum mempunyai tugas melakukan urusan ketatausahaan, rumah tangga, barang investasi, aset, perlengkapan, peralatan, pemeliharaan dan perpustakaan;
- (2) Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Laksana mempunyai tugas melakukan kepegawaian, organisasi, ketatalaksanaan, hukum dan perundang-undangan, pelaksanaan hubungan masyarakat dan protokoler; dan
- (3) Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas melakukan pengelolaan administrasi keuangan, verifikasi, pembendaharaan, pembukuan, pelaporan realisasi fisik dan keuangan.

Bidang Program dan Pelaporan adalah unsur pelaksana teknis, dibidang penyusunan program, data, informasi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan kegiatan pelaksanaan program kesehatan dan Bidang Program dan Pelaporan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan. Bidang Program dan Pelaporan mempunyai tugas melakukan kegiatan penyusunan program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang, penelitian, pengkajian, pengembangan, data, informasi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan kegiatan pelaksanaan program kesehatan.

Untuk melaksanakan tugas bidang program dan pelaporan mempunyai fungsi:

- a. penyusunan program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang;
- b. penyusunan rencana anggaran yang bersumber dari APBD, APBN dan PHLN;
- c. pelaksanaan penelitian, pengkajian dan pengembangan program kesehatan;
- d. penyiapan data dan informasi di bidang pelaksanaan program kesehatan;
- e. pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan program kesehatan; dan
- f. penyusunan rencana strategis, laporan akuntabilitas kinerja dan rencana kinerja Dinas Kesehatan; dan
- g. pelaksanaan tugas-tugas lainnya yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bidang Program dan Pelaporan, terdiri dari:

- a. Seksi Data dan Informasi;
- b. Seksi Penyusunan Program; dan
- c. Seksi Pemantauan, Evaluasi dan Pelaporan.

Masing-masing seksi dipimpin oleh seorang Kepala Seksi dan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Program dan Pelaporan sesuai dengan bidang tugasnya:

- (1) Seksi Data dan Informasi mempunyai tugas melakukan penelitian, pengkajian, pengembangan, analisis data dan menyediakan informasi kesehatan serta data surveilans terpadu;

- (2) Seksi Penyusunan Program mempunyai tugas menyusun program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang, rencana strategis, rencana anggaran bersumber dari APBD, APBN dan PHLN;
- (3) Seksi Pemantauan, Evaluasi dan Pelaporan mempunyai tugas melakukan pemantauan, evaluasi dan melakukan analisis terhadap hasil monev, serta membuat laporan kinerja yang akuntable.

Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan adalah unsur pelaksana teknis di bidang pencegahan, penanggulangan pengendalian penyakit, penyehatan lingkungan dan pemukiman serta promosi kesehatan dan Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan. Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan mempunyai tugas melakukan perencanaan, pengamatan, upaya pencegahan, penanggulangan dan pengendalian penyakit, pemberantasan penyakit, kejadian luar biasa, penyehatan lingkungan dan pemukiman, serta promosi kesehatan.

Untuk melaksanakan tugas, Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan mempunyai fungsi:

- a. pelaksanaan kegiatan pengamatan gejala dan kejadian penyakit menular dan tidak menular;
- b. pelaksanaan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular;
- c. pelaksanaan pencegahan dan pemberantasan penyakit, pemberantasan vektor penyebab serta pengendalian penyakit;
- d. pelaksanaan tugas pembantuan, pencegahan dan pemberantasan penyakit lainnya serta penyakit tertentu;
- e. pelaksanaan kegiatan pengawasan, penyehatan lingkungan dan permukiman serta upaya promosi kesehatan;
- f. pelaksanaan koordinasi pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan dengan instansi dan atau lembaga terkait lainnya; dan
- g. pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan terdiri dari:

- a. Seksi Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit;

b. Seksi Penyehatan Lingkungan dan Permukiman;

c. Seksi Promosi Kesehatan.

Masing-masing seksi dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan sesuai dengan bidang tugasnya:

- (1) Seksi Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit mempunyai tugas melakukan pengamatan, analisis dan menyajikan data kesakitan, kematian akibat penyakit menular, tidak menular, melakukan surveilans epidemiologi dan penyakit karantina;
- (2) Seksi Penyehatan Lingkungan dan Permukiman mempunyai tugas melakukan analisis, penilaian terhadap sarana dan prasarana penyehatan lingkungan yang berpotensi menimbulkan dampak terhadap kesehatan masyarakat; dan
- (3) Seksi Promosi Kesehatan mempunyai tugas melakukan upaya promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, pengembangan perilaku hidup bersih dan sehat.

Bidang Pembinaan Pelayanan Kesehatan adalah unsur pelaksanaan teknis di bidang pelayanan kesehatan dasar, rujukan, kesehatan ibu dan anak, gizi masyarakat dan konseling trauma dan Bidang Pembinaan Pelayanan Kesehatan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kesehatan. Bidang Pembinaan Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas melakukan perencanaan, pembinaan dan pengendalian terhadap pelayanan kesehatan dasar, rujukan, kesehatan ibu dan anak, gizi masyarakat, bencana dan konseling trauma.

Untuk melaksanakan tugas, Bidang Pembinaan Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi :

- c. pelaksanaan kebijakan umum upaya pengembangan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan pengembangan jaminan kesehatan masyarakat;
- d. pelaksanaan kebijakan umum upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat;
- e. pelaksanaan pengembangan pelayanan bencana dan konseling trauma;

- f. pelaksanaan koordinasi dengan instansi dan atau lembaga terkait lainnya di bidang pembinaan pelayanan kesehatan; dan
- g. pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bidang Pembinaan Pelayanan Kesehatan, terdiri dari:

- b. Seksi Kesehatan Dasar dan Rujukan;
- c. Seksi Kesehatan Ibu, Anak dan Gizi; dan
- d. Seksi Konseling Trauma.

Masing-masing seksi dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Pembinaan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya:

- (1) Seksi Kesehatan Dasar dan Rujukan mempunyai tugas melakukan upaya pembinaan, pengembangan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, menyediakan data sarana kesehatan dasar dan rujukan, pengendalian pelaksanaan kesehatan khusus dan swasta;
- (2) Seksi Kesehatan Ibu, Anak dan Gizi mempunyai tugas melakukan upaya pembinaan, pengembangan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja dan usia lanjut serta gizi masyarakat; dan
- (3) Seksi Konseling Trauma mempunyai tugas melakukan pembinaan, pengembangan, pengendalian kegiatan bencana dan konseling trauma.

Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan dan Kefarmasian adalah unsur pelaksana teknis di bidang kefarmasian, bantuan kesehatan, pengembangan profesi kesehatan, registrasi dan akreditasi dan Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan dan Kefarmasian di pimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada kepala Dinas Kesehatan. Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan dan Kefarmasian mempunyai tugas melakukan perencanaan, pembinaan, dan pengendalian pelayanan kefarmasian, alat kesehatan, bantuan kesehatan, pengembangan profesi, pendidikan tenaga kesehatan, registrasi dan akreditasi.

Untuk melaksanakan tugas, Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan dan Kefarmasian mempunyai fungsi:

- b. pelaksanaan perencanaan, pembinaan dan pengendalian, pelayanan kefarmasian, alat kesehatan dan bantuan kesehatan;
- c. pelaksanaan pembinaan, pengembangan dan pengendalian profesi tenaga kesehatan;
- d. pelaksanaan kegiatan registrasi, akreditasi, perizinan, sertifikasi sarana dan prasarana serta kalibrasi alat kesehatan;
- e. pelaksanaan koordinasi dengan instansi dan atau lembaga terkait lainnya di Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan dan Kefarmasian;
- f. pelaksanaan tugas-tugas dinas lainnya yang diberikan oleh kepala dinas Kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan dan Kefarmasian terdiri dari:

- a. Seksi Kefarmasian dan Bantuan Kesehatan
- b. Seksi Pengembangan Profesi Kesehatan;
- c. Seksi Registrasi dan Akreditasi

Masing-masing seksi dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas dengan tugas:

- (1) Seksi Kefarmasian dan Bantuan Kesehatan mempunyai tugas melakukan perencanaan, pembinaan, pengendalian dan pengawasan kegiatan pelayanan kefarmasian, alat kesehatan, obat tradisional dan pendistribusian bantuan kesehatan;
- (2) Seksi Pengembangan Profesi Kesehatan mempunyai tugas melakukan perencanaan, pembinaan, pengendalian profesi tenaga kesehatan; dan
- (3) Seksi Registrasi dan Akreditasi mempunyai tugas melakukan perencanaan, pembinaan, pengendalian kegiatan registrasi, akreditasi, perizinan, sertifikasi sarana, prasarana dan kalibrasi alat kesehatan.

Dinas Kesehatan Kabupaten dapat membentuk Unit Pelaksana Teknis Dinas. Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Dinas berdasarkan kebutuhan Dinas Kesehatan yang diatur dengan Keputusan Bupati setelah memenuhi syarat-syarat

yang telah ditentukan. Unit Pelaksana Teknis Dinas ditetapkan kriteria. Kriteria

Unit Pelaksana Teknis Dinas adalah unit pelayanan teknis dinas berupa:

- a. Puskesmas perawatan dan non perawatan;
- b. Balai Rehabilitasi Jiwa dan Kesehatan Paru Masyarakat
- c. Gudang Farmasi;
- d. Balai Surveilans Epidemiologi;
- e. Akademi Kesehatan;

Unit Pelaksana Teknis Dinas merupakan unsur pelaksana teknis yang berada di bawah Dinas. Unit Pelaksana Teknis Dinas dipimpin oleh seorang Kepala Unit Pelaksana Teknis Dinas yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas kesehatan.

(Sumber: Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara 2013- 2017).

Lampiran 2: Pedoman Wawancara

**PENELITIAN TENTANG:
IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN ACEH (JKA)
(STUDI PENELITIAN DI WILAYAH DINAS KESEHATAN KABUPATEN
ACEH UTARA)**

PEDOMAN WAWANCARA (INTERVIEWER GUIDE):

1. *Ucapan terima kasih kepada informan atas kesediannya untuk diwawancarai.*
2. *Informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*

DATA UMUM:

Nama Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara
Tanggal Wawancara : 18 November 2013

Daftar Pertanyaan:

1. Bagaimana sosialisasi dan komunikasi yang terjalin antara pihak Dinas Kesehatan dengan RSUD, Askes, serta Puskesmas/Pustu dalam pelaksanaan program JKA?
2. Bagaimana sosialisasi program JKA kepada masyarakat?
3. Bagaimana kompetensi, ketrampilan dan keahlian tenaga medis dan paramedis program JKA?
4. Bagaimana kualitas pelayanan kesehatan program JKA yang diberikan kepada masyarakat yang butuh pelayanan?
5. Apakah dana yang dialokasikan oleh Pemerintah Aceh mendukung untuk kelancaran pelaksanaan JKA?
6. Apakah disposisi atau perilaku para pelaksana program JKA responsif terhadap masyarakat yang butuh pelayanan?
7. Bagaimana pemantauan dan evaluasi JKA dilaksanakan?
8. Bagaimana penggunaan atau pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia?

**PENELITIAN TENTANG:
IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN ACEH (JKA)
(STUDI PENELITIAN DI WILAYAH DINAS KESEHATAN KABUPATEN
ACEH UTARA)**

PEDOMAN WAWANCARA (INTERVIEWER GUIDE):

1. *Ucapan terima kasih kepada informan atas kesediannya untuk diwawancarai.*
2. *Informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*

DATA UMUM:

Nama Informan : Kepala RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara
Tanggal Wawancara : 12 Juni 2013

Daftar Pertanyaan:

1. Bagaimana komunikasi yang terjalin antara pihak Dinas Kesehatan dengan RSUD Cut Meutia dalam pelaksanaan program JKA?
2. Bagaimana kompetensi, ketrampilan dan keahlian tenaga medis dan paramedis program JKA?
3. Apakah dana yang dialokasikan oleh Pemerintah Aceh mendukung untuk kelancaran pelaksanaan JKA?
4. Bagaimana penggunaan atau pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia?

**PENELITIAN TENTANG:
IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN ACEH (JKA)
(STUDI PENELITIAN DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH
UTARA)**

PEDOMAN WAWANCARA (INTERVIEWER GUIDE):

1. *Ucapan terima kasih kepada informan atas kesediannya untuk diwawancarai.*
2. *Informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*

DATA UMUM: (LSM Kesehatan)

Tanggal Wawancara: 14 Januari 2013

Daftar Pertanyaan:

1. Apakah kepesertaan JKA ada yang tumpang tindih atau tidak terdata?
2. Bagaimana akses atau jangkauan anggota masyarakat terhadap pelayanan JKA?
3. Apakah mekanisme pelayanan JKA yang diberikan telah sesuai dengan pedoman?
4. Apakah dana pelayanan JKA telah memadai?
5. Apakah sumber daya atau tenaga pelayanan JKA telah memadai?
6. Bagaimana disposisi atau sikap perilaku pelaksana pelayanan JKA?
7. Apakah struktur birokrasi telah efektif untuk implementasi JKA?

**PENELITIAN TENTANG:
IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN ACEH (JKA)
(STUDI PENELITIAN DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH
UTARA)**

PEDOMAN WAWANCARA (INTERVIEWER GUIDE):

1. *Ucapan terima kasih kepada informan atas kesediannya untuk diwawancarai.*
2. *Informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*

DATA UMUM: (Kepala Puskesmas)

Kecamatan : Banda Baro dan Syamtalira Aron

Tanggal Wawancara : 26 Februari 2013 dan 4 Desember 2013

Daftar Pertanyaan:

1. Apakah kepesertaan JKA ada yang tumpang tindih atau tidak terdata?
2. Bagaimana akses (jangkauan) anggota masyarakat terhadap pelayanan JKA?
3. Bagaimana mekanisme pelayanan JKA diberikan?
4. Apakah dana pelayanan JKA telah memadai?
5. Bagaimana komunikasi yang terjalin antara pihak dinas kesehatan dengan puskesmas?
6. Apakah sumber daya pelayanan JKA telah memadai?
7. Apakah struktur birokrasi JKA tidak menjadi hambatan dalam pelayanan JKA?

**PENELITIAN TENTANG:
IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN ACEH (JKA)
(STUDI PENELITIAN DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH
UTARA)**

PEDOMAN WAWANCARA (INTERVIEWER GUIDE):

1. *Ucapan terima kasih kepada informan atas kesediannya untuk diwawancarai.*
2. *Informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*

DATA UMUM: (Anggota Masyarakat)

Kecamatan : Tanah Pasir dan Syamtalira Bayu

Tanggal Wawancara : 8 November 2013 dan 10 November 2013

Daftar Pertanyaan:

1. Bagaimana cara saudara menjadi peserta JKA?
2. Bagaimana cara saudara menjangkau fasilitas pelayanan JKA?
3. Apakah pelayanan JKA yang diberikan sudah memuaskan saudara?
4. Apakah sumber daya atau tenaga yang memberikan pelayanan JKA telah memadai?
5. Bagaimana sikap perilaku petugas yang memberikan pelayanan JKA?

**PENELITIAN TENTANG:
IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN ACEH (JKA)
(STUDI PENELITIAN DI WILAYAH DINAS KESEHATAN KABUPATEN
ACEH UTARA)**

PEDOMAN WAWANCARA (INTERVIEWER GUIDE):

1. *Ucapan terima kasih kepada informan atas kesediannya untuk diwawancarai.*
2. *Informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*

DATA UMUM: (Pasien JKA RSUD Cut Meutia)

Tanggal Wawancara: 17 Juli 2012

Daftar Pertanyaan:

1. Bagaimana menurut saudara daya tanggap atau keinginan para pelayan kesehatan untuk membantu para pasien dengan cepat tanggap?
2. Bagaimana menurut saudara jaminan pelayanan kesehatan yang diberikan dilihat dari kesopanan dan kepercayaan?
3. Bagaimana menurut saudara empati pelayan kesehatan dalam menempatkan dirinya pada pasien, berkomunikasi dan memberikan perhatian terhadap para pasien?

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Cut Zullinda
 NIM : 015979952
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tempat/Tanggal Lahir : Medan, 12 September 1976
 Agama : Islam
 Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
 Anak ke : Pertama dari empat bersaudara
 Nama Orang Tua
 • Ayah : T. Zakaria Hs.
 • Ibu : Hj. Nurdjannah
 Alamat : Jln. Kenari No.30 Desa Kutablang
 Lhokseumawe – Aceh 24351
- Riwayat Pendidikan
 • SD : Negeri Hagu Tengah Lhokseumawe – Aceh (1982-1988)
 • SLTP : Negeri 2 Lhokseumawe – Aceh (1988-1991)
 • SMU : Negeri 1 Lhokseumawe – Aceh (1991-1994)
 • Diploma 4 : STPDN Jatinangor – Jawa Barat (1994-1998)
 • Strata 1 : Unibraw Malang – Jawa Timur (1999-2001)
- Riwayat Pekerjaan
1. Pj. Kasubbag. Pemberitaan pada Bagian Humas Setdakab. Aceh Utara (2003 – 2005)
 2. Kasubbid. Penataan dan Pemeliharaan Dokumentasi pada BKD Kab. Aceh Utara (2005 – 2008)
 3. Kasubbid. Pembinaan Mental dan Disiplin Pegawai pada BKD Kab. Aceh Utara (2008 s.d. 2010)
 4. Kasubbag. Kesejahteraan pada Bagian Kesra dan Keistimewaan Aceh Setdakab. Aceh Utara (2010 s.d. 2013)
 5. Kasubbag. Sarana Perekonomian pada Bagian Ekonomi dan Investasi Setdakab. Aceh Utara (2013 s.d. sekarang).
 6. Pj. Kasubbag. Pemberitaan pada Bagian Humas Setdakab. Aceh Utara (2003 – 2005)
 7. Kasubbid. Penataan dan Pemeliharaan Dokumentasi pada BKD Kab. Aceh Utara (2005 – 2008)
 8. Kasubbid. Pembinaan Mental dan Disiplin

- Pegawai pada BKD Kab. Aceh Utara (2008 s.d. 2010)
9. Kasubbag. Kesejahteraan pada Bagian Kesra dan Keistimewaan Aceh Setdakab. Aceh Utara (2010 s.d. 2013)
 10. Kasubbag. Sarana Perekonomian pada Bagian Ekonomi dan Investasi Setdakab. Aceh Utara (2013 s.d. sekarang).
 11. Pj. Kasubbag. Pemberitaan pada Bagian Humas Setdakab. Aceh Utara (2003 – 2005)
 12. Kasubbid. Penataan dan Pemeliharaan Dokumentasi pada BKD Kab. Aceh Utara (2005 – 2008)
 13. Kasubbid. Pembinaan Mental dan Disiplin Pegawai pada BKD Kab. Aceh Utara (2008 s.d. 2010)
 14. Kasubbag. Kesejahteraan pada Bagian Kesra dan Keistimewaan Aceh Setdakab. Aceh Utara (2010 s.d. 2013)
 15. Kasubbag. Sarana Perekonomian pada Bagian Ekonomi dan Investasi Setdakab. Aceh Utara (2013 s.d. sekarang).