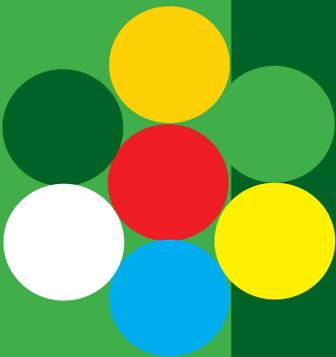


2011

Kajian Efektivitas Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh (JKA)



PUSAT KAJIAN DAN PENDIDIKAN DAN PELATIHAN APARATUR IV-ACEH
LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA

**KAJIAN
EFEKTIFITAS PELAKSANAAN JAMINAN
KESEHATAN ACEH**

Pengarah

Drs. Dermawan, MM

Penanggung Jawab :

Ir. Faizal Adriansyah, M.Si

Koordinator Peneliti :

Edy Saputra, SH

Tim Peneliti dan Penulis:

Edy Saputra, SH

Ervina Yunita, S.Si

Rati Sumanti, S.Sos

Sekretariat :

Said Fadhil, S.IP

Heru Syahputra, SE

Sayed Ahmad Zaki, Amd

PUSAT KAJIAN DAN PENDIDIKAN DAN PELATIHAN
APARATUR IV - LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA
Jalan T.P. Nyak Makam No.12 Lampineung Banda Aceh 23125
Telp. 0651-7552569 – fax. 0651 – 7552568

Banda Aceh 2011

Lembaga Administrasi Negara.

Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV.

Kajian Efektifitas Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh (JKA)/

Tim Penyusun, Edy Saputra ... [et al.]:

Editor, Faizal Adriansyah.

--Banda Aceh: Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan
Aparatur IV LAN, 2011.

113 + xx hlm : 21 cm

ISBN: 978-602-19211-1-1

1.Administrasi negara - Kajian

I. Judul. II. Edy Saputra.

III. Edy Saputra.

Diterbitkan oleh:

Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV LAN
(PKP2A IV-LAN) Aceh.

Ucapan terimakasih disampaikan kepada para narasumber kajian.

- ❖ M. Zuhri, SH, M.H
- ❖ Ariful Adli, SKM, M.Kes
- ❖ Sait Abdullah, S.Sos, M.Pol Adm
- ❖ Tri Widodo, SH, M.Hum (LAN RI)
- ❖ Dr. Mahli Ruby, (Fakultas Kedokteran UI)
- ❖ DR. Taqwaddin, SH. MH (Fakultas Hukum Unsyiah)
- ❖ M. Yunus, SE. M.Si (Ketua Komisi F DPRA)
- ❖ dr. Yani, M.Kes (Kadis Kesehatan Aceh)
- ❖ drg. Saiffuddin Ishak, M.Kes (Tim Koordinasi JKA)
- ❖ Dr. Maimun Syukri, Sp. PD-KGH (Tim Pengawas JKA)
- ❖ Zulfaddin,SE (Ka.PT. Askes Cab. Banda Aceh)
- ❖ dr. Nungki (Koordinator JKA – PT. Askes Cabang Banda Aceh)
- ❖ Dr. Abdul Fatah, M. PPM (Koordinator JKA Dinkes Aceh)
- ❖ Saiful Abdul Gani, ST, M.Kes (Humas JKA Dinkes Aceh)
- ❖ Dr. Taufik Mahdi, SP.Og (Direktur RSUZA)
- ❖ Drs. Saifuddin Abdullah, M. Kes (Direktur RSJ Banda Aceh)
- ❖ Dr. Rusdi, SpA Direktur RS Ibu dan Anak Banda Aceh
- ❖ Hainul Elly Syahrudin,SE (Ka. PT. Askes Cab. Meulaboh Aceh Barat)
- ❖ Dr. Rini S. Harahap (Ka. PT. Askes Perwakilan Takengon Aceh Tengah)
- ❖ Nurhayati Simanjorang, SKM (Dinkes Aceh Tengah)
- ❖ Dr. Zafril Luthfy. RA. M.Kes (Kadiskes Aceh Barat)
- ❖ Dr. M. Furqansyah (Direktur RSUD Cut Nyak Dien Meulaboh)
- ❖ Dr. Hari Yanis, Sp. PD (Direktur RSUD Datu Beru Takengon)
- ❖ Dr. Prita Amelia (Ka. Puskesmas Kuta Alam)
- ❖ Drg. Maisyarah (Ka. Puskesmas Ulee Kareeng)
- ❖ Ena Herisma, A.Md.Keb (Ka. Puskesmas Meureubo)

KATA PENGANTAR

Salah satu tugas terpenting pemerintah adalah mewujudkan kesejahteraan rakyat. Salah satu wujud mensejahterakan rakyat adalah pemberian pelayanan kesehatan yang merupakan kebutuhan dasar yang menjadi hak setiap warga negara dan menjadi kewajiban Negara untuk memenuhinya sesuai amanat Undang-Undang Dasar 1945 dalam Pasal 28H ayat (1) yang memberikan hak kepada penduduk untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan Pasal 34 ayat (2) yang mewajibkan negara mengembangkan sistem jaminan sosial untuk seluruh masyarakat.

Sejak era desentralisasi, sektor kesehatan termasuk salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pelaksanaannya kepada Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Dengan pelimpahan urusan wajib tersebut Pemerintah Daerah diharapkan dapat mengembangkan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan menurut prakarsa aktif daerahnya. Adanya

perbedaan tingkat sosio-ekonomi antar daerah tentunya melahirkan beragam pendekatan di masing-masing daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakatnya. Salah satunya adalah pelayanan jaminan kesehatan yang pembiayaannya berbasis lokal.

Dalam konteks bahasan diatas adalah program yang dilaksanakan Pemerintah Aceh yaitu Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) bagi seluruh penduduknya. Penerapan JKA relevan dengan kondisi disparitas sosial-ekonomi penduduk Aceh terutama yang belum memiliki jaminan kesehatan untuk mengakses pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memerlukan pembiayaan tinggi. Masalahnya adalah belum semua masyarakat terutama masyarakat miskin dan kurang mampu, dapat menjangkau akses pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah, apalagi jika bicara pada level kualitas pelayanan kesehatan. Banyak indikator yang bisa dilihat, namun kesemuanya itu belum mampu menunjukkan peningkatan kualitas atau derajat kesehatan masyarakat terutama masyarakat

miskin dan kurang mampu. Atas dasar latar belakang inilah Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV – Aceh Lembaga Administrasi Negara (PKP2A IV) LAN sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya melihat penting untuk melakukan kajian tentang " *Efektifitas Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh*".

Kajian ini bertujuan untuk memetakan secara cermat terhadap karakteristik dari fakta-fakta kondisi/keadaan yang menjadi permasalahan pelaksanaan JKA sekaligus menemukan potensi-potensi pengembangan JKA kearah yang lebih baik dalam bentuk saran rekomendasi kepada Pemerintah Aceh.

Banda Aceh, Desember 2011
Kepala PKP2A IV LAN

Drs. Dermawan, MM

EXECUTIVE SUMMARY

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar yang menjadi hak setiap warga negara dan menjadi kewajiban Negara untuk memenuhinya sebagaimana ditegaskan Undang-Undang Dasar 1945 dalam Pasal 28H ayat (1) yang memberikan hak kepada penduduk untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan Pasal 34 ayat (2) yang mewajibkan negara mengembangkan sistem jaminan sosial untuk seluruh masyarakat.

Hambatan utama pelayanan kesehatan masyarakat miskin adalah masalah pembiayaan kesehatan dan transportasi. Masalah pembiayaan kesehatan diantaranya disebabkan perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran out of pocket. Masalah transportasi diantaranya adalah letak geografis masyarakat ke unit layanan kesehatan yang memadai (referesentatif) yang jarak. Hambatan-hambatan tersebut semakin mempersulit masyarakat (terutama masyarakat miskin) untuk melakukan akses ke pelayanan kesehatan. Berbagai upaya telah dilakukan oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah dalam memenuhi hak setiap

masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak.

Menyangkut pemenuhan pelayanan dasar di bidang kesehatan yang harus dipenuhi oleh setiap Pemerintah daerah maka Pemerintah Aceh mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan kepada warganya, hal ini sebagaimana ketentuan Undang-undang Nomor 11 Tahun 2006 Tentang Pemerintahan Aceh, dalam pasal 225 yang menyebutkan bahwa "Pemerintah Aceh dan pemerintah kabupaten/kota wajib memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan standar pelayanan minimal sesuai dengan peraturan perundang-undangan, sepanjang tidak bertentangan dengan syari'at Islam", yang menjadi hak dan kebutuhan masyarakat aceh, sebagaimana disebutkan dalam Pasal 224 Ayat (1) bahwa "Setiap penduduk Aceh mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal", dan Ayat (2) bahwa " Setiap penduduk aceh berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungan ".

Masalahnya adalah belum semua masyarakat terutama masyarakat miskin dan kurang mampu,

dapat menjangkau akses pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah, apalagi jika bicara pada level kualitas pelayanan kesehatan. Banyak indikator yang bisa dilihat, namun kesemuanya itu belum mampu menunjukkan peningkatan kualitas atau derajat kesehatan masyarakat terutama masyarakat miskin dan kurang mampu. Atas dasar latar belakang inilah Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV –Aceh Lembaga Administrasi Negara (PKP2A IV) LAN sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya melihat penting untuk melakukan kajian tentang " Efektifitas Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh (JKA)".

Adapun tujuan dilaksanakannya kajian ini adalah pertama untuk mengetahui efektifitas pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh; kedua untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan JKA; ketiga untuk merumuskan langkah-langkah penyempurnaan pelaksanaan JKA. Kajian ini menggunakan pendekatan diskriptif-evaluatif. Data diperoleh melalui teknik pengumpulan data utama, yaitu Wawancara, Focus Group Discussion (FGD) dan Dokumentasi. Dengan melibatkan berbagai pimpinan instansi terkait Pemerintah Daerah (Dinas Kesehatan), PT Askes (persero), DPR Aceh, LSM, kalangan akademisi, dan pelaksana pelayanan

kesehatan (PPK) seperti Puskesmas dan Rumah Sakit, Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), dan Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Dalam pelaksanaannya, kajian ini juga menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif untuk mendiskrifkan faktor pendukung dan penghambat efektifitas pelaksanaan JKA, penggalan datanya menggunakan hasil wawancara dan fokus group discussion. Pendekatan kuantitatif untuk mendapatkan penilaian pasien JKA datanya menggunakan data hasil isian quisioner pasien JKA. Analisis kualitatif dilakukan dengan menelaah data, membaginya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesa, mencari pola, dan menemukan apa yang penting untuk dipelajari dan dilaporkan. Penelitian ini tidak mencakup seluruh aspek dan tingkat penyelenggaraan JKA, hanya menyangkut pada efektifitas pelaksanaan JKA di lapangan.

Kajian ini mengambil lokus secara proporsional di tiga kabupaten/kota di Provinsi Aceh, dengan mempertimbangkan heterogenitas, sosial budaya, fisik dan geografis, potensi sumber daya, dan pemerintahan. Tentu, tiga kabupaten tersebut belum sepenuhnya mampu mewakili keseluruhan daerah Aceh, namun

berbagai hasil dari kajian ini dapat dijadikan cermin bagi pelaksanaan JKA di masa datang.

PERBAIKAN PELAKSANAAN JKA

Hasil dan temuan pelaksanaan JKA dilapangan masih ditemukan berbagai masalah untuk itu diperlukan berbagai perbaikan pelaksanaan JKA kedepan yang meliputi aspek-aspek yang mendorong peningkatan kualitas pelayanan bagi penduduk Aceh. Perbaikan dapat dilakukan pada aspek kepesertaan, pelayanan, pendanaan, pengorganisasian, pemantauan dan evaluasi

Aspek Kepesertaan, Salah satu hal penting dalam aspek kepesertaan adalah belum siapnya data yang akurat akibat perbedaan perhitungan, data penduduk yang dijadikan dasar perumusan JKA adalah data penduduk tahun 2008. Namun pada saat JKA diterapkan tahun 2010 jumlah penduduk tentu telah bertambah sehingga data yang digunakan tidak valid, maka diperlukan adanya pemuthairan data baik jangka pendek maupun jangka panjang. Perbaikan yang digolongkan dalam perbaikan jangka pendek bertujuan untuk menyelesaikan permasalahan-permasalahan yang timbul selama proses validasi dan verifikasi data kepesertaan JKA. Perbaikan ini

diharapkan dapat mempercepat proses validasi dan verifikasi kepesertaan. Penataan JKA pada jangka panjang harus mampu menciptakan sistem kepesertaan yang menjamin seluruh penduduk Aceh yang belum memiliki jaminan kesehatan masuk ke dalam sistem jaminan kesehatan yang diberikan oleh JKA. Sistem kepesertaan pada jangka panjang harus mampu membedakan pelayanan berdasarkan tingkat pendapatan dan pendistribusian penduduk Aceh. Sistem kepesertaan yang terbentuk harus mampu menciptakan kepesertaan yang efektif dan efisien. Pada jangka panjang kebijakan ini diharapkan mampu menciptakan kondisi kemasyarakatan yang mau memberikan kontribusi yang lebih besar guna mendapat pelayanan kesehatannya yang lebih baik.

Aspek pelayanan kesehatan. Beberapa kendala terkait dengan aspek pelayanan kesehatan adalah belum optimalnya pemanfaatan program JKA oleh masyarakat akibat kurangnya sosialisasi. Namun demikian, berdasarkan indikator keberhasilan penyelenggaraan program JKA ini, program ini relatif berhasil terutama jika dilihat dari aspek utilisasi pelayanan kesehatan yang tersedia di Puskesmas dan Rumah sakit. Terkait aspek prosedur pelayanan JKA, adalah mekanisme pelayanan terstruktur dan berjenjang serta pelayanan rujukan

belum berjalan secara efektif. Pada tingkat Puskesmas, masih banyak pasien yang sebenarnya bisa ditangani oleh puskesmas, namun pasien tersebut "memaksa" petugas untuk diberi rujukan pelayanan ke Rumah Sakit, sehingga keluar istilah rujukan "Atas Permintaan Pasien" (APP). Salah satu hal penting dalam penyelenggaraan JKA adalah bahwa setiap peserta JKA berhak mendapatkan pelayanan kesehatan untuk jenis dan jenjang pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya. Agar mekanisme pelayanan JKA yang terstruktur, berjenjang dan rujukan berjalan dengan efektif. Maka perlu diberikan peningkatan pengetahuan dan pemahaman kepada penduduk Aceh khususnya peserta JKA berkenaan dengan program JKA. Pemerintah Aceh harus intens mendorong upaya promotif kesehatan di tingkat dasar.

Aspek Pendanaan Beberapa permasalahan penting yang selama ini menjadi kendala terkait dengan aspek pendanaan adalah keterlambatan pembayaran klaim RS dan penyaluran dana kapitasi kepada Puskesmas. Keterlambatan pembayaran klaim dan penyaluran dana kapitasi tersebut, mengakibatkan pihak pemberi layanan khususnya di RS harus menalangi terlebih dahulu dari biaya lainya untuk

membayarkan belanja habis pakai dan jasa medis selama memberikan pelayanan kepada pasien JKA. Hal ini tidak lepas dari persoalan keterlambatan pengesahan APBA setiap tahunnya, dengan demikian selama disiplin anggaran masih menjadi persoalan di eksekutif dan legislative maka program JKA juga akan terkendala. Terkait dengan hal tersebut perlu payung hukum untuk Penggunaan Dana APBA mendahului pengesahan anggaran. Pendanaan JKA sangat tergantung pada kemampuan keuangan Aceh. Oleh sebab itu, keberlanjutan JKA sangat tergantung dari anggaran yang tersedia dalam APBA. Pemerintah Aceh harus mulai merencanakan konsep pendanaan dalam rangka menjamin ketersediaan dana bagi pelaksanaan program JKA. Pola Dana Abadi Kesehatan yang disisihkan setiap tahun dari APBA perlu dimulai sebelum berakhirnya dana otonomi khusus untuk Aceh. Disamping itu Pendanaan JKA harus mulai direncanakan dengan sistem cost sharing dengan prinsip dari rakyat untuk rakyat. Penduduk Aceh dapat mulai berpartisipasi dalam pendanaan JKA. Penduduk Aceh diharuskan membayar iuran sebesar nilai tertentu untuk dapat menggunakan fasilitas JKA. Besarnya iuran yang dibayarkan dapat ditetapkan berdasarkan jenis kepesertaan yang ingin diperoleh.

Aspek Pengorganisasian Keterlibatan unsur – unsur organisasi bila dilihat dalam pengorganisasian JKA, belum terjadi pemisahan keterlibatan para pihak secara tegas, hal ini berpotensi menimbulkan overlapping atau duplikasi dan beban ganda pelaksanaan kewenangan dan tugas. Dinas Kesehatan sebagai pelaksana teknis JKA yang bertanggung jawab kepada Gubernur, selain menjadi unsur Tim Koordinasi juga menjadi Ketua Tim Pengawas. Kondisi tersebut akan menyebabkan bias pelaksanaan tugas pokok dan fungsi. Bentuk interaksi yang dapat dikembangkan adalah melembagakan rapat tripartit yaitu antara Pemerintah Aceh dalam hal ini Dinas Kesehatan Aceh , PT Askes (persero) selaku BPJKA, Tim Koordinasi dan Tim Pengawas baik di tingkat Provinsi maupun di tingkat Kabupaten/Kota.

Aspek pemantauan dan evaluasi. Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan kondisi kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan JKA. Sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian keberhasilan JKA. Pemantau dan evaluasi tidak dilaksanakan secara berkisnambungan, terkesan dilaksanakan secara isedentil sehingga pelaksanaan JKA seolah berjalan tanpa ada koordinasi. Padahal posisi tim pemantau dan evaluasi ini sangat penting dalam mengawal

pelaksanaan setiap tahap program JKA. Sampai kajian ini dilakukan Tim menemukan belum adanya prosedur formal petunjuk teknis dan pelaksana proses pemantauan dan evaluasi. Untuk itu perlu disusun pedoman Pemantauan dan Evaluasi JKA, sehingga dapat operasional dilaksanakan secara berkala

SARAN REKOMENDASI

Sebagai upaya perbaikan atas pelaksanaan program JKA dalam rangka mewujudkan kualitas kesehatan penduduk Aceh. Maka beberapa saran dan rekomendasi kepada Pemerintah Aceh sebagai berikut :

Saran :

1. Perlu menetapkan sistem pendataan Penduduk Aceh yang berkelanjutan dengan menggunakan kriteria-kriteria yang terukur, agar yang menjadi peserta JKA adalah benar-benar di prioritaskan kepada penduduk yang sangat memiliki keterbatasan biaya dalam berobat dan sangat membutuhkan pelayanan kesehatan.
2. Diperlukan pola koordinasi yang searah dan berkesinambungan. Pola koordinasi yang relevan ditawarkan adalah melembagakan pola rapat TRIPARTIT antara Pemerintah Aceh dalam

hal ini Dinas Kesehatan Aceh , PT Askes (persero) selaku BPJKA, Tim Koordinasi dan Tim Pengawas baik di tingkat Provinsi maupun di tingkat Kabupaten/Kota.

3. Perlu keterlibatan organisasi profesi medis dalam Pengawasan sehingga lebih professional, hal ini juga sesuai dengan Petunjuk dan Pelaksanaan (Manlak) JKA. Tindak lanjut dari hasil pengawasan perlu diterapkan reward and punishment (penghargaan dan sanksi). Semakin bagus kinerja kualitas dan instensitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemberi layanan kesehatan menjadi pertimbangan perhitungan dalam pemberian besaran dana bagi organisasi. Dan menjadi pertimbangan bagi pengembangan kualitas individual petugas kesehatan.
4. Perlu memberikan porsi yang cukup pada dimensi preventif dan promotif, karena kecenderungan yang saat ini terjadi lebih menekankan pada aspek kuratif dan rehabilitatif.
5. Mengoptimalkan sistem pelayanan rujukan di Puskesmas melalui Program supervisi medis kepada Puskesmas.
6. Menambah indikator dalam memformulasi penetapan nilai dana kapitasi, bila selama ini diberikan berdasarkan indikator perkapita penduduknya, maka indikator pemberian nilai kapitasi dapat menggunakan indikator klasifikasi

Puskesmas sangat terpencil, tidak terpencil/menengah, dan perkotaan untuk mendapatkan nilai kapitasi berbeda.

7. Mengingat kompleksitas bidang medis maka dalam penyusunan Manlak agar melibatkan partisipasi aktif dari penyedia pelayanan kesehatan mulai dari perencanaan rancangan, perumusan, dan penetapan.

Rekomendasi :

1. Berbagai persoalan yang timbul pada Pengelolaan JKA saat ini salah satu sebabnya adalah karena penanganan program JKA yang tidak fokus dan kurang profesional. Untuk itu kedepan diperlukan pengelolaan manajemen organisasi pelayanan JKA yang lebih otonom, fokus dan profesional melalui pembentukan Badan Pelaksana atau Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Aceh (Bapel JKA).
2. Pendanaan JKA sangat tergantung pada kemampuan keuangan Aceh. Oleh sebab itu, keberlanjutan JKA sangat tergantung dari anggaran yang tersedia dalam APBA. Pemerintah Aceh harus mulai merencanakan konsep pendanaan jangka panjang dalam rangka menjamin ketersediaan dana bagi pelaksanaan program JKA ke depan. Pola dana

abadi kesehatan yang disisihkan setiap tahun dari APBA perlu dimulai sebelum berakhirnya dana otonomi khusus untuk Aceh.

3. Keterlambatan pengesahan APBA berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim RS dan penyaluran dana kapitasi kepada Puskesmas, mengakibatkan pihak pemberi layanan khususnya di RS harus menalangi terlebih dahulu dari biaya lainnya. Terkait dengan hal tersebut perlu payung hukum untuk Penggunaan Dana APBA mendahului pengesahan anggaran dalam pembiaayaan program JKA.

DAFTAR ISI

Tim Penyusun	
Ucapan Terima kasih Narasumber	
Kata Pengantar	
Executive Summary	
Daftar Isi	
Daftar Tabel	
Daftar Grafik / Bagan	
Daftar Istilah	
Bab I : Pendahuluan	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	10
1.3. Tujuan dan Sasaran Kajian	11
1.4. Hasil yang diharapkan	11
Bab II : Tinjauan Teoritis	
2.1. Jaminan Sosial	12
2.2. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)	17
2.3. Jaminan Sosial Bidang Kesehatan	19
2.4. Efektifitas Pelayanan Kesehatan	23
2.5. Jaminan Kesehatan Aceh	
2.5.1. Dasar Hukum dan Ruang Lingkup JKA	31
2.5.2. Kepesertaan JKA	35
2.5.3. Pembiayaan JKA	39
2.5.4. Jenjang Pelayanan JKA	40
2.5.5. Prosedur Layanan JKA	41
2.5.6. Pengorganisasian dan Koordinasi JKA	42
2.5.7. Pemantauan dan Evaluasi JKA	43

Bab III : Metodologi Kajian	
3.1. Metode Kajian	46
3.2. Lokasi dan Waktu Kajian	48
3.3. Jenis dan Sumber Data	48
3.4. Teknik Pengumpulan Data	49
3.5. Analisis Data	50
Bab IV : Efektifitas Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh	
4.1. Pendahuluan	51
4.2. Hasil dan Temuan	
4.2.1. Kepuasan	54
4.2.2. Kepesertaan	58
4.2.3. Jenjang Pelayanan	63
4.2.4. Prosedur Pelayanan	66
4.2.5. Pendanaan	73
4.2.6. Pengorganisasian	82
4.2.7. Pemantauan dan Evaluasi	85
Bab V : Perbaikan Sistem Pelaksanaan JKA	
5.1. Kepesertaan	89
5.2. Prosedur Pelayanan	92
5.3. Pendanaan	92
5.4. Pengorganisasian	94
5.5. Pemantauan dan Evaluasi	96
Bab VI : Penutup	
6.1. Kesimpulan	97
6.2. Saran dan Rekomendasi	100
Daftar Pustaka	103
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Nilai Rata-Rata Kepuasan Pasien JKA	58
Tabel 4.2 Jumlah Peserta JKA s.d. November 2011	62
Tabel 4.3 Jenis Layanan dan Penerima Manfaat JKA	64
Tabel 4.4 Jenis Penyakit	65
Tabel 4.5 Realisasi Anggaran Jaminan Kesehatan Aceh Tahun 2010..	79
Tabel 4.6 Alokasi dan Realisasi Dana 2010 berdasarkan jenis dan jenjang pelayanan JKA	81
Tabel 4.7 Alokasi dan Realisasi Dana Pelayanan Langsung JKA Tahun 2011 (Januari-Agustus 2011)	89
Tabel 5.1 Proyeksi Dana TDBH Migas dan Otsus 2011 – 2027	103

DAFTAR GRAFIK DAN BAGAN

Grafik 1. Perbandingan Pasien Semenjak JKA 2010	7
Grafik 2 Perkembangan Pasien JKA di RSUZA	8
Bagan 1 Grand Desain JKA	34
Bagan 2 Skenario Kepesertaan dan Iuran JKA	36
Bagan 3 Alur Pelayanan JKA	41
Bagan 4 Kerangka Kajian JKA	47
Bagan 5 Konsep Pembagian Kepesertaan	91

DAFTAR SINGKATAN

ANC	: Ante Natal Care
APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara
APBA	: Anggaran Pendapatan Belanja Aceh
APP	: Atas Permintaan Pasien
BP4	: Balai Pengobatan Penyakit Paru
BPJKA	: Balai Pelaksana Jaminan Kesehatan Aceh
DOT	: Daftar Obat Tambahan
DPA	: Dokumen Pelaksanaan Anggaran
DPHO	: Daftar dan Plafon Harga Obat
DPKKA	: Dinas Pengelolaan Keuangan dan Kekayaan Aceh
IFRS	: Instalasi Farmasi Rumah Sakit
JKA	: Jaminan Kesehatan Aceh
JPK	: Jaminan Pelayanan Kesehatan
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
KK	: Kartu Keluarga
Manlak	: Pedoman Pelaksanaan
OTSUS	: Otonomi Khusus
PKS	: Perjanjian Kerja Sama
PK BLU	: Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum
PNC	: Post Natal Care
Polri	: Kepolisian Republik Indonesia
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RS	: Rumah Sakit
RJTL	: Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
RJTP	: Rawat Jalan Tingkat Pertama
RITL	: Rawat Inap Tingkat Lanjutan
RITP	: Rawat Inap Tingkat Pertama
RSUD ZA	: Rumah Sakit Umum Daerah Zainoel Arifin
SDM	: Sumber Daya Manusia
SJP	: Surat Jaminan Pelayanan
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKPA	: Satuan Kerja Perangkat Aceh
SKP	: Surat Keabsahan Peserta

SOP : Standart Oprasional Prosedur
SPM : Standart Pelayanan Minimal
SPM-LS : Standart Perintah Membayar Langsung
SP2D : Surat Perintah Pencairan Dana
TNI : Tentara Nasional Indonesia
TDBH Migas : Tambahan Dana Bagi Hasil Minyak dan Gas
UUD 45 : Undang-Undang Dasar Tahun 1945
UUPA : Undang- undang Pemerintahan Aceh

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Setiap warga Negara Indonesia berhak mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana telah dijamin dalam Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 Pasal 28 H Ayat (1) yang memberikan hak kepada penduduk untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan ayat (3) yang memberikan hak kepada setiap orang untuk mendapatkan jaminan sosial. Kemudian dalam Pasal 34 Ayat (1) dan (2) yang mewajibkan Negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial untuk seluruh rakyat. Salah satu bentuk dari jaminan sosial adalah Jaminan Kesehatan.

Jaminan Kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) merupakan prioritas utama. Dalam UU SJSN disebutkan bahwa jaminan sosial terdiri dari jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Jaminan Kesehatan adalah sebuah sistem yang memungkinkan seseorang terbebas dari beban biaya berobat yang relatif mahal yang menyebabkan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar hidup lain (seperti makan, sekolah, bekerja, dan bersosialisasi). Pelaksanaannya, Jaminan Kesehatan haruslah sinergi dengan tujuan dan upaya pembangunan

kesehatan nasional sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, disebutkan bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama. Dengan demikian bahwa pelayanan kesehatan bersifat universal kepada siapapun yang membutuhkan. Sementara itu dalam pasal 3 disebutkan juga bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat, maka pemerintah memiliki tanggung jawab yang utama, sebagaimana diatur dalam pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009. Pada ayat (1) disebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Dalam pasal (2) Tanggung jawab Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikhususkan

pada pelayanan publik. Dengan demikian konstitusi secara tegas mengamanatkan bahwa setiap warga negara tanpa memandang status sosial dan ekonomi memiliki hak yang sama untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang memadai sesuai dengan kebutuhan medisnya. Oleh karena itu pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara paripurna, merata dan terjangkau untuk kesejahteraan bagi seluruh penduduk.

Tujuan pembangunan kesehatan nasional adalah meningkatkan kualitas kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh SDM. Peningkatan kualitas kesehatan SDM Indonesia merupakan bentuk investasi bangsa bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Upaya mewujudkan pembangunan kesehatan nasional yang berkualitas menjadi tanggung jawab Pemerintah. Pelaksanaan tanggung jawab tersebut dimulai dari perencanaan, mengatur, pelaksanaan, pembinaan, dan pengawasan (pasal 14 ayat 1 UU. 36 Tahun 2009). Dengan demikian bahwa konstitusi dengan tegas mengamanatkan jaminan persamaan dan keadilan dalam pelayanan kesehatan bagi setiap penduduk tanpa diskriminasi untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Setiap warga negara tanpa memandang status sosial dan ekonomi memiliki hak yang sama untuk mendapatkan akses

pelayanan kesehatan yang memadai.

Dengan adanya Sistem Jaminan Sosial Nasional Pemerintah menargetkan pada tahun 2014 seluruh masyarakat sudah tercakup dalam Jaminan Kesehatan dengan menerapkan Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*). Jaminan Kesehatan semesta adalah istilah adopsi dari *Universal Health Coverage* yang telah banyak diterapkan diberbagai negara. *Universal Health Coverage* bisa diartikan sebagai sebuah kondisi/keadaan dimana seluruh populasi dari sebuah negara mempunyai akses yang bagus terhadap pelayanan yang berkualitas (dalam hal ini pelayanan kesehatan) sesuai dengan kebutuhan dan pilihan, dan dengan tidak memperhatikan tingkat pendapatan, status sosial, atau tempat tinggal. Cakupan Jaminan Kesehatan di beberapa negara di dunia misalnya yang sudah mencapai cakupan universal antara lain adalah Australia, Jepang, Singapura, dan Thailand.

Cakupan Jaminan Kesehatan untuk Indonesia masih jauh tertinggal , total penduduk Indonesia yang tercakup oleh asuransi kesehatan baru mencapai 50,8% dari total penduduk tahun 2009 yaitu 230 juta jiwa. Dari persentase tersebut, 49,2% penduduk Indonesia belum memiliki Jaminan Kesehatan, dan Pemerintah menargetkan penduduk yang belum memiliki Jaminan Kesehatan tersebut akan memiliki asuransi kesehatan pada tahun 2014 (Febriansyah's; 2010).

Terdapat beberapa tantangan untuk mencapai target tersebut, antara lain aspek pelayanan, perlunya ketersediaan fasilitas kesehatan untuk melayani peserta, perlunya kapasitas dan kompetensi SDM kesehatan yang memadai untuk melayani peserta, perlu adanya aturan teknis pelaksanaan yang jelas dan baku, dan perlunya pemahaman upaya-upaya kesehatan di masyarakat. Aspek pendanaan dan pengelolaan keuangan, perlu adanya ketersediaan alokasi anggaran untuk iuran Jaminan Kesehatan bagi masyarakat terutama masyarakat miskin dan tidak mampu.

Harus diakui bahwa upaya untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat belum sepenuhnya optimal. Masih mengalami persoalan, salah satunya adalah persoalan disparitas atau ketimpangan dalam bidang kesehatan ini terjadi pada skala sosial – ekonomi, antara penduduk yang relatif kaya dengan penduduk berpendapatan rendah atau miskin, yang terjadi baik di pedesaan dan area perkotaan¹. Menyikapi kondisi tersebut, pemerintah telah menerapkan beberapa program pemeliharaan jaminan kesehatan sejak tahun 1998. Upaya-upaya pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat terus dikembangkan untuk dapat mencakup semua penduduk (*Universal Coverage*) terutama keluarga

¹ Evaluasi Penerapan Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin di Indonesia. Lembaga Administrasi Negara. 2008.

miskin, dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS) bidang Kesehatan (JPS-BK) terhitung dari 1998 sampai 2001. Pada tahun 2001 pemerintah menerapkan program dampak pengurangan subsidi energi bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial (PD PES). Antara tahun 2002 sampai dengan 2004 pemerintah melanjutkan program kompensasi pengurangan subsidi bahan bakar minyak (PKPS-BBM) bidang kesehatan. dan sejak tahun 2005 pemerintah menerapkan program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Setelah diterapkan 3 tahun, kemudian program Askeskin dirubah namanya menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang berlaku hingga sekarang.

Berangkat dari berbagai capaian-capaian pelaksanaan Jaminan Kesehatan tersebut, pemerintah terus melakukan penyempurnaan-penyempurnaan pelayanan umum bidang kesehatan. Salah satunya adalah pendekatan “paradigma sehat” dalam pembangunan nasional pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dimana kalau kita mencermati Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1999 tentang Kesehatan sebelumnya kental dengan “paradigma sakit”. Realisasi paradigma sehat masih cukup jauh dari harapan. Faktor penyebab kondisi tersebut diantaranya adalah kebijakan kesehatan kita yang masih terjebak dalam level kuratif (pengobatan)

yang sangat bertolak belakang dengan Paradigma Sehat yang lebih menomor satukan terbangunnya kesadaran sehat di masyarakat. Kesadaran sehat ini akan banyak berpengaruh terhadap status kesehatan setiap orang.

Dalam UU kesehatan yang baru ditegaskan tentang perlunya sinergisasi upaya-upaya kesehatan dalam setiap tahapan *upaya membangun kesehatan baik* tahap pengelolaan dan penyelenggaraan layanan kesehatan, yang meliputi kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian program. Sinergisasi upaya kesehatan tersebut diartikan dengan setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintergrasi dan berkesinambungan baik dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat yang bertujuan untuk mencapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Kebijakan desentralisasi melalui Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Otonomi Daerah secara tegas menetapkan sektor kesehatan termasuk salah satu kewenangan yang diberikan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kota, sehingga menjadi tugas daerah untuk mengoptimalkan kegiatan dalam penyelenggaraan pemerintahan dibidang kesehatan termasuk menjaga mutu pelayanan kesehatan.

Dengan pelimpahan urusan wajib tersebut Pemerintah Daerah diharapkan dapat mengembangkan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan menurut prakarsa aktif daerahnya. Adanya perbedaan tingkat sosio-ekonomi antar daerah tentunya melahirkan beragam pendekatan di masing-masing daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakatnya. Salah satunya adalah pelayanan jaminan kesehatan yang pembiayaannya berbasis lokal.

Dalam konteks bahasan diatas adalah program yang dilaksanakan Pemerintah Aceh yaitu Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) bagi seluruh penduduknya. Penerapan JKA relevan dengan kondisi *disparitas* sosial-ekonomi penduduk Aceh terutama yang belum memiliki jaminan kesehatan untuk mengakses pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memerlukan pembiayaan tinggi. Dari data penduduk Aceh 2010 terdapat 1.239.733 jiwa (atau 29% dari 4,3 juta) yang belum memiliki Jaminan Kesehatan (Badan Pusat Statistik, 2010), kelompok tersebut diharapkan menjadi sasaran utama program JKA.

Dari aspek kekhususan Aceh, penerapan JKA ini berdasarkan ketentuan pasal 224 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 Tentang Pemerintahan Aceh (UUPA) yang menyebutkan bahwa "*Setiap penduduk Aceh mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan*

kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal'. Pasal 225 ayat (1) menyebutkan bahwa yaitu "Pemerintah Aceh dan Pemerintah Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan standar pelayanan minimal sesuai dengan peraturan perundang-undangan, sepanjang tidak bertentangan dengan syari'at Islam".

JKA merupakan jaminan kesehatan yang menganut konsep cakupan semesta (*Universal Health Coverage*) dan pelayanan *Holistic*. Konsep semesta diartikan bahwa program JKA berlaku bagi seluruh penduduk yang berdomisili di Aceh, hal ini dibuktikan dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan/atau Kartu Keluarga (KK) tanpa memandang status sosial, ekonomi, jenis kelamin dan agama. Dengan ketentuan tidak termasuk peserta Jamsostek dan Askes Sosial, kecuali peserta Jamkesmas dan TNI/Polri. Namun untuk tahun pertama penegarannya di prioritaskan kepada penduduk Aceh yang belum memiliki bentuk jaminan kesehatan sama sekali.

Konsep pelayanan *holistik* diartikan bahwa JKA juga berlaku bagi penduduk Aceh yang mengalami gangguan kesehatan (bersifat gawat darurat) dalam perjalanan diseluruh wilayah Indonesia. Bagi peserta JKA mendapatkan segala jenis dan jenjang pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya, kecuali untuk pelayanan kesehatan yang bersifat kosmetika dan

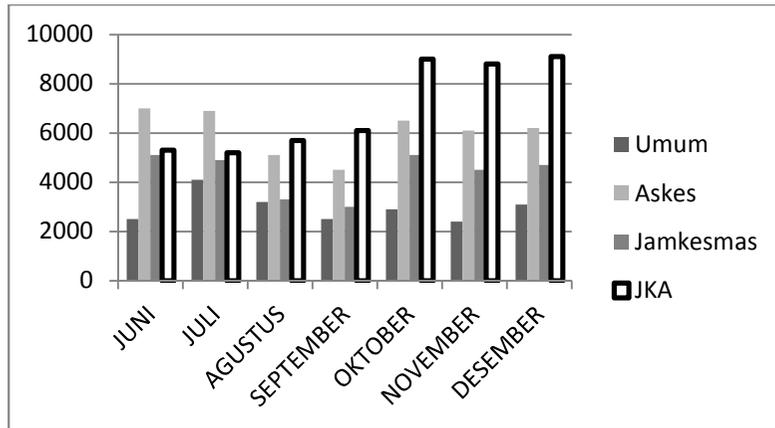
korban bencana alam yang ada pembiayaan tersendiri.

Dalam menyelenggarakan program JKA Pemerintah Aceh melakukan membentuk organisasi yang terdiri Dinas Kesehatan Aceh, Badan Penyelenggara JKA, Tim Koordinasi dan Tim Pengawas yang dibentuk di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan. Sampai saat ini Badan Penyelenggara JKA (BPJKA) ditunjuk PT Askes (persero).

Badan Penyelenggara JKA dalam hal ini PT Askes (persero) mempunyai tugas meliputi manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen keuangan, Tim Koordinasi berfungsi sebagai regulator, dan Tim Pengawas berfungsi untuk menjaga dan menjamin kelancaran dan kesesuaiannya pelaksanaan JKA di fasilitas kesehatan, penerima manfaat, dan pelayanan yang diberikan kepada peserta.

Sejak program JKA diberlakukan 1 Juni 2010 terjadi peningkatan jumlah pasien di setiap Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten/Kota dan di Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin (RSUZA) Banda Aceh. perkembangan pasien JKA lebih tinggi dibandingkan perkembangan pasien jaminan kesehatan lainnya. Hal ini dapat diperhatikan pada grafik dibawah ini (grafik 1) :

Grafik 1.
Perbandingan Perkembangan Pasien Semenjak JKA 2010



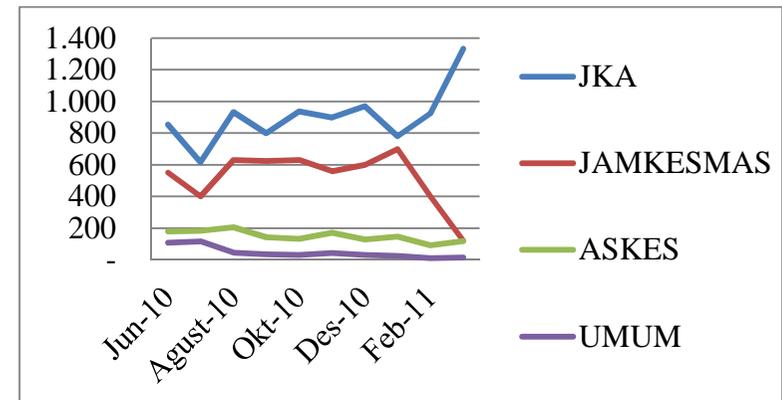
Sumber Dinkes Aceh.2010.

Dari grafik tersebut terlihat bahwa peserta JKA meningkat tajam dalam mengakses pelayanan di RSUD sejak Oktober 2010. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan komprehensif sangat dinantikan oleh masyarakat, dan JKA memberikan solusi bagi mereka yg tidak memiliki Jaminan Kesehatan selama ini.

Perkembangan pasien JKA tidak hanya terjadi pada sejumlah Rumah Sakit di daerah, tapi juga terjadi di Rumah Sakit dr. Zainoel Abidin (RSUZA) Banda Aceh. Selama Juni 2010 hingga Januari 2011 perkembangan pasien JKA cenderung meningkat, terutama pada bulan Oktober sampai Desember 2010. Sedangkan periode Januari -

Maret 2011 peningkatan Pasien JKA meningkat tajam dibandingkan pasien Askes Sosial lainnya. Hal dapat di lihat pada grafik 2 dibawah ini:

Grafik 2
Perkembangan Pasien JKA di RSUZA Juni 2010- Maret 2011



Sumber: diolah dari data lapangan

Dari capaian perkembangan pasien JKA di atas menandakan bahwa program JKA mendapatkan apresiasi positif dari berbagai pihak. JKA telah menjadi sebuah solusi pembiayaan bagi penduduk Aceh untuk berobat pada Rumah Sakit. Namun begitu, mengingat program JKA yang baru berumur 1,5 tahun masih mengalami beberapa kendala.

Kendala-kendala tersebut diantara lain adalah pada saat bersamaan terjadinya peningkatan pasien JKA di setiap RS, ternyata

belum disertai dengan ketersediaan infrastruktur sarana dan prasarana fasilitas kesehatan, SDM kesehatan, dan tata kelola manajemen pelayanan. Sehingga keterbatasan tersebut menyebabkan pelayanan kesehatan pasien JKA belum optimal.

Pada aspek kepesertaan, data penduduk yang dijadikan dasar perumusan JKA adalah data penduduk tahun 2008. Namun pada saat JKA diterapkan tahun 2010 jumlah penduduk tentu telah bertambah sehingga data yang digunakan tidak valid. Jumlah penduduk Aceh saat JKA direncanakan pada tahun 2008 adalah sebanyak 4.371.018 jiwa. Sementara jumlah penduduk Aceh hasil sensus tahun 2010 mencapai 4.486.570 jiwa. Pada tahun 2011 Dinas Kesehatan Aceh berdasarkan SK Dinkes No 44.1/233/X/2011 tertanggal 14 Oktober 2011 menyebutkan jumlah penduduk Aceh berjumlah 4.802.137 jiwa. Bertambahnya Jumlah penduduk Aceh tersebut sangat signifikan, pada tahun 2010 bertambah 115.552 jiwa, sedangkan pada tahun 2011 bertambah hampir 315.567 jiwa. Kondisi tersebut menjadi kendala tersendiri dalam menetapkan sasaran prioritas penerima JKA. Untuk itu PT Askes (persero) melakukan pendataan /sensus kembali jumlah Penduduk Aceh untuk memilah penduduk yang sudah dan belum memiliki Jaminan Kesehatan. Proses pendataan tersebut sangat "krusial" karena program JKA menyangkut pengintegrasian pembiayaan dengan peserta

Jamkesmas. Namun pendataan penduduk Aceh tersebut belum selesai seluruhnya dilakukan, sementara program JKA harus berlangsung dengan demikian validasi dan verifikasi peserta JKA masih menimbulkan masalah.

Pada aspek prosedur pelayanan kesehatan kendalanya adalah mekanisme pelayanan terstruktur dan berjenjang serta pelayanan rujukan belum berjalan secara efektif. Pada tingkat Puskesmas, masih banyak pasien yang sebenarnya bisa ditangani oleh puskesmas, namun pasien tersebut "memaksa" petugas untuk diberi rujukan pelayanan ke Rumah Sakit, sehingga keluar istilah rujukan "Atas Permintaan Pasien" (APP).

Pada aspek pembiayaan, kendalanya adalah keterlambatan pembayaran klaim RS dan penyaluran dana kapitasi kepada Puskesmas. Misalkan klaim JKA untuk bulan Januari dan Februari 2011 baru bisa dibayarkan pada bulan Mei 2011, dan untuk klaim bulan Maret dan April 2011 baru bisa dibayar pada bulan Juni 2011 (tribunnews.com). Keterlambatan pembayaran klaim dan penyaluran dana kapitasi tersebut, mengakibatkan pihak pemberi layanan khususnya di RS harus menalangi terlebih dahulu dari biaya lainya untuk membayarkan belanja habis pakai dan jasa medis selama memberikan pelayanan kepada pasien JKA. Hal ini tidak lepas dari persoalan keterlambatan pengesahan APBA setiap tahunnya, dengan demikian selama disiplin anggaran masih

menjadi persoalan di eksekutif dan legislative maka program JKA juga akan terkendala.

Kendala lainnya adalah *kontroversi* terhadap alokasi dan pembagian jasa insentif pelayanan JKA di internal petugas kesehatan Puskesmas dan Rumah Sakit yang dirasakan tidak berimbang. Sedangkan pada aspek pengorganisasian kendalanya adalah pelaksanaan koordinasi antara penyelenggara JKA baik ditingkat Provinsi dan di tingkat Kabupaten/Kota belum berjalan secara optimal. Koordinasi cenderung dilakukan bilamana terjadi permasalahan di lapangan dan dilakukan tanpa mekanisme yang jelas.

Pada aspek pengawasan, kendalanya masih lemahnya pengawasan terhadap mekanisme pelayanan di RS. Bahkan pada tingkat Kabupaten/Kota maupun Kecamatan pengawasan belum berjalan walaupun di dalam Manlak Bupati/Walikota diminta untuk membentuk Tim Pengawas.

Kendala lainnya adalah sosialisasi program JKA yang belum optimal, sosialisasi kepada penduduk Aceh khususnya di pedesaan belum optimal dilakukan. Beberapa bentuk dan instrumen sosialisasi belum mampu memberikan informasi yang informatif, lengkap dan utuh tentang produk JKA.

Berangkat dari berbagai kondisi dan kendala-kendala dalam pelaksanaan JKA

sebagaimana uraian diatas, maka perlu dilakukan kajian dalam rangka perbaikan penyelenggaraan program JKA ke depan. Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV Lembaga Administrasi Negara (PKP2A IV LAN) yang memiliki salah satu tupoksi adalah kajian kebijakan publik meraswa perlu melakukan kajian "***Efektivitas Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh (JKA)***". Kajian ini diharapkan mampu memetakan kendala dan kondisi pelaksanaan program JKA, serta menghasilkan rekomendasi kepada Pemerintah Aceh sebagai mitra kerja dalam penyempurnaan pelaksanaan JKA yang lebih baik dan berkesinambungan.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas teridentifikasi beberapa isu dalam pelaksanaan program JKA yaitu Manajemen Kepesertaan, Pendanaan, Koordinasi, Mekanisme Pelayanan dan Pengawasan Pelayanan program JKA.

Dari isu-isu di atas, beberapa pertanyaan dalam kajian ini adalah:

1. Sejauhmana efektifitas pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh?
2. Faktor-faktor apa yang mempengaruhi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh?
3. Hal - hal apa saja yang perlu disempurnakan dari pelaksanaan JKA?

1.3. Tujuan dan Sasaran Kajian

1. Tujuan yang hendak dicapai dalam kajian ini adalah:
 - a. Untuk mengetahui efektifitas pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh.
 - b. Untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan JKA.
 - c. Untuk merumuskan rekomendasi perbaikan pelaksanaan JKA kedepan.
2. Sasaran yang ingin dicapai dalam kajian ini adalah:
 - a. Terdiskripsikannya efektifitas penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Aceh.
 - b. ripsikannya berbagai faktor dalam pelaksanaan JKA.
 - c. Terumuskannya berbagai rekomendasi kebijakan untuk mendukung penguatan pelayanan Jaminan Kesehatan Aceh ke depan.

1.4. Hasil Yang Diharapkan

Dari Kajian ini diharapkan dapat terpetakan permasalahan dan tantangan JKA sehingga Pemerintah Aceh dapat melakukan langkah-langkah penyempurnaan kebijakan berdasarkan beberapa Rekomendasi yang dirumuskan oleh Tim Peneliti.

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Jaminan Sosial

Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Jaminan Sosial diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat. Melalui Jaminan Sosial, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatannya, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

Dengan demikian Jaminan Sosial merupakan upaya memberikan rasa "*aman*" kepada semua masyarakat apabila ada kondisi yang mengganggu pemenuhan kebutuhan dasar hidupnya (seperti hak hidup dan hak pendidikan) baik yang terjadi secara alamiah atau karena keterpaksaan.

Jaminan sosial berasal dari kata *social* dan *security*. *Social* diartikan sebagai masyarakat atau orang banyak (*society*). Sedangkan *Security* berasal dari bahasa Latin yaitu *securus* yang bermakna "*se*" (Pembahasan atau *liberation*) dan "*curus*" yang berarti kesulitan atau *uneasiness*. Dapat diartikan bahwa jaminan sosial adalah "pembebasan

kesulitan masyarakat" atau "suatu upaya untuk membebaskan masyarakat dari kesulitan².

Penyelenggaraan Jaminan Sosial di berbagai negara memang tidak seragam, ada yang berlaku secara nasional untuk seluruh penduduk dan ada yang hanya mencakup penduduk tertentu untuk program tertentu. Bagi beberapa negara yang menganut *welfare state* (seperti negara-negara skandinavia, eropa barat, Australia, New Zealand, dan AS). Pemberian jaminan sosial merupakan komitmen dan instrumen kebijakan dalam usaha menjalankan misi negara untuk kesejahteraan sosial bagi rakyatnya.³ Hal tersebut sesuai dengan ciri-ciri negara kesejahteraan menurut Asa Briggs, yaitu Negara Kesejahteraan berciri sebagai negara yang mengarah pada: *pertama*, menjamin individu dan keluarga, *kedua*, untuk memenuhi "sosial kontinjensi" (misalnya, sakit, hari tua dan pengangguran) yang lain mengakibatkan krisis individu dan keluarga, dan ketiga, dengan memastikan bahwa semua warga negara tanpa perbedaan status atau kelas menyediakan standar pelayanan sosial.

Dengan ciri-ciri negara kesejahteraan tersebut. Terdapat beragam model pendekatan jaminan sosial dengan memperhatikan kondisi-

² Evaluasi Penerapan Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin. Lembaga Administrasi Negara, 2008.

³ Evaluasi Penerapan Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin. Lembaga Administrasi Negara, 2008. *Op.cit.* Hal.14

kondisi tertentu. Menurut Bismarck dalam negara kesejahteraan pilihan penerapan model jaminan sosial harus memperhatikan berbagai kondisi tertentu di risiko yang secara tidak langsung menuntut adanya situasi yang ideal pada pertumbuhan ekonomi tinggi dan pekerjaan formal. Sedangkan disisi lain, menurut Beveridge dalam model Negara kesejahteraan pilihan penerapan model jaminan sosial memerlukan pajak dan kebijakan fiskal positif terhadap keputusan politik mengenai kesulitan anggaran.

Model jaminan sosial yang ditawarkan Bismarck berpijak pada sistem asuransi yang dananya dibayar oleh penyedia kerja karyawan melalui pemotongan gaji dan di kelola dalam bentuk "*sicker fund*". Mekanisme sistem model jaminan sosial Bismarck memberikan kebebasan memilih asuransi swasta yang disukainya, akan tetapi bagi orang miskin premi sepenuhnya ditanggung oleh Negara. Karakteristik utama pada model Bismarck: Skema jaminan sosial berbasis kontribusi, Kepesertaan bersifat wajib, namun hanya premi orang miskin ditanggung pemerintah, Fasilitas tenaga jaminan sosial sebagian besar disediakan dan dikelola oleh swasta, dan tidak menggunakan sistem pembayar tunggal.

Sedangkan model Beveridge dalam sistem jaminan sosial disediakan dan dibiayai oleh pemerintah melalui pajak. Setiap warga negara berhak menerima pelayanan jaminan sosial dan

tidak akan pernah menerima tagihan karena pembiayaannya ditanggung oleh pajak. Sistem ini cenderung memiliki biaya murah perkapitanya. Karakteristik model Beveridge adalah Skema jaminan sosial berbasis pajak, Kepesertaan bersifat wajib, premi dibayar pemerintah, Fasilitas disediakan dan dibiayai oleh pemerintah, dan Negara sebagai pembayar yang menentukan jenis dan harga pelayanan sosial.

Mengingat Indonesia masuk sebagai negara berkembang dengan pembangunan ekonomi dan sosial nya masih belum optimal, sistem dan kinerja perpajakan yang belum optimal serta belum optimalnya penerapan prinsip transparansi dan akuntabel. Maka dengan keterbatasan tersebut, dapat mengintegrasikan jaminan sosial unsur Model Bismarck dan Beveridge. Skema integrasi model Bismarck dan Beveridge menggunakan pihak swasta sebagai penyedia pelayanan sosial, tetapi pembayaran klaim didanai oleh pemerintah melalui program asuransi nasional. Meskipun program asuransi dikelola pemerintah, setiap warga negara wajib membayar premi yang bisa disiasati dari penarikan pajak. Karena sistem ini tidak memerlukan pemasaran, maka tidak ada motif pada penyediaan pelayanan sosial untuk menolak klaim dan memperoleh keuntungan.

Skema perlindungan sosial yang terdiri dari asuransi sosial dan bantuan sosial dilaksanakan melalui strategi: 1) Universal dan selektifitas.

Universal berarti jaminan sosial diberikan secara menyeluruh kepada seluruh warga negara, sedangkan selektifitas berarti jaminan sosial yang diberikan hanya kepada kelompok tertentu saja seperti kelompok miskin; 2) *in-cash* dan *in-kind*. *In-cash* berarti jaminan sosial diberikan dalam bentuk uang tunai, sedangkan *in-kind* berarti manfaat dari jaminan sosial yang diberikan dalam bentuk barang atau pelayanan sosial (*benefit in-kind*). 3) publik dan swasta. Jaminan sosial dapat diselenggarakan oleh negara (Publik) atau lembaga-lembaga swasta berbentuk Perseroan Terbatas.⁴

Jaminan Sosial bisa berbentuk asuransi sosial (*social insurance*) dan bantuan sosial (*social assistance*) atau kombinasi keduanya. Asuransi sosial adalah jaminan sosial yang diberikan berdasarkan premi yang dibayarkan. Bantuan sosial adalah tunjangan pendapatan atau pelayanan sosial bagi penduduk tidak mampu, yang iuran preminya dibayarkan oleh pemerintah. Intinya Jaminan Sosial harus menjamin seluruh penduduk baik PNS, Buruh, Petani, Nelayan, Pedagang dan sebagainya untuk mendapatkan manfaat (*Benefit*) yang sama atas pelayanan sosial berdasarkan bentuk jaminan sosial yang mereka terima. Apapun model pengelolaan jaminan sosial

⁴ Evaluasi Penerapan Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin. Lembaga Administrasi Negara, 2008. *Op.cit.* Hal.16

yang diterapkan. Pada dasarnya harus dapat memadukan bantuan sosial dan asuransi sosial dengan pendanaan berdasarkan *sharing across population* dengan peran pemerintah sebagai regulator, pengawasan sekaligus pendanaan.

Singkatnya berbagai bentuk dan strategi jaminan sosial, bahwa Jaminan Sosial dapat dikatakan sebagai sistem pemberian uang dan /atau pelayanan sosial yang bertujuan untuk memberikan perlindungan sosial atau rasa aman dengan cara melindungi seseorang dari resiko tidak memiliki atau kehilangan pendapatan akibat kecelakaan, kecacatan, sakit, masa tua dan kematian yang bisa .

Dengan pemahaman seperti itu, sistem jaminan sosial bisa terdiri dari berbagai program, antara lain program jaminan kesehatan, program jaminan pemutusan hubungan kerja, program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan hari tua/pensiun, dan program kematian.

Berdasarkan jenis-jenis program jaminan social tersebut, maka program jaminan sosial dapat bersifat jangka pendek yaitu jaminan sosial yang dapat segera dinikmati pesertanya (misalnya program jaminan kesehatan, kecelakaan kerja). Dan program jaminan kesehatan jangka panjang yaitu jaminan kesehatan yang baru dapat dinikmati setelah bertahun-tahun menjadi peserta (misalnya program jaminan pensiun/hari tua). Dan

penyelenggaraan jaminan kesehatan jangka pendek, yaitu jaminan kesehatan dan kecelakaan kerja memerlukan ketersediaan dana yang memadai setiap saat karena kejadian sakit dan kecelakaan kerja bisa terjadi kapan saja.

Dari uraian diatas, maka beberapa prinsip model penyelenggaraan jaminan sosial yang relevan diterapkan di Indonesia dengan modifikasi antara lain⁵:

Pertama, kepesertaan bersifat wajib terutama bagi penduduk yang berpenghasilan tetap (sektor formal). Untuk penduduk miskin/kurang mampu jaminan sosial lebih mendekati bantuan sosial dibanding asuransi sosial.

Kedua, pendanaan ditanggung bersama oleh pekerja, majikan dan pemerintah yang disesuaikan dengan tingkat pendapatan mereka. Pemerintah termasuk pihak yang menanggung dana dalam model ini terutama menanggung dana untuk keluarga miskin, pekerja disektor informal serta perusahaan-perusahaan skal kecil.

Ketiga, jenis santunan atau manfaat dapat berupa *in-cash* dan *in-kind* yang disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristkik kelompok sasaran. Jenis jaminan sosial *in-kind* berbentuk pelayanan kesehatan dan pendidikan diberikan kepada keluarga miskin. Sedangkan jenis santunan *in-cash* berupa bantuan modal diberikan kepada kelompok usaha kecil serta pekerja sektor informal.

⁵ .LAN RI:2008

Kelima, meskipun penyelenggaraan jaminan sosial menganut prinsip asuransi sosial, tetapi jaminan sosial tetap memegang prinsip distribusi pendapatan (vertical dan horisontal) dan solidaritas antar kelompok dan antar generasi (sektor formal-informal, kaya-miskin, sehat-sakit, tua-muda, dewasa-anak). Konsekuensinya badan penyelenggara jaminan sosial harus nir-laba, dalam arti jaminan sosial sebaiknya tidak di kelola oleh perusahaan terbatas yang mencari keuntungan. Badan penyelenggara jaminan sosial dengan bentuk apapun sebaiknya bertanggung jawab kepada presiden dan melibatkan berbagai *stakeholder*.

2.2 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Untuk mencapai penyelenggaraan jaminan sosial maka dari konstek kebijakan formal, pemerintah mempunyai beragam ketentuan yang bertujuan memberikan dan meningkatkan taraf derajat kesejahteraan warga negaranya. Ketentuan yang sangat relevan adalah dengan adanya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyebutkan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat dapat

memenuhi kebutuhan dasar hidupnya layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun.

Penyelenggaraan SJSN menerapkan mekanisme asuransi sosial dimaksudkan agar sumber pendanaannya jelas dan terukur. Diselenggarakan secara nasional dimaksudkan untuk bisa dinikmati di seluruh wilayah Indonesia. Walaupun diterapkan secara nasional, namun hal ini tidak mengurangi peran pemerintah daerah agar penyelenggaraan jaminan kesehatan dapat lebih partisipatif untuk terwujudnya dan berkelanjutan dengan tepat sasaran. SJSN diselenggarakan berdasarkan prinsip-prinsip sebagai berikut :

Pertama, Prinsip kegotong royongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong- royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi keseluruhan rakyat Indonesia.

Kedua, Prinsip nirlaba. Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba)

bagi Badan Penyelenggara Jaminan sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Ketiga, Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

Keempat, prinsip portabilitas. Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Kelima, prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

Keenam, prinsip dana amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

Ketujuh, prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Bila melihat prinsip-prinsip penyelenggaraan SJSN tersebut, didapati bahwa SJSN memuat prinsip-prinsip *social-state model* (Bismarck Model) dengan mengakomodasi prinsip-prinsip *welfare-state model* (Beveridge Model), khususnya bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Hal tersebut relevan dengan diperkenalkanny penerima asuransi sosial juga diperkenalkan peserta penerima bantuan sosial. Bagi penerima bantuan sosial iuran dibayar oleh pemerintah. Dengan perkataan lain, jaminan sosial bagi masyarakat yang tidak mampu diintegrasikan penyelenggaraannya dengan masyarakat yang mampu, agar terjadi subsidi tidak langsung, sehingga program jaminan sosial bagi masyarakat tidak mampu berkelanjutan (Sulastomo;2010).

Jenis jaminan sosial yang tercakup dalam UU SJSN adalah terdiri: a. jaminan kesehatan; b. jaminan kecelakaan kerja; c. jaminan hari tua; d.

jaminan pensiun; dan e. Jaminan kematian. Semuanya program tersebut diselenggarakan secara bertahap sesuai dengan kelayakan program. Hal ini diperlukan agar tujuan pencapaian cakupan menyeluruh (*universal coverage*) dapat berjalan dengan mulus, tidak banyak mengalami gejolak sosial, sehingga SJSN diterima sebagai sebuah program yang dibutuhkan masyarakat.

Program-program jaminan sosial tersebut diselenggarakan oleh beberapa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) baik yang telah ada atau yang akan dibentuk selanjutnya. Menurut Pasal 5 ayat (2) bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang ada dinyatakan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yaitu Perseroan Terbatas (persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK), PT. Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri Sipil (TASPEN), PT. Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI), dan PT. Askes. Untuk monitorong dan evaluasi penyelenggaraan SJSN tersebut, dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional.

2.3 Jaminan Sosial Bidang Kesehatan

Salah satu jenis Jaminan Sosial adalah Jaminan Kesehatan. Dalam UU SJSN Jaminan Kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan Kesehatan diselenggarakan

dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Dalam UU SJSN disebutkan bahwa peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

Pelayanan Kesehatan diberikan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah baik pada tingkat dasar/primer maupun tingkat lanjutan/tersier atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jenis pelayanan Kesehatan meliputi Rawat Jalan Tingkat Pertama (RITP), Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RITP) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL).

Penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai salah satu wujud kesejahteraan rakyat, kalau kita mengamati di Negara sosialis, seluruhnya menjadi tugas negara, baik pembiayaan, sarana kesehatan (*healthcare providers*) maupun penunjangnya. Sebaliknya di Negara liberal semisal Amerika Serikat, jaminan kesehatan seluruhnya menjadi tugas masyarakat, baik dari aspek pembiayaan maupun aspek penyelenggaraan sarana pelayanan

kesehatannya. Rakyat bebas memilih cara memperoleh pelayanan kesehatan, pembiayaan dan sarana kesehatan yang dikehendaki. Hal ini terlepas, meskipun bagi Kelompok tenaga kerja (formal), ada berbagai ketentuan yang terkait jaminan kesehatan, sebagai bagian dari ketentuan yang menjadi hak seseorang sebagai tenaga kerja, baik dari aspek pembiayaannya maupun dari aspek penyelenggaraan jaminan kesehatannya, antara lain melalui pilihan sistem asuransi komersial yang menjadi pilihan pemberi kerja/perusahaan/ majikan/ *employer*. Sementara itu dibanyak Negara lain yang menganut Sistem Ekonomi Campuran (SEC), jaminan kesehatan diselenggarakan bersama, antara rakyat dan Pemerintah.

Dengan demikian Pemeliharaan kesehatan masyarakat adalah bersifat universal dan sejak awalnya cenderung diatur dalam norma hukum suatu negara. Hanya saja konsep dan mekanisme yang berbeda-beda. Secara umum jaminan kesehatan diselenggarakan dalam bentuk asuransi sosial. maka konsep dasar pengembangan asuransi sosial pemeliharaan kesehatan berlandaskan pendekatan kemampuan dan kebutuhan. Dalam hal ini yang lebih diperhatikan adalah potensi sumber dana masyarakat ikut berperan dalam pembiayaan pembangunan kesehatan. Sejalan dengan itu akan ditingkatkan pula kemampuan manajemen penggunaan

sumber dana yang ada. Pembiayaan kesehatan oleh masyarakat diarahkan melalui prinsip asuransi.

Di Indonesia Jaminan kesehatan merupakan salah satu program dalam program jaminan sosial sebagaimana diatur dalam Pasal 18 UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pelaksanaan jaminan kesehatan menggunakan prinsip asuransi sosial dan ekuitas. Bagi Pemerintah Aceh Dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan secara paripurna, Pemerintah Aceh menganut prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial yang sama secara nasional. Prinsip-prinsip asuransi sosial tersebut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 Ayat (1) Qanun Aceh Nomor 4 Tahun 2010 tentang Kesehatan.

Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin peserta agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Pasal 19 Ayat (2) UU No.40 Tahun 2004). Oleh karena itu kesuksesan sebuah kebijakan, termasuk di dalamnya kebijakan yang diterapkan dalam bidang jaminan sosial kesehatan sangat tergantung pada bagaimana implementasi program-program yang sudah dirancang.

Dalam mengimplementasikan program-program yang sudah dirancang tersebut membutuhkan tahapan pengorganisasian program. Pada tahap ini diatur dan disediakan

sumber daya implementasi, ditetapkannya unit-unit organisasi pelaksana termasuk kewenangannya serta penetapan metode-metode termasuk mekanisme dan prosedur dalam melaksanakan kebijakan yang akan dilaksanakan (Jones, *implementing public policy*, 1999). Sumber daya yang akan diatur dapat berupa informasi, sumber daya manusia, dana serta fasilitas. (Kania Damayanti, 2008).

Pengorganisasian kebijakan bidang kesehatan yang melibatkan lintas sektor unsur-unsur organisasi. Maka fungsi koordinasi dan komunikasi antar organisasi dalam mencapai tujuan menjadi penting dan strategis. Hal ini karena mengingat organisasi-organisasi yang terlibat memiliki karakteristik kerja yang berbeda, sehingga dibutuhkan sinkronisasi kesamaan tindakan untuk mencapai tujuan. Dalam hal ini G.R. Terry mengatakan bahwa koordinasi adalah suatu usaha yang sinkron dan teratur untuk menyediakan jumlah dan waktu yang tepat, dan mengarahkan pelaksanaan untuk menghasilkan suatu tindakan yang seragam dan harmonis pada sasaran yang telah ditentukan (Hasibuan, 2007:85). Dan menurut Handoko (2003:195) koordinasi (*coordination*) adalah sebagai proses pengintegrasian tujuan-tujuan dan kegiatan-kegiatan pada satuan-satuan yang terpisah (departemen atau bidang-bidang fungsional)

suatu organisasi untuk mencapai tujuan organisasi secara efisien.

Dengan demikian koordinasi adalah penyesuaian diri (*adjustment*) dari masing-masing bagian, dan usaha menggerakkan serta mengoperasikan bagian-bagian pada waktu yang cocok (*part in time*) sehingga dengan demikian masing-masing bagian dapat memberikan sumbangan terbanyak pada keseluruhan hasil. Dalam hal ini Leonard membagi unsur koordinasi sebagai berikut (Inu Kencana Syafii, 1999:85-86):

1. Penyesuaian diri (*Adjustment*);
2. Pengoperasian (*operation*);
3. Waktu (*time*) yang cocok;
4. Sumbangan terbanyak (*maximum contribution*);
5. Hasil (*product*).

Dalam manajemen Pemerintahan di Indonesia, koordinasi menempati peranan penting karena begitu banyak kita temui tumpang tindihnya pekerjaan yang disebabkan tidak adanya koordinasi, kendati keseluruhannya itu dapat disinkronkan, diatur demi tujuan dan kepentingan bersama.

Dari apa yang dikemukakan di atas terlihat bahwa koordinasi merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam pencapaian kebijakan pelayanan yang diberikan oleh aparatur Pemerintah, sehingga masyarakat akan merasakan manfaatnya. Dengan adanya koordinasi yang baik

diharapkan apa yang sudah direncanakan akan mencapai hasil yang memuaskan serta menghilangkan tumpang tindih kinerja dan kecerobohan.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan maka perlu diterapkan prinsip *management cared* yaitu pemberian manfaat pelayanan kesehatan yang terkendali mutu dan biaya. Terkendali mutu menyangkut kualitas pelayanan kesehatan, sedangkan kendali biaya menyangkut pengelolaan dana yang efektif dan efisien, transparan dan akuntabel. Oleh karena itu perlu dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap implementasi program yang sedang dijalankan agar berdaya guna dan berhasil guna. Pembahasan monitoring dan evaluasi implementasi dapat dilakukan dengan melihat variable-variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan dan kegagalan implementasi kebijakan yaitu variable komunikasi, sumber daya, disposisi atau sikap pelaksana dan struktur birokrasi (Georg C. Edward III, *Implementing public policy*) (Kania Damayanti, 2008).

World Health Organization (WHO) merumuskan monitoring adalah suatu proses pengumpulan dan menganalisis informasi dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara reguler untuk melihat apakah kegiatan atau program berjalan sesuai rencana sehingga masalah yang dilihat atau ditemui dapat diatasi. Sedangkan

evaluasi sebagai suatu proses dari pengumpulan dan analisis informasi mengenai efektivitas dan dampak suatu program dalam tahap tertentu sebagai bagian atau keseluruhan dan juga mengkaji pencapaian program. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilakukan selama dalam melakukan program atau kegiatan yang berlangsung.

2.4 Efektifitas Pelayanan Kesehatan

Efektivitas berasal dari kata efektif yang berarti terjadinya suatu efek atau akibat yang dikehendaki dalam sesuatu perbuatan (Ensiklopedi Administrasi, 1989:149). Berkaitan dengan konsep tersebut, The Liang Gie (1988:34) berpendapat bahwa :

"Efektivitas merupakan keadaan yang mengandung pengertian mengenai terjadinya suatu efek atau akibat yang dikehendaki. Kalau seseorang melakukan suatu perbuatan dengan maksud tertentu yang dikehendaki, maka perbuatan itu dikatakan efektif kalau menimbulkan akibat atau mencapai maksud sebagaimana yang dikehendaki."

Efektif dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti dapat membawa hasil, berhasil

guna. Efektifitas diartikan atau dipahami sebagai konsep yang mengarah pada hasil. Kata efektif seringkali dikaitkan dengan pengertian efisien. Padahal kedua konsep ini memiliki arti yang berbeda, meskipun satu rangkaian yang tidak terpisahkan. Efektif berarti tujuan tercapai, sedangkan efisien berarti melihat kepada proses pencapaian tujuan.

Georgopoulos dan Tenenbaum (Richard M. Steers, 1985:20) berpendapat bahwa konsep efektivitas kadang-kadang disebut sebagai keberhasilan yang biasanya digunakan untuk menunjukkan pencapaian tujuan. Chester I. Barnard (dalam Gibson, 1994:27), mendefinisikan efektivitas sebagai pencapaian sasaran yang telah disepakati atas usaha bersama. Tingkat pencapaian sasaran itu menunjukkan tingkat efektivitas. Dalam hal ini Emerson (dalam Handayani, 1985:16) menyatakan bahwa:

"Efektivitas ialah pengukuran dalam arti tercapainya sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Jelaslah bila sasaran atau tujuan telah tercapai sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal ini dikatakan efektif. Jadi apabila tujuan atau sasaran tidak sesuai dengan yang telah ditentukan, maka pekerjaan itu dikatakan tidak efektif".

Dalam hal ini Soewarno Handayani (1983:16) memberikan definisi efektivitas adalah pengukuran dalam arti tercapainya sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

Dari definisi tersebut, bahwa efektifitas dapat dilihat dari sudut sejauh mana organisasi berhasil mendapatkan sumber daya dalam usahanya mengejar tujuan strategi dan operasional (Steers, 1985: 205). Dalam hal ini Georgopoulos dan Tenenbaum (dalam Steers, 1985:50) yang meninjau efektivitas dari sudut pencapaian tujuan, berpendapat bahwa rumusan keberhasilan suatu organisasi harus mempertimbangkan bukan saja sasaran organisasi tetapi juga mekanisme mempertahankan diri dan mengejar sasarannya. Dengan lain perkataan, penilaian efektivitas harus berkaitan dengan masalah pencapaian tujuan-tujuan dan cara atau mekanisme melaksanakannya.

Untuk mengukur efektivitas pelayanan maka kita dapat melihatnya dari optimasi tujuan, perspektif sistematis dan perilaku pegawai dalam pengorganisasi. Dari konsep tersebut, indikator-indikator efektivitas pelayanan aparat adalah sebagai berikut :

a. Optimasi tujuan,

Efektivitas pelayanan dapat diukur dengan indikator optimasi tujuan yaitu bagaimana kita melihat pada pencapaian target kerja, apakah sesuai dengan yang telah direncanakan atau

tidak. Kita juga melihat apakah ada keluhan yang datang dari masyarakat tentang pelayanan yang sudah diberikan pegawai atau tidak, sebab adanya keluhan berarti menunjukkan tujuan organisasi belum tercapai sepenuhnya.

- b. Perspektif sistematika,
Indikator lain yang digunakan untuk mengukur efektivitas pelayanan adalah perspektif sistematika yaitu melihat pada kemampuan masing-masing pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan sesuai dengan kedudukannya dalam organisasi tersebut, apakah pegawai mampu mengerjakan tugasnya dengan kemampuan sendiri, apakah pegawai memiliki keterampilan atau keahlian khusus.
- c. Perilaku pegawai dalam pengorganisasian.
Indikator ketiga yang digunakan untuk mengukur efektivitas pelayanan adalah perilaku pegawai dalam pengorganisasian, yaitu bagaimana tingkat ketelitian pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya, baik ketelitian dalam hal kebersihan maupun tingkat kesalahan yang mungkin terjadi pada saat bekerja. Bagaimana kita melihat pada kecepatan dan ketepatan waktu pegawai dalam menyelesaikan pekerjaannya, bagaimana konsentrasi pegawai dalam bekerja.

Dari bermacam-macam pendapat di atas terlihat bahwa efektivitas lebih menekankan pada aspek tujuan dan cara mencapai tujuan. Jadi jika suatu tujuan yang telah ditetapkan tercapai dengan pendekatan-pendekatan yang telah disepakati, maka dapat dikatakan telah mencapai efektivitas. Dengan demikian efektivitas pada hakekatnya berorientasi pada pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya, melalui pelayanan-pelayanan yang diberikan.

Dalam hal ini Moenir (2000:vii) mengatakan bahwa pelayanan adalah kunci keberhasilan dalam berbagai usaha atau kegiatan yang bersifat jasa. Secara umum pelayanan yang efektif dapat berarti tercapainya tujuan pelayanan yang telah ditetapkan dan masyarakat merasa puas dengan pelayanan yang didapatnya.

Dalam kamus besar bahasa Indonesia, pelayanan diartikan dalam tiga defenisi yaitu; (1) perihal atau cara melayani, (2) servis, jasa, dan (3) kemudahan yang diberikan sehubungan dengan jual beli barang atau jasa. Moenir (2000:26-27) berpendapat bahwa pelayanan adalah kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan landasan faktor material melalui sistem, prosedur dan metode tertentu dalam rangka usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya. Kata pelayanan itu sendiri merupakan terjemahan dari istilah asing, yaitu

service. Menurut Thoha (1989:78) menyatakan bahwa pelayanan masyarakat merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh seseorang atau kelompok orang maupun suatu instansi tertentu untuk memberikan bantuan dan kemudahan pada masyarakat dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Suatu pelayanan akan dapat terlaksana dengan baik dan memuaskan apabila didukung oleh beberapa faktor :

1. Kesadaran para pejabat pimpinan dan pelaksana
2. Adanya aturan yang memadai
3. Organisasi dengan mekanisme sistem yang dinamis
4. Pendapatan pegawai yang cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup minimum
5. Kemampuan dan keterampilan yang sesuai dengan tugas/pekerjaan yang dipertanggungjawabkan
6. Tersedianya sarana pelayanan sesuai dengan jenis dan bentuk tugas/pekerjaan pelayanan (Moenir, 2000:123-124).

Dari pengertian di atas tersirat bahwa suatu pelayanan pada dasarnya melibatkan dua pihak yang saling berhubungan yaitu organisasi pemberi pelayanan di satu pihak dan masyarakat sebagai penerima pelayanan di pihak lainnya. Jika organisasi mampu memberikan pelayanan yang optimal dan memenuhi tuntutan dari masyarakat, maka dapat dikatakan organisasi tersebut telah mampu memberikan pelayanan yang memuaskan pada masyarakat (publik). Sebagaimana diketahui bahwa kegiatan pelayanan dalam suatu organisasi mempunyai peranan yang sangat strategis, terutama pada organisasi yang aktivitas pokoknya adalah pemberian jasa. Salah satu aktivitas pemberian jasa adalah pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat (Azwar, 1998). Pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat dilakukan dengan pelayanan yang bermutu.

Menurut Zeithaml dan Bitner (2000: 81), mutu pelayanan ditentukan oleh persepsi konsumen dalam dua hal; *Pertama*, persepsi mutu pelayanan dalam arti hasil teknis (*technical outcome*) yang diberikan oleh penyedia jasa. *Kedua*, mutu dalam arti hasil dari suatu proses jasa

(*outcomer process*) yang diwujudkan dalam bentuk bagaimana jasa itu itu diberikan.

Penilaian terhadap mutu pelayanan dilahirkan oleh perbandingan antara apa yang seharusnya diterima (*expectation*), sebagaimana yang pernah dirasakan dengan kinerja mutu pelayanan yang diterima (*performance*) (Kadir, 2000). Dari perbandingan tersebut maka mutu pelayanan pada prinsipnya adalah derajat atau tingkatan yang membedakan antara pengalaman menerima atau pelayanan dibandingkan dengan mutu pelayanan yang diterima. Menurut New south Wales Heath Department (1999) dalam Soejitno (2000) mutu pelayanan kesehatan meliputi; *safety, effectiveness, consumer participation, access* dan *efficiency*.

Dimensi-dimensi mutu pelayanan kesehatan tersebut pada prinsipnya adalah untuk melihat pencapaian keberhasilan pembangunan kesehatan, yang terdiri dari beberapa aspek:

1. Aspek *Quality*

Kualitas pelayanan kesehatan ditingkatkan dan jangkauan serta kemampuannya diperluas agar masyarakat terutama masyarakat kurang mampu dapat menikmati pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan terus memperhatikan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran secara serasi dan bertanggung jawab.

2. Aspek *Accesibility*

Hasil pembangunan kesehatan harus dapat memenuhi indikator *accessibility* (keterjangkauan) dalam arti bahwa setiap hasil kegiatan pembangunan kesehatan harus dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat dan terjangkau. Keterjangkauan ini meliputi:

- a. Keterjangkauan ekonomi, hasil kegiatan pembangunan kesehatan harus terjangkau secara ekonomi oleh masyarakat Aceh. Keterjangkauan ekonomi tersebut meliputi keterjangkauan harga pelayanan kesehatan baik pada pelayanan kesehatan individu maupun masyarakat;
 - b. Keterjangkauan fisik, yang dimaksud dengan keterjangkauan fisik adalah: kemudahan untuk mencapai sarana pelayanan kesehatan terdekat sehingga pembangunan bidang kesehatan tidak bisa terlepas dari pembangunan di sektor lain;
 - c. Keterjangkauan sosial, hasil pembangunan kesehatan harus dapat dimanfaatkan oleh seluruh komponen masyarakat tanpa memandang status sosialnya.
3. Aspek *Equity*
- Hasil pembangunan kesehatan harus dapat dimanfaatkan secara merata oleh seluruh masyarakat, artinya setiap anggota masyarakat mempunyai kesempatan yang sama untuk meningkatkan.

4. Aspek *Effectiveness* dan *Efficiency*

Efektivitas pembangunan kesehatan berarti bahwa pencapaian tujuan pembangunan kesehatan, yang berupa hasil (keluaran atau efek), telah sesuai dengan hasil perencanaan. Efisiensi pembangunan kesehatan berarti upaya mencapai tujuan pembangunan secara umum, dilaksanakan berdasarkan prinsip *cost containment*, termasuk meminimalkan biaya administrasi dan biaya birokrasi.

Pada hakikatnya, mutu pelayanan kesehatan akan berdampak pada kepuasan pasien. Pengertian kepuasan adalah suatu perasaan dimana keinginan dan harapan-harapan manusia terpenuhi. Menurut Gregory Pascoe (1983): "Kepuasan pasien adalah sesuainya harapan pasien dengan perlakuan yang diterimanya selama dalam perawatan". Sedangkan William Krowsinki dan Steven Steiber (1996) mendefinisikan kepuasan pasien sebagai "Evaluasi yang positif dari dimensi pelayanan yang spesifik dan didasari pada harapan pasien dan pelayanan yang diberikan oleh *provider*". Menurut kedua pendapat tersebut, kepuasan adalah ketika harapan dan kenyataan tidak mengalami kesenjangan. Semakin kecil kesenjangan, maka semakin besar kepuasan. Kepuasan seorang pasien terhadap pelayanan fasilitas kesehatan tidak terlepas dari apa yang diharapkan pasien. Harapan merupakan suatu

keyakinan sementara seseorang bahwa suatu tindakan tertentu akan diikuti oleh hasil atau tindakan berikutnya (Indrawijaya, 1986).

Menurut Wijono, 1999: 35) ada 8 (delapan) dimensi mutu pelayanan kesehatan yang dapat membantu pola pikir dalam menetapkan masalah yang ada untuk mengukur sampai sejauh mana telah dicapai standar dan efektivitas pelayanan kesehatan. Kedelapan dimensi mutu tersebut adalah:

1. Kompetensi teknis; kompetensi teknis terkait dengan keterampilan dan penampilan petugas, manager dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan.
2. Akses terhadap pelayanan kesehatan, akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan social, ekonomi, budaya, organisasi, dan hambatan bahasa.
3. Efektivitas mutu pelayanan kesehatan tergolong dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada. Menilai dimensi efektivitas akan tanggung jawab pertanyaan apakah prosedur atau pengobatan bila ditetapkan dengan benar akan menghasilkan hasil yang diinginkan. Bila memilih standar, *relative* resiko yang dipertimbangkan.

4. Hubungan antar manusia, adalah interaksi antar petugas dan pasien, manajer dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antara manusia yang baik menanamkan kepercayaan dengan cara menghargai, menjaga rahasia, responsif dan memberikan perhatian, mendengarkan keluhan, dan berkomunikasi secara efektif juga penting. Hubungan antara manusia yang kurang baik akan mengurangi efektivitas dan kompetensi teknis pelayanan kesehatan. Pasien yang diperlakukan kurang baik cenderung mengabaikan saran dan nasehat petugas kesehatan, atau tidak mau berobat ditempat tersebut.
5. Efisiensi, efisiensi pelayanan kesehatan merupakan dimensi yang penting dari mutu karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal dan memaksimalkan pelayanan kesehatan kepada pasien dan masyarakat. Petugas akan memberikan pelayanan yang baik sesuai dengan sumber daya yang dimiliki. Pelayanan yang tidak baik karena norma yang tidak efektif atau pelayanan yang salah harus dikurangi atau dihilangkan. Dengan cara ini mutu dapat ditingkatkan sambil menekan biaya serta

peningkatan mutu memerlukan tambahan sumber daya. Dengan menganalisis efisiensi, manajer program kesehatan dapat memilih interaksi yang *pig cost effective*.

6. Kelangsungan pelayanan, berarti klien akan menerima pelayanan yang lengkap sesuai yang dibutuhkan (termasuk rujukan) tanpa intrupsi, berhenti atau mengurangi prosedur diagnosa dan terapi yang tidak perlu. Klien harus mempunyai akses terhadap pelayanan rutin dan preventif yang diberikan oleh petugas kesehatan yang mengetahui riwayat penyakitnya. Kelangsungan pelayanan kadang dapat diketahui dengan cara klien tersebut mengunjungi petugas yang sama, atau dapat diketahui dari rekan medis secara lengkap dan akurat, sehingga petugas lain mengerti riwayat penyakit dan diagnosa serta pengobatan yang pernah diberikan sebelumnya, tidak adanya kelangsungan akan mengurangi efisiensi dan mutu hubungan antar manusia.
7. Keamanan, sebagai salah satu dimensi mutu, keamanan berarti mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan.
8. Kenyamanan, kenikmatan ini berhubungan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan tersedianya untuk kembali kefasilitas

kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

2.5 Jaminan Kesehatan Aceh

2.5.1 Dasar Hukum dan Ruang Lingkup JKA

Pada era tonomi daerah yang disertai dengan *desentralisasi* bidang kesehatan sebagai salah satu pelayanan dasar untuk mensejahterakan masyarakat di daerahnya. Hal tersebut sebagaimana termuat dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah disebutkan bahwa salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah provinsi, Kabupaten/Kota adalah urusan penanggulangan bidang kesehatan.

Pelaksanaan kewenangan bidang kesehatan tersebut adalah melakukan pengelolaan/penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian jaminan pemeliharaan kesehatan skala Provinsi (PP 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota)

Dengan kewenangan yang dimiliki oleh daerah, penanganan bidang kesehatan di berbagai daerah tentunya dimungkinkan berbeda-beda berdasarkan kondisi sosial-ekonomi suatu daerah, namun begitu tetap mengaju pada prinsip-prinsip dalam sistem jaminan sosial nasional.

Bagi Pemerintahan Aceh pada era desentralisasi dan era otonomi khusus, penanganan urusan wajib bidang kesehatan telah diamanatkan dalam Pasal 224 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh, menyebutkan bahwa "*Setiap penduduk Aceh mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal*", dan Ayat (2) "*Setiap penduduk Aceh berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungan*". Melakukan terobosan di bidang kesehatan dengan menerapkan program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA).

JKA adalah penggabungan dua bentuk jaminan sosial yaitu asuransi sosial dan bantuan sosial. JKA menganut konsep pelayanan kesehatan semesta yang berlaku bagi setiap penduduk Aceh untuk mamfaat pelayanan yang menyeluruh tanpa memandang kondisi ekonomi-sosial, jenis kelamin, usia yang diberikan tanpa diskriminasi (*Universal Health Coverage*).

Dalam cakupan *Universal Coverage* tersebut, setiap warga Aceh memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan baik bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang bermutu dan dibutuhkan dengan biaya yang terjangkau. Hal ini sesuai dengan konsep *Universal Coverage* yang disebutkan oleh *World Health*

Organization (WHO, 2005) bahwa elemen inti cakupan *universal* haruslah mencakup (1) akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga; dan (2) perlindungan resiko financial saat menggunakan pelayanan kesehatan.

JKA efektif berlaku pada 1 Juni 2010, diselenggarakan oleh PT Askes Persero berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Aceh Nomor 440/185/2010 tentang penugasan PT. Askes (Persero) sebagai pengelola Manajemen Jaminan Kesehatan Aceh (JKA). Yang dituangkan dalam Perjanjian Kerjasama Pemerintah Aceh dengan PT. Askes (Persero) Nomor 09/PKS/2010 dan Nomor 154/KTR/0610 tanggal 1 Juni 2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Aceh. Dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan program JKA mengaju pada Pedoman Pelaksana JKA (SK Gubernur Aceh No. 420/483/2010 tanggal 3 Agustus 2010).

Program JKA bertujuan menjamin pelayanan kesehatan tanpa diskriminasi bagi seluruh penduduk Aceh dalam rangka meningkatkan produktifitas dan kesejahteraan untuk investasi SDM Aceh masa depan.

Tujuan JKA tersebut diwujudkan melalui menjamin akses pelayanan bagi seluruh penduduk Aceh 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 mereformasi sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan di Aceh secara bertahap. Peserta Program JKA adalah setiap penduduk Aceh yang memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Aceh dan/atau Kartu Keluarga Aceh (KK).

JKA pada tahap awal berlaku bagi seluruh penduduk Aceh terutama yang belum memiliki jaminan kesehatan. Pelayanan Kesehatan melalui JKA selain berlaku di Aceh, Juga berlaku di luar Aceh dalam wilayah Indonesia dalam hal penduduk Aceh/Peserta mengalami gawat darurat (*emergency case*) dalam perjalanan di dalam NKRI . Pelayanan Kesehatan JKA diberikan pada setiap fasilitas kesehatan milik pemerintah

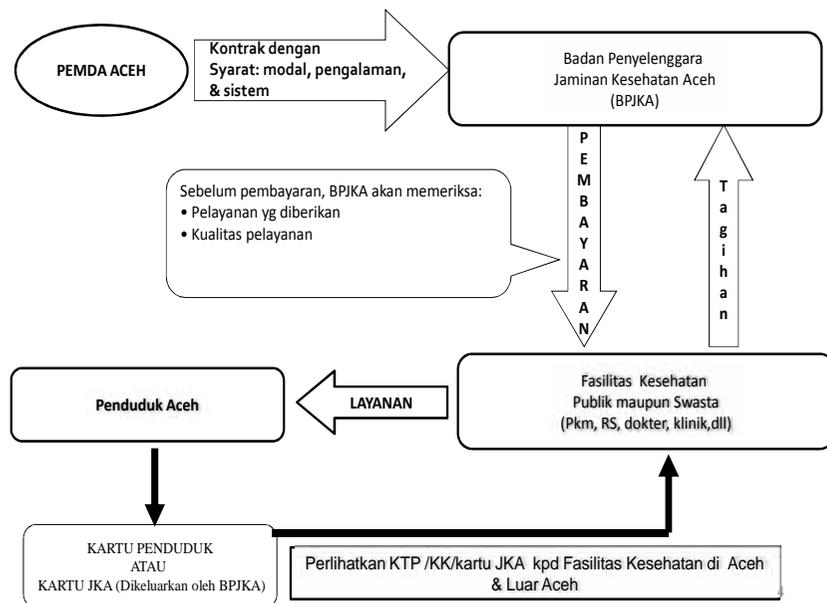
Program JKA pada tahun pertama masih memprioritaskan porsinya kepada upaya-upaya kuratif dan rehabilitatif, meskipun tidak mengabaikan domain preventif dan promotif (hal ini diperlukan karena kedepan untuk terus menerus mendorong upaya-upaya kesehatan masyarakat agar gaya hidup sehat menjadi budaya bagi masyarakat Aceh).

Bagi peserta JKA akan mendapatkan mamfaat untuk jenis dan metode pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya kecuali pelayanan kesehatan yang bersifat kosmetika atau akibat bencana yang mempunyai sumber

pembiayaan tersendiri. Selain itu dalam hubungannya akselerasi *Milinium Development Goals* (MDGs), JKA memberikan perhatian khusus kepada ibu hamil dan dan ibu bersalin, JKA menjamin sepenuhnya pelayanan *Antenatal Care* (ANC) dan *Post Antenatal Care* (PNC) oleh bidan desa dan Puskesmas.

Pelaksanaan JKA dapat digambarkan dalam diagram grand desain (bagan 1) sebagai berikut:

Bagan 1
Grand Desain JKA



Grand Design Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) merupakan alur perjalanan JKA. Pelaksanaan JKA dapat dikelola oleh pihak ketiga. Pengelola JKA wajib melaksanakan kontrak dengan memenuhi syarat yang diajukan Pemda Aceh. Syarat tersebut mencakup modal, pengalaman dan memiliki sistem yang mumpuni. Pengelola JKA dalam hal ini disebut sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Aceh (BPJKA). BPJKA akan melaksanakan pembayaran jaminan kesehatan. Sebelum membayar jaminan kesehatan, BPJKA akan memeriksa pelayanan kesehatan dan kualitas kesehatan yang diberikan kepada pengguna JKA. Seluruh tagihan fasilitas kesehatan publik maupun swasta ditujukan kepada BPJKA. JKA diperuntukkan bagi penduduk Aceh yang memiliki Kartu Tanda Penduduk ataupun yang memiliki Kartu JKA. Penduduk Aceh atau pemilik Kartu JKA dapat menerima pelayanan kesehatan di rumah sakit, Pusat Kesehatan Masyarakat, dokter, klinik yang terdaftar dalam JKA dengan menunjukkan KTP atau kartu bagi yang belum memiliki KTP.

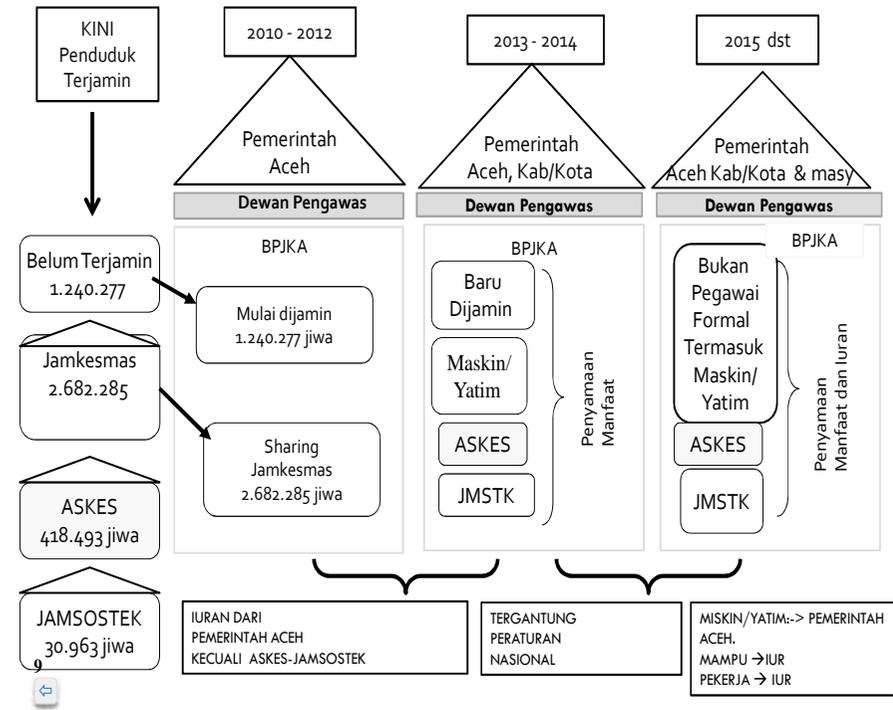
2.5.2 Kepesertaan JKA

JKA berlaku bagi seluruh warga Aceh yang berdomisili di Aceh dibuktikan dengandan kartu tanda penduduk (KTP) Aceh dan/atau kartu keluarga (KK), dan peserta Jamkesmas. Dengan ketentuan tidak berlaku bagi peserta Askes Sosial,

Pejabat Negara yang iuranya dibayar Pemerintah dan peserta jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) Jamsostek.

Dengan demikian peserta JKA dapat digolongkan dalam dua jenis yaitu: dan peserta JKA Non-Jamkesmas dan peserta JKA Jamkesmas. Peserta JKA non Jamkesmas adalah diperuntukkan bagi penduduk Aceh yang tidak terjamin melalui asuransi kesehatan lain dan didanai oleh APBA. Sedangkan peserta JKA Jamkesmas adalah peserta yang diperuntukkan bagi golongan miskin sebagaimana kriteria ditetapkan oleh Jamkesmas yang sumber dananya berasal dari APBN. Peserta JKA Jamkesmas berhak mendapatkan JKA melalui integrasi pembiayaan kesehatan antara APBN dan APBA. Skenario kepesertaan JKA dapat diperhatikan pada skema (bagan.2) dibawah ini:

Bagan 2
Skenario Kepesertaan dan Iuran JKA



Sumber: Dinkes Aceh.2010

Skema di atas menggambarkan skenario kepesertaan dan iuran JKA. Pada periode tahun 2010 – 2012 Badan Penyelenggara JKA mulai menjamin kesehatan masyarakat Aceh sebanyak 1.240.277 jiwa. Pada periode 2010- 2012 BPJSKA juga melaksanakan *sharing* Jamkesmas terhadap 2.682.285 jiwa. Pelaksanaan JKA ini diawasi oleh Dewan Pengawas dan dibiayai oleh Pemerintah

Aceh, kecuali Askes dan Jamsostek. Jumlah pengguna Askes pada tahun ini sebanyak 418.493 jiwa dan pengguna Jamsostek sebanyak 30.963 jiwa.

Pada periode tahun 2013 – 2014 BPJKA melaksanakan JKA terhadap masyarakat yang baru dijamin kesehatannya, masyarakat miskin atau yatim, pengguna Askes, dan pengguna Jamsostek. Hal ini diupayakan untuk penyamaan manfaat. Pelaksanaan JKA pada periode ini juga diawasi oleh Dewan Pengawas dan dibiayai oleh Pemerintah Provinsi Aceh, Pemerintah Kabupaten dan Kota.

Pada periode tahun 2015 dan seterusnya, diharapkan BPJKA mampu menyerap lebih banyak pengguna JKA. Pengguna JKA pada periode ini adalah masyarakat yang bukan pegawai formal, masyarakat miskin atau yatim, pengguna Askes, dan pengguna Jamsostek. Pelaksanaan JKA pada periode ini juga diawasi oleh Dewan Pengawas dan dibiayai oleh Pemerintah Provinsi Aceh, Pemerintah Kabupaten dan Kota serta dari masyarakat. Iuran JKA dipungut kepada masyarakat yang mampu dan masyarakat yang telah bekerja.

Kewajiban Peserta Jaminan Kesehatan Aceh

1. Setiap kepala keluarga atau perorangan dewasa yang merupakan penduduk Aceh wajib mendaftarkan diri kepada kepala desa setempat dengan mengisi formulir seperti

terlampir dalam Pedoman Pelaksanaan (Manlak)

2. Apabila penduduk tersebut pada butir 1 belum memiliki KTP/KK, maka penduduk wajib menghubungi kantor desa/kelurahan terdekat untuk mendapatkan KTP/KK
3. Sebelum diterbitkan kartu JKA, setiap penduduk yang berobat wajib membawa KTP dan KK
4. Peserta Jamkesmas wajib membawa kartu Jamkesmas karena tidak ada perbedaan layanan peserta Jamkesmas dengan peserta yang non jamkesmas.
5. Setiap peserta yang telah memiliki kartu JKA wajib membawa kartu tersebut kemanapun ia berpergian yang dapat digunakan untuk berobat jika sewaktu-waktu digunakan.
6. Setiap peserta wajib melaporkan perubahan status kependudukan (lahir, kawin, dan mati) dan alamat tempat tinggal kepada kantor Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Aceh (BPJKA)/kepala desa terdekat. Apabila tidak melapor, maka peserta dapat tidak dilayani atau melengkapinya prosedur yang panjang karena tidak terdaftar pada fasilitas kesehatan yang bersangkutan.
7. Setiap peserta wajib mematuhi peraturan penggunaan kartu JKA seperti keharusan berobat secara berjenjang dari fasilitas atau pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer

- sampai rujukan ke tingkat tersier/tertinggi 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 risiko 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 mencegah dari penyakit yang berat yang menghilangkan produktifitas dan meningkatkan kualitas sumber daya 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 segera secara efektif dan efisien.
 11. Setiap peserta yang meminta pelayanan khusus, obat bermerek 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 kesehatan primer, peserta wajib membayar seluruh biaya berobat tersebut.

13. Setiap peserta wajib memberi informasi atau keterangan yang sebenarnya dalam survei, 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).

Hak Peserta Jaminan Kesehatan Aceh adalah sebagai berikut:

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 yang 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 RS yang lebih lengkap berhak mendapat bantuan transportasi ambulan atau penggantian biaya transportasi untuk pengobatan di dalam negeri.
4. Untuk mendapatkan layanan ambulan atau penggantian biaya transportasi pada butir 3 diatas, peserta harus mengisi formulir khusus yang disediakan dengan jujur dan benar.

2.5.3 Pembiayaan JKA

Pendanaan program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Aceh (APBA) yang bersumber dari alokasi dana otonomi khusus. Pada tahun 2010 adalah sebesar Rp. 241,965.073.000 Miliar untuk jangka waktu pelayanan 7 bulan terhitung 1 Juni sampai 1 Desember 2010. Alokasi dana JKA dimanfaatkan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan langsung sebesar 85 persen dan pembiayaan tidak langsung sebesar 10 persen, dan biaya operasional Badan Penyelenggara JKA (PT. Askes Persero) sebesar 5 persen.

Mekanisme pembiayaan dan pembayaran dana kepada fasilitas kesehatan menggunakan sistem kapitasi Puskesmas dan pengajuan klaim pelayanan rumah sakit umum daerah (RSUD).

2.5.4 Jenjang Pelayanan JKA

Jenjang pelayanan yang ditanggung JKA adalah mulai dari pemeriksaan kesehatan dan pelayanan kesehatan dasar dan penunjang sederhana di Puskesmas sampai ke rumah sakit umum daerah. Pelayanan kesehatan dimulai dari:

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama terdiri dari: (1) Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan (2) Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP). Untuk jenis pelayanan kesehatan tersebut

diberikan oleh fasilitas puskesmas atau dokter keluarga/dokter gigi serta bidan untuk persalinan.

2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan, terdiri dari :

Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan terdiri dari: (1) Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), dan (2) rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL). Pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pemerintah di Aceh maupun rumah sakit diluar rujukan di luar Aceh.

3. Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan keadaan gawat darurat (emergency), peserta JKA dapat memberikan pelayanan gawat darurat fasilitas kesehatan di wilayah Aceh

4. Pelayanan Rujukan

5. Pelayanan Persalinan

6. Pelayanan Darah

7. Pelayanan pemeriksaan penunjang alat khusus

8. Pelayanan alat-alat kesehatan

Terhadap pelayanan kesehatan JKA tersebut dapat diperoleh di Puskesmas, Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus, Balai Pengobatan Penyakit Paru (BP4), Balai Labotarium Kesehatan, Labotarium kesehatan Daerah, Apotek, Optikal, Unit Transfusi Darah (UTD) atau PMI, Dan fasilitas pelayanan lainnya yang ditunjuk oleh

PT.Askes (Persero), transportasi rujukan gawat darurat bagi peserta JKA dari kepersertaan. Fasilitas kesehatan penyedia layanan di Aceh maupun yang luar Aceh wajib ada ikatan kerja sama dengan Badan Pelaksana JKA. Pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan yang belum ada ikatan kerja sama dengan Badan Pelaksana JKA dapat dibenarkan sesuai dengan mekanisme yang diatur dalam Manlak JKA, atau pengaturan teknis oleh kepala Dinas Kesehatan Aceh (Laporan Pelaksana dan Progres;2010).

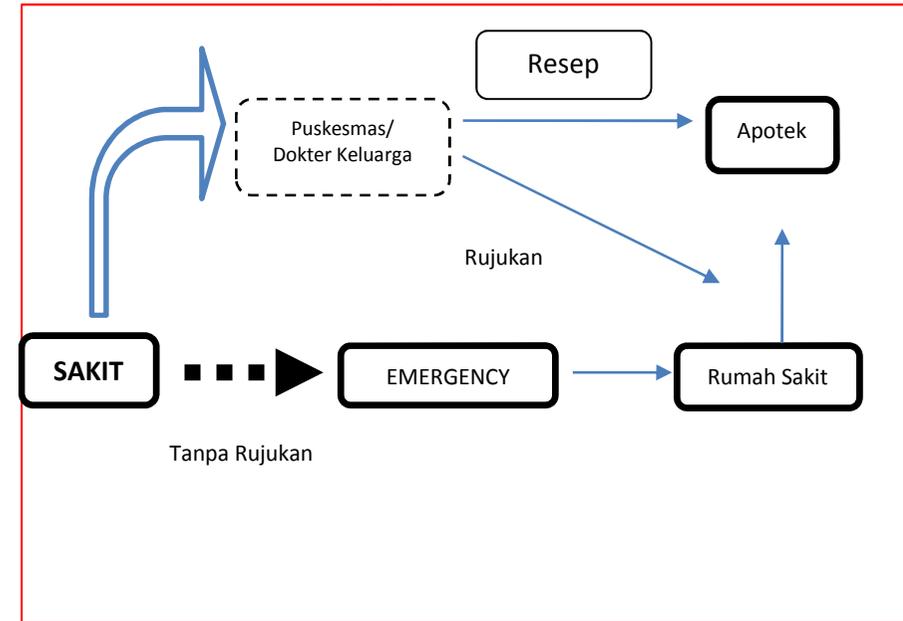
2.5.5 Prosedur Layanan JKA

Prosedur pelayanan kesehatan JKA berlaku pelayanan terstruktur dan berjenjang dengan berlaku pelayanan rujukan. Terstruktur dan berjenjang dilakukan mulai dari Fasilitas Kesehatan tingkat pertama sampai ke fasilitas kesehatan lanjutan. Diberikan mulai dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITP). Fasilitas RITP diberikan pada kelas III.

Prosedur pelayanan rujukan dimulai dari pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya. Apabila hasil diagnosis dokter di Puskesmas menunjukkan diperlukan tindakan pelayanan rujukan ke Tingkat Pertama (di RSUD kabupaten/kota), maka akan dirujuk dengan surat rujukan. Kemudian, apabila hasil pertimbangan

medis RSUD Kabupaten/Kota harus dirujuk lebih lanjut, peserta akan dirujuk ke RSUD dr. Zainoel Abidin di Banda Aceh, Medan, dan Jakarta. Prosedur layanan JKA dapat diperhatikan pada Skema (bagan. 3) di bawah ini:

Bagan 3.
Alur Pelayanan JKA



2.5.6 Pengorganisasian JKA

Pengorganisasian 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 (SKPA) bidang kesehatan yang bertanggung jawab kepada Gubernur Aceh. Tim Koordinasi berfungsi sebagai regulator dalam penyelenggaraan JKA. Tim Pengawas berfungsi untuk menjaga dan menjamin kelancaran dan kesesuaian pelaksanaan JKA di fasilitas kesehatan dalam memberikan manfaat pelayanan kepada masyarakat.

Keanggotaan Tim Koordinasi Provinsi terdiri dari Gubernur (Pengarah), Sekretaris Daerah (Ketua), Kadis Kesehatan Aceh (Wakil Ketua), Kepala PT Askes (Persero) Regional I (Sekretaris), dan Anggota terdiri dari Ketua Komisi F DPR, Kepala Biro Hukum Setda Aceh, Kepala Bappeda, Kepala Dinas DPKKA, Direktur RSUZA, Akademisi, Staf Ahli Gubernur Bidang Kesehatan, Kepala PT Askes (Persero) Cabang Banda Aceh. Dalam pelaksanaan tugasnya Tim Koordinasi membentuk Tim Sekretariat yang terdiri unsur Dinas Kesehatan Aceh dan unsur PT Askes (Persero).

Keanggotaan Tim Koordinasi di Kabupaten/Kota terdiri dari Bupati/Walikota (Pengarah), Sekretaris Daerah (Ketua), Kepala Dinas Kesehatan (Wakil Ketua), Kepala Cabang PT Askes (Persero) (Sekretaris), dan Anggota terdiri dari Ketua Komisi Bidang Kesehatan DPRK/Kota, Ketua Bappeda, Direktur RSUD dan unsur PT Askes Persero.

Untuk keanggotaan Tim Pengawas Provinsi terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Aceh (Ketua),

dan anggota pengawas medik masing-masing 1 (satu) orang terdiri dari perwakilan Dewan Pimpinan Manajemen PT Askes (persero), Ikatan Dokter Indonesia, Persatuan Dokter Gigi Indonesia, Persatuan Perawat Nasional Indonesia, dan Ikatan Bidan Indonesia dan anggota pengawas non medik masing-masing 1 (satu) orang terdiri dari perwakilan Inspektorat Aceh, tokoh masyarakat, LSM bidang kesehatan, perwakilan Tim Anti Korupsi (TAKPA), dan organisasi wartawan. Sedangkan Tim Pengawas tingkat Kabupaten/Kota juga serupa, hanya berbeda susunan Anggota Pengawas Non Medik yang hanya terdiri dari LSM bidang kesehatan dan tokoh masyarakat. Selain itu juga dibentuk Tim Pengawas tingkat Kecamatan sebanyak 2 (dua) orang.

Selain Tim Koordinasi dan Tim Pengawas dimuka, untuk mengelola penyelenggaraan JKA, Pemerintah Aceh menunjuk PT Askes (Persero) sebagai Badan Penyelenggara JKA (BPJKA). BPJKA mempunyai tugas dan fungsi meliputi manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen keuangan.

Penunjukan PT Askes (Persero) melalui Keputusan Gubernur Aceh Nomor 440/185/2010 tentang Penugasan PT. Askes (Persero) sebagai Pengelola Manajemen JKA. Kemudian disertai dengan perjanjian kerjasama antara Pemerintah Aceh dan PT Askes (Persero) Nomor 09/PKS/2010-

154/KTR/0610 tanggal 1 Juni 2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Aceh.

Bila dilihat dari struktur pengorganisasian penyelenggaraan JKA dapat dikatakan referesentatif. Hal tersebut terlihat dari keterlibatan berbagai unsur-unsur organisasi baik dari Pemerintah Aceh, DPRA, BUMN Asuransi, LSM, Lembaga profesi kesehatan, tokoh masyarakat dan perwakilan wartawan. Beragamnya unsur-unsur organisasi yang terlibat disertai dengan kompleksnya pekerjaan masing-masing di instansi asalnya. Diantara unsur-unsur pengorganisasian program JKA membutuhkan koordinasi yang efektif dan efisien serta saling bersinergis. Hal ini karena koordinasi merupakan salah satu elemen penting yang menyatukan bagian-bagian dalam pengorganisasian JKA dalam rangka pencapaian tujuan program JKA. Pelaksanaan koordinasi program JKA yang melibatkan hubungan antar individu, kelompok dan unit dalam organisasi JKA hanya dapat dilakukan melalui penggunaan metode atau mekanisme yang sesuai kebutuhan.

2.5.7 Pemantauan dan Evaluasi JKA

Pemantauan bertujuan untuk mendapatkan kondisi kesesuaian rencana dengan pelaksanaan. Sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan.

Ruang lingkup pemantauan meliputi: (a) Manajemen kepesertaan yang meliputi

pembentukan master file, kepemilikan kartu JKA, dokumentasi peserta dan penanganan keluhan; (b) Manajemen pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan peserta; (c) dan manajemen keuangan meliputi jadwal pembayaran fasilitas kesehatan, kecukupan biaya JKA dan pertanggungjawaban keuangan.

Pemantauan dan evaluasi tersebut dilakukan melalui mekanisme: (a) Pertemuan dan Koordinasi; (b) Analisa laporan; (c) Kunjungan lapangan; (d) Survey dan Kajian; (e) Penanganan Keluhan; (f) dana laporan media massa.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan oleh tim pengawas baik ditingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota serta Kecamatan. Tim Pengawas bertugas melakukan pengawasan rasionalisasi terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta, melakukan pengawasan manajemen kepesertaan, penanganan keluhan dan pelayanan kesehatan kepada peserta, serta menyampaikan hasil pengawasan kepada koordinasi.

Pengorganisasian tim pengawas ini berada di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota. Tim Pengawas Provinsi diketuai oleh Kepala Dinas Kesehatan Aceh, dengan anggota terdiri dari unsur pengawas Medik dan Pengawas Non Medik yang diangkat oleh Gubernur Aceh. Tim Pengawas tingkat Kabupaten/kota diketuai oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan anggota terdiri

dari tim pengawas medik dan non medik diangkat oleh Bupati/Walikota. Tim pengawas pada tingkat Kecamatan sebanyak 2 orang yang pengangkatannya dilakukan oleh Camat.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan melihat capai-capaian indikator input, indikator proses dan indikator output. Indikator-indikator tersebut terdiri dari:

a. Indikator *Input*

1. Tersedianya data base kepesertaan.
2. Tersedianya jaringan fasilitas kesehatan.
3. Tersedianya Pedoman Pelaksanaan (Manlak).
4. Adanya Tim Koordinasi tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
5. Adanya Tim Pengawas tingkat propinsi, kabupaten/kota dan kecamatan.
6. Tersedianya dana APBA untuk penyelenggaraan JKA.
7. Adanya Badan Penyelenggara JKA.
8. Tersedianya sistem informasi manajemen JKA.

b. Indikator *Proses*

1. Terlaksananya validasi dan pemutakhiran data kepesertaan.
2. Terlaksananya pelayanan kesehatan yang terkendali mutu dan biaya.

3. Terlaksananya verifikasi pertanggung jawaban pemanfaatan dana JKA di fasilitas kesehatan.
4. Terlaksananya penyampaian pertanggungjawaban pemanfaatan dana dari fasilitas kesehatan.
5. Terlaksananya pelaporan penyelenggaraan JKA secara periodik.
6. Terlayannya peserta JKA di seluruh fasilitas kesehatan.

c. Indikator *Output*

1. Tersedianya data base kepesertaan
2. Hasil survey kepuasan peserta dan fasilitas kesehatan JKA
3. Tidak ada penolakan peserta JKA yang membutuhkan pelayanan kesehatan
4. Keluhan peserta dapat ditindaklanjuti
5. Tersedianya data dan informasi penyelenggaraan JKA
6. Terpenuhinya kebutuhan dana dalam penyelenggaraan JKA
7. Angka utilisasi rawat jalan primer sekitar 15-20 % dari peserta per bulan
8. Angka rujukan rawat jalan tingkat pertama maksimal 20 % dari angka kunjungan atau 4% dari jumlah penduduk.
9. Angka rawat inap 5% dari total peserta per tahun

10. Rata-rata lama perawatan di RS 6 hari kecuali penderita psikiatri yang dirawat.
11. Tingkat kepuasan peserta minimal 75%
12. 95% ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dan bersalin dengan pertolongan tenaga kesehatan terlatih dan
13. 100% ibu hamil berisiko tinggi dirujuk dan tertangani dengan baik oleh dokter spesialis obstetri.

BAB III METODE KAJIAN

3.1. Metode Kajian

Kajian ini merupakan kajian yang akan mengevaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), pendekatan yang digunakan adalah diskriptif-evaluatif. Kajian dilakukan secara proporsional di tiga kabupaten/kota di Provinsi Aceh, dengan mempertimbangkan heterogenitas, sosial budaya, fisik dan geografis, potensi sumber daya, dan pemerintahan. Data diperoleh melalui teknik pengumpulan data utama, yaitu Wawancara, *Focus Group Discussion* (FGD) dan Dokumentasi. Wawancara dilakukan terhadap pejabat Pemda dan PT Askes (Persero) yang berkompeten dalam menentukan pelaksanaan program JKA. Melalui metode *focus group discussion* (FGD) diharapkan dapat diperoleh data yang jauh lebih lengkap. Dengan melibatkan berbagai pimpinan instansi terkait seperti Pemerintah Daerah (Dinas Kesehatan), PT Askes, DPR Aceh, LSM, kalangan akademisi, dan pelaksana pelayanan kesehatan (PPK) seperti Puskesmas dan Rumah Sakit, Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Aceh, Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) Aceh, Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Aceh, dan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Aceh.

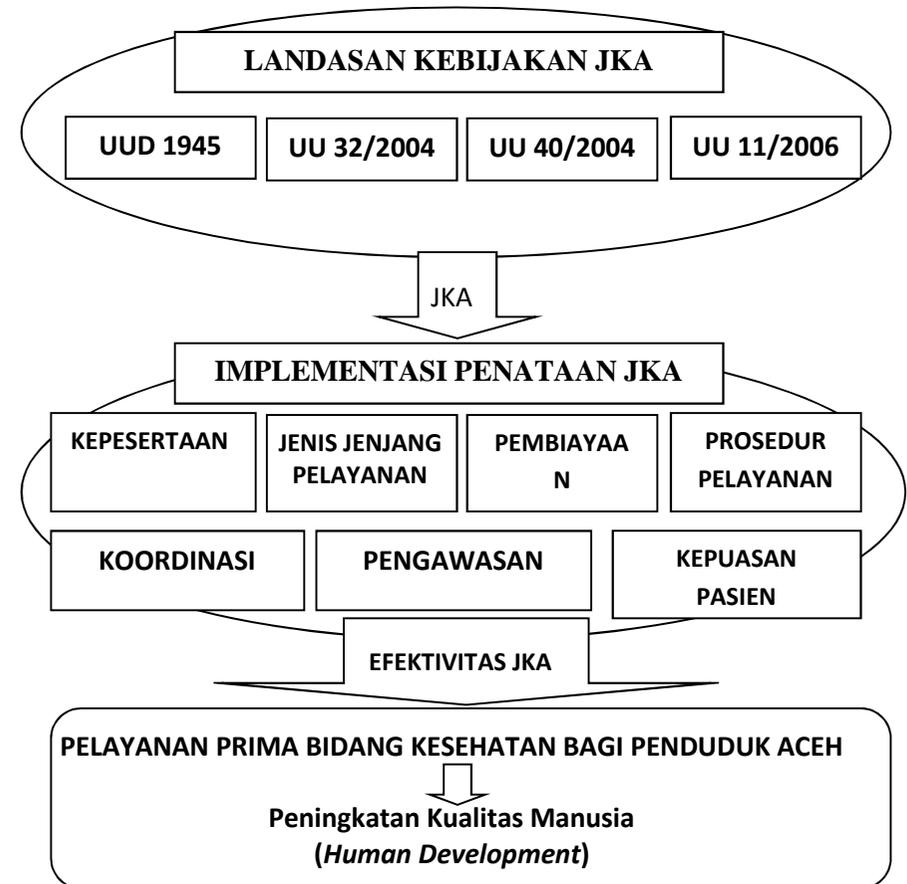
Dokumentasi yang dikumpulkan adalah berbagai undang-undang dan peraturan yang

terkait dengan Kesehatan, Basis Data Daerah, kabupaten/kota dalam Angka, Renstrada, Renstra Dinas Kesehatan, Manlak JKA Perjanjian Kerjasama Pemerintah Aceh dengan PT.Askes tentang pelaksanaan JKA, laporan tahunan progres pelaksanaan JKA, serta data resmi lainnya. Telaah dokumen akan dilakukan pada saat awal kajian, ketika pengumpulan data dan pada saat interpresentasi data⁶.

Dalam pelaksanaannya, kajian ini memungkinkan penggunaan metode kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif untuk mendiskrifkan faktor pendukung dan penghambat efektifitas pelaksanaan JKA, penggalian datanya menggunakan hasil wawancara dan *fokus group discussion*. Pendekatan kuantitatif untuk mendapatkan penilaian pasien JKA datanya menggunakan data hasil isian quisioner pasien JKA. Analisis kualitatif dilakukan dengan menelaah data, membaginya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesa, mencari pola, dan menemukan apa yang penting untuk dipelajari dan dilaporkan. Penelitian ini tidak mencakup seluruh aspek dan tingkat penyelenggaraan JKA, hanya menyangkut pada efektifitas pelaksanaan JKA di lapangan.

Berikut kerangka kerja yang akan dikembangkan dalam kajian ini adalah sebagai berikut (bagan 3):

Bagan 3
Kerangka Kajian JKA



⁶ Efektifitas Fungsi Auxiliary Service di Pemerintahan Daerah. PKP2A I LAN

3.2. Lokasi dan Waktu Kajian

Kajian ini mengambil lokus pada 3 (tiga) Kabupaten/Kota yaitu Kabupaten Aceh Barat, Kabupaten Aceh Tengah dan Kota Banda Aceh. Pemilihan ketiga lokus kajian dengan mempertimbangkan aspek Geografis dan aspek tipe RS. Untuk aspek geografis yaitu melihat jarak strategis dan referesentatifnya lokus kajian dengan wilayah Kabupaten/Kota disekitarnya. Dan aspek tipe RS yaitu menyangkut ketersediaan fasilitas infrastruktur dan SDM kesehatan pada lokus kajian yang memadai. Berdasarkan pertimbangan tersebut wilayah Kota Banda Aceh yang memiliki RSU tipe A dan menjadi Rumah Sakit rujukan untuk seluruh Aceh (*top referral*). Kabupaten Aceh Barat yang mempunyai RSUD tipe B dan merupakan refresentatif fasilitas kesehatan diwilayah pantai barat-selatan yang melayani masyarakat dari dari lima kota yaitu Meulaboh, Aceh Jaya, Nagan Raya, Abdya dan Tapaktuan. Kabupaten Aceh Tengah yang mempunyai RSUD tipe C merupakan referesentatif fasilitas kesehatan untuk Aceh Tengah yang melayani masyarakat dari Kabupaten Bener Meriah dan Kota Takengon.

Pelaksanaan kajian JKA ini selama 8 (Delapan) bulan terhitung mulai April s/d November 2011. Dimulai dari proses Penyusunan Kerangka Acuan (ToR), Penyusunan Riset Desain dan Penyusunan Instrumen, Penggalan Data

Lapangan, Analisis Data, dan Penyusunan Laporan Hasil Kajian.

3.3. Jenis dan Sumber Data

Data dalam kajian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer dapat berupa kuantitatif dan kualitatif. Data primer kualitatif adalah berupa berbagai pernyataan, pendapat, saran dan rekomendasi dari penyelenggara JKA menyangkut efektifitas pelaksanaan koordinasi, efektifitas pemantauan dan evaluasi pelaksanaan JKA. Sedangkan data primer kuantatif adalah berupa penilaian, pendapat dan saran pasien JKA terhadap kualitas pelayanan kesehatan JKA.

Data sekunder adalah data pendukung bagi data primer berupa catatan atau naskah tertulis yang berkaitan dengan pelaksanaan program JKA. Data skunder dapat diperoleh dan dipelajari dari Pedoman Pelaksanaan JKA (Manlak), Perjanjian Kerjasam Pemerintah Aceh dengan PT.Askes tentang pelaksanaan JKA, laporan tahunan progres pelaksanaan JKA, media massa, serta literatur-literatur lainnya yang relevan dengan kajian ini.

3.4. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara dilakukan untuk menggali data berkenaan pernyataan, pendapat, saran atau rekomendasi dari Narasumber penyelenggara JKA. Narasumber JKA terdiri dari:

1. Unsur Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, Kabupaten Aceh Barat dan Kabupaten Aceh Tengah;
2. Direktur RSUD dr. Zainal Abidin, RSUD Cut Nyak Dien Meulaboh dan RSUD Datu Beru Takengon;
3. Pimpinan Kantor PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh, Pimpinan Kantor PT.Askes (Persero) Cabang Meulaboh dan Pimpinan perwakilan PT. Askes Takengon;
4. Kepala Puskesmas terpilih sebagai representatif di Kota Banda Aceh, Kabupaten Aceh Barat dan Kabupaten Aceh Tengah.

b. Diskusi Mendalam (*Focus Group Discussion*)

Fokus Group Discusioan dilaksanakan di tingkat Provinsi Aceh, dengan narasumber terdiri dari unsur Dewan Perwakilan Rakyat Aceh, Dinas Kesehatan Aceh, PT. Askes (persero), Rumah Sakit, Puskesmas, Perwakilan Organisasi Wartawan, LSM, Akademisi, Ikatan Profesi Medis dan Non Medis.

c. Pengisian Quisioner

Quisioner bertujuan memperoleh penilaian kepuasan pasien JKA terhadap pelayanan JKA yang diterima. Respondennya adalah pasien JKA yang telah menjalani pelayanan sesuai dengan tingkat dan jenis pelayanan yang diperolehnya. Jumlah *responden* berjumlah 300 orang dengan pembagian 100 responden di RSUZA. 80 orang di RS Cut Nyak Dien dan 20 orang di Puskesmas di Kabupaten Aceh Barat, serta 80 orang di RS Datu Beru dan 20 orang di Puskesmas di Kabupaten

Aceh Tengah. Pasien yang menjadi responden adalah pasien yang telah menjalani proses pengobatan JKA (*exit pool*).

Sedangkan kebutuhan data sekunder akan diperoleh melalui penelaahan data tertulis yang bersumber dari dokumen dan media massa. Dokumen Tertulis dapat berupa pedoman pelaksanaan, kebijakan perjanjian kerjasama, laporan progres JKA, dan literatur-literatur lainnya yang relevan. Sedangkan media massa berupa berita dan persepsi publik terhadap JKA.

3.5. Analisis Data

Data yang diperoleh yaitu data primer dan data sekunder dilakukan analisis dengan tahapan; (1). Transkrip wawancara dan merumuskannya ; (2) interpretasi hasil telaah dokumen terhadap tingkat pencapaian indikator keberhasilan JKA; dan (3) menganalisis dan menginterpretasi data penilaian kepuasan pasien melalui metode skala linkers terhadap faktor-faktor: (a) pelayanan tenaga medis; (b) pelayanan paramedis; (c) pelayanan administrasi dan informasi; (d) pelayanan penunjang.

Dimensi-dimensi yang digunakan untuk penilaian kepuasan pasien JKA tersebut meliputi: (a) keandalan (*reliability*); (b) ketanggapan(*responsiveness*);(c)jaminan/keyakinan (*assurance*); (d) empati (*emphaty*); dan (e) berwujud (*tangible*).

BAB IV

EFEKTIFITAS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN ACEH

4.1. Pendahuluan

Salah satu upaya pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah adalah pembangunan sumber daya manusia. Laporan Komisi Makroekonomi dan Kesehatan WHO menganalisis berbagai hubungan keterkaitan antara kesehatan dengan pembangunan yang dapat diterangkan sebagai berikut : Pada tingkat mikro yaitu pada tingkat individual dan keluarga, kesehatan adalah dasar bagi produktivitas kerja dan kapasitas untuk belajar di sekolah. Tenaga kerja yang sehat secara fisik dan mental akan lebih enerjik dan kuat, lebih produktif, dan mendapatkan penghasilan yang tinggi. Keadaan ini terutama terjadi di negara-negara sedang berkembang, dimana proporsi terbesar dari angkatan kerja masih bekerja secara manual. Di Indonesia sebagai contoh, tenaga kerja laki-laki yang menderita anemia menyebabkan 20% kurang produktif jika dibandingkan dengan tenaga kerja laki-laki yang tidak menderita anemia. Selanjutnya, anak yang sehat mempunyai kemampuan belajar lebih baik dan akan tumbuh menjadi dewasa yang lebih terdidik. Dalam keluarga yang sehat, pendidikan anak cenderung untuk tidak terputus jika dibandingkan dengan keluarga yang tidak sehat. Pada tingkat makro, penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik

merupakan masukan (*input*) penting untuk menurunkan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan pembangunan ekonomi jangka panjang. Beberapa pengalaman sejarah besar membuktikan berhasilnya tinggal landas ekonomi seperti pertumbuhan ekonomi yang cepat didukung oleh terobosan penting di bidang kesehatan masyarakat, pemberantasan penyakit dan peningkatan gizi. Hal ini antara lain terjadi di Inggris selama revolusi industri, Jepang dan Amerika Selatan pada awal abad ke-20, dan pembangunan di Eropa Selatan dan Asia Timur pada permulaan tahun 1950-an dan tahun 1960-an.

Pembangunan kesehatan penduduk Aceh merupakan investasi untuk meningkatkan kualitas dan derajat sumber daya manusia Aceh. Dalam keadaan sehat penduduk diharapkan dapat belajar dengan penuh konsentrasi untuk mencapai prestasi akademik, sehingga dapat mendorong kreatifitas dan produktifitas SDM dalam pembangunan Aceh dimasa depan. Salah satu upaya yang penting dilakukan adalah pendekatan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh tanpa diskriminasi serta akses yang mudah.

Mewujudkan cita-cita tersebut, pemerintah Aceh menerapkan Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA). Program JKA mulai berlaku tanggal 1 Juni 2010. Penerapan JKA bertujuan untuk menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan untuk

seluruh penduduk Aceh dalam rangka meningkatkan kualitas kesehatan.

Program JKA merupakan jaminan kesehatan yang bersifat *Universal Health Coverage* atau berlaku untuk seluruh penduduk Aceh tanpa memandang status sosial, Namun begitu sasaran utamanya adalah bagi penduduk Aceh yang belum memiliki jaminan kesehatan. Pelayanan kesehatan bagi peserta JKA selain berlaku di wilayah Aceh, juga berlaku di seluruh wilayah Indonesia dalam hal gawat darurat (Pelayanan bersifat Holistik).

Mekanisme pelayanan kesehatan JKA diberikan secara terstruktur dan berjenjang yang berlaku rujukan. Pelayanan berjenjang diberikan mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer (puskesmas dan jaringannya) sampai kepada fasilitas pelayanan kesehatan tertinggi/tersier (Rumah Sakit). Pemberian pelayanan kesehatan JKA sampai ke rumah sakit berlaku prosedur layanan rujukan dari Puskesmas.

Jaminan Kesehatan Aceh memberikan manfaat pelayanan kesehatan menyeluruh (*komprehensif*) yaitu manfaat terhadap seluruh jenis dan metode pelayanan kesehatan tanpa dikenakan iur bayar sesuai kebutuhan medis peserta JKA (kecuali pelayanan bersifat kosmetika). Tidak adanya iur bayar oleh peserta JKA karena preminya sudah ditanggung oleh Pemerintah Aceh.

Pemerintah Aceh mengalokasikan dana program JKA didalam Anggaran Pendapatan Belanja Aceh (APBA) pada mata program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan, yang dialokasikan melalui Dinas Kesehatan Aceh. Dana JKA digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan langsung 85 %, pelayanan kesehatan tidak langsung 10 %, dan biaya operasional PT Askes (Persero) 5 %.

Dana pelayanan kesehatan langsung digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan baik di tingkat pertama dan lanjutan. Pembayaran pelayanan kesehatan di Puskesmas menggunakan sistem kapitasi, dan untuk rumah sakit menggunakan sistem klaim. Dana pelayanan kesehatan tidak langsung digunakan untuk penyusunan Perangkat Instrumen Petunjuk Teknis JKA, Sosialisasi, Administrasi Kepesertaan termasuk pencetakan dan pendistribusian kartu, Evaluasi, Operasional Koordinasi, Pengawasan, Operasional Tim Sekretariat JKA, Kajian dan Survey, Perencanaan dan Pembinaan. Dana operasional PT Askes (persero) digunakan untuk membiayai kegiatan internal dalam rangka penyelenggaraan JKA.

Mengoptimalkan pelaksanaan JKA dibentuk pengorganisasian program JKA yang terdiri: (1) Dinas Kesehatan Aceh sebagai pelaksana teknis JKA yang bertanggung jawab terhadap keberhasilan program JKA secara keseluruhan; (2) Badan Penyelenggara JKA dalam hal ini PT Askes

(Persero) yang mempunyai tugas dan fungsi meliputi manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen keuangan; (3) Tim Koordinasi di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota yang bertugas sebagai regulator dalam penyelenggaraan JKA; dan (4) Tim Pengawas di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan yang bertugas mengawasi pelaksanaan pelayanan JKA ke peserta.

Keanggotaan Tim Koordinasi dan Tim Pengawas program JKA bersifat multi unsur yaitu dari unsur Pemerintah Aceh, DPRA, Akademisi, Lembaga Profesi Medis dan Non Medis, serta Penyedia Pelayanan Kesehatan.

Penunjukan PT. Askes (Persero) sebagai Badan Pelaksana JKA berdasarkan Keputusan Gubernur Aceh Nomor 440/185/2010 tentang penugasan PT. Askes (Persero) sebagai Pengelola Manajemen JKA. Dan berdasarkan perjanjian kerjasama antara Pemerintah Aceh dengan PT. Askes (Persero) Nomor 09/PKS/2010-154/KTR/0610 tertanggal 1 Juni 2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Untuk mengukur capaian keberhasilan pelaksanaan JKA ditentukan beberapa indikator yaitu indikator input, indikator proses, dan indikator output. Indikator input berkaitan dengan ketersediaan pengorganisasian, pendanaan, sistem informasi, dan petunjuk teknis pelaksanaan JKA. Indikator proses berkaitan dengan terlaksananya

validasi dan pemuktahiran data kepesertaan, pelayanan yang terkendali mutu dan biaya, pertanggungjawaban pemanfaatan dana di fasilitas kesehatan, pelaporan pelaksanaan secara periodik, dan terlayannya peserta JKA diseluruh fasilitas kesehatan. Sedangkan indikator ouput berkaitan dengan terwujudnya kepuasan peserta minimal 75%, keluhan terlayani, utilasi RJTP sekitar 15-20% perbulan, rujukan RJTP maksimal 20% dari kunjungan (atau 4% dari jumlah penduduk), RITL maksimal 5% pertahun, kepuasan pasien JKA minimal 75 %, lama perawatan di RS maksimal 6 hari.

Semenjak diberlakukan mulai 1 Juni 2010, program JKA telah berhasil dan mendapat apresiasi positif dari berbagai pihak. JKA menjadi solusi bagi penduduk Aceh untuk mengakses pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, yang selama ini terkendala pada keterbatasan biaya. Keberhasilan terlihat dari jumlah dan peningkatan peserta JKA yang berobat pada berbagai fasilitas pelayanan kesehatan di seluruh Aceh. Bahkan peningkatan penerima manfaat JKA meningkat tajam dibandingkan dengan perkembangan pasien jaminan kesehatan lainnya. Namun begitu, sebagai program baru, pelaksanaan program JKA masih mengalami permasalahan yaitu belum selesainya validasi dan verifikasi kepesertaan, belum efektifnya mekanisme pembiayaan, belum efektifnya prosedur pelayanan, belum efektifnya

koordinasi antar pengorganisasian, dan belum efektifnya aspek pengawasan. Berbagai kondisi dan permasalahan menjadi motivasi penyempurnaan JKA.

Perkembangan pelaksanaan program JKA dalam kurun waktu satu setengah tahun terhitung satu 1 Juni 2010 sampai 31 desember 2011 di uraikan lebih lanjut pada bagian kondisi eksisting pelaksanaan JKA.

4.2. Hasil dan Temuan :

Pada bagian ini akan diuraikan Hasil dan Temuan pelaksanaan JKA yang meliputi Persepsi Kepuasan Pasien JKA, Kepesertaan, Jenjang dan Pelayanan Kesehatan, Pembiayaan, Koordinasi Pengorganisasi JKA, dan Pemantauan dan Evaluasi.

4.2.1. Kepuasan Pasien JKA

Penerapan JKA mendapat apresiasi positif dari penduduk Aceh. JKA menjadi solusi menangani keterbatasan biaya berobat yang dialami selama ini. Berikut adalah kepuasan pasien JKA dalam beberapa dimensi sebagai berikut:

(1) *Kepuasan terhadap pelayanan dokter dilihat dari 6 (enam) aspek yaitu:*

1. Kepuasan terhadap kedisiplinan dokter.
2. Kepuasan terhadap ketanggapan dan kepedulian dokter dalam menangani keluhan pasien.

3. Kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan dokter.
4. Kepuasan terhadap kemampuan dokter dalam menangani pasien.
5. Kepuasan terhadap kejelasan dan kepastian dokter yang melayani.
6. Kepuasan terhadap sikap dokter yang tidak membedakan status sosial.

Dari keseluruhan aspek tersebut, berdasarkan hasil kuesioner di Kota Banda Aceh, nilai yang paling dominan terlihat pada kepuasan masyarakat terhadap sikap dokter yang tidak membedakan status sosial yaitu 94,33%. Sedangkan untuk Kabupaten Aceh Barat nilai yang paling dominan terlihat pada kepuasan masyarakat terhadap kemampuan dokter dalam menangani pasien sebesar 93,70%. Berbeda dengan Kabupaten Aceh Tengah maka nilai yang paling dominan adalah pada kepuasan masyarakat terhadap keramahan dan kesopanan dokter senilai 95,70%.

(2) *kepuasaan terhadap pelayanan perawat dilihat dari 7 (tujuh) aspek, yaitu.*

1. Kepuasan terhadap kedisiplinan perawat.
2. Kepuasan terhadap ketanggapan dan kepedulian perawat dalam menangani keluhan pasien.

3. Kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan perawat.
4. Kepuasan terhadap kemampuan perawat dalam menangani pasien.
5. Kepuasan terhadap kejelasan dan kepastian perawat yang melayani.
6. Kepuasan terhadap sikap perawat yang tidak membedakan status sosial.
7. Kepuasan terhadap kemudahan dalam berkomunikasi dengan perawat.

Dari keseluruhan aspek tersebut, berdasarkan hasil kuesioner di Kota Banda Aceh, nilai yang paling dominan terlihat pada Kepuasan terhadap kejelasan dan kepastian perawat yang melayani 93,67%. Sedangkan untuk Kabupaten Aceh Barat nilai yang paling dominan terlihat pada kepuasan terhadap kemudahan dalam berkomunikasi dengan perawat 93,30%. Berbeda dengan Kabupaten Aceh Tengah maka nilai yang paling dominan adalah pada kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan perawat serta kepuasan terhadap kemudahan dalam berkomunikasi dengan perawat 94,30%.

(3) terhadap pelayanan administrasi dilihat dari 6 (enam) aspek, yaitu:

1. Kepuasan terhadap kejelasan prosedur administrasi.
2. Kepuasan terhadap kedisiplinan petugas administrasi.
3. Kepuasan terhadap ketanggapan dan kepedulian petugas administrasi.
4. Kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan petugas administrasi.
5. Kepuasan terhadap kepastian petugas administrasi.
6. Kepuasan terhadap sikap petugas administrasi yang tidak membedakan status sosial pasien.

Dari keseluruhan aspek tersebut, berdasarkan hasil kuesioner di Kota Banda Aceh, nilai yang paling dominan terlihat pada kepuasan terhadap kedisiplinan petugas administrasi 91,00%. Sedangkan untuk Kabupaten Aceh Barat nilai yang paling dominan terlihat pada kepuasan terhadap kepastian petugas administrasi 91,70%. Berbeda dengan Kabupaten Aceh Tengah maka nilai yang paling dominan adalah pada Kepuasan terhadap sikap petugas administrasi yang tidak membedakan status sosial pasien 95,70%.

(4) *kepuasan terhadap pelayanan informasi dilihat dari 3 (tiga) aspek yaitu:*

1. Kepuasan terhadap ketersediaan informasi yang jelas tentang prosedur /alur pelayanan.
2. Kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan petugas informasi.
3. Kepuasan terhadap kemudahan dalam mendapatkan informasi.

Dari keseluruhan aspek tersebut, berdasarkan hasil kuesioner di Kota Banda Aceh, nilai yang paling dominan terlihat pada Kepuasan terhadap kemudahan dalam mendapatkan informasi 90,67%. Sedangkan untuk Kabupaten Aceh Barat nilai yang paling dominan terlihat pada Kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan petugas informasi serta Kepuasan terhadap kemudahan dalam mendapatkan informasi 90,70%. Berbeda dengan Kabupaten Aceh Tengah maka nilai yang paling dominan adalah pada Kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan petugas informasi serta Kepuasan terhadap kemudahan dalam mendapatkan informasi 94,30%.

(5) *kepuasan terhadap pelayanan sarana dan prasarana dilihat dari 4 aspek yaitu:*

1. Kepuasan terhadap kebersihan lingkungan rumah sakit/puskesmas.
2. Kepuasan terhadap kenyamanan ruangan tunggu.

3. Kepuasan terhadap ketersediaan obat yang lengkap di apotik rumah sakit/puskesmas.
4. Kepuasan terhadap kelengkapan sarana dan prasarana medis.

Dari keseluruhan aspek tersebut, berdasarkan hasil kuesioner di Kota Banda Aceh, nilai yang paling dominan terlihat pada Kepuasan terhadap kenyamanan ruangan tunggu 90,67%. Sedangkan untuk Kabupaten Aceh Barat nilai yang paling dominan terlihat pada Kepuasan terhadap ketersediaan obat yang lengkap di apotik rumah sakit/puskesmas 85,00%. Berbeda dengan Kabupaten Aceh Tengah maka nilai yang paling dominan adalah pada Kepuasan terhadap kelengkapan sarana dan prasarana medis 77,70%.

Dari 300 Quisioner yang disebarakan, secara umum pasien JKA memberikan penilaian kepuasan yang tinggi terhadap JKA. tingkat kepuasaannya dapat dilihat pada tabel dibawah

4.1 ini:

Tabel 4.1
Nilai Rata-Rata Kepuasan Pasien JKA

Aspek yg dinilai	Banda Aceh	Meulaboh	Takengon
1). Pelayanan Dokter	94,33	93,70	95,70
2). Pelayanan Perawat	93,67	93,30	94,30
3). Pelayanan Administrasi	91,00	91,70	95,70
4). Pelayanan Informasi	90,67	90,70	94,30
5). Pelayanan Sarana dan Prasarana	90,67	85,00	77,70

4.2.2. Kepesertaan

Program JKA berlaku untuk seluruh penduduk Aceh yang dibuktikan dengan kartu tanda penduduk (KTP) dan/atau kartu keluarga (KK). Sasaran utamanya adalah penduduk Aceh yang belum memiliki jaminan kesehatan, dengan ketentuan tidak termasuk peserta Askes Sosial, Pejabat Negara dan Peserta Jamsostek. Tentara Nasional Indonesia (TNI) dan Polisi Republik Indonesia (Polri) yang memiliki KTP Aceh merupakan peserta JKA.

Peserta JKA diklasifikasi kedalam dua jenis yaitu peserta JKA Non Jamkesmas (JKA murni) dan peserta JKA Jamkesmas. Peserta JKA Non Jamkesmas sumber pendanaannya dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA). Sedangkan Peserta Jamkesmas berhak mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan JKA melalui integrasi pembiayaan kesehatan antara APBN dan APBA.

Pada aspek kepesertaan terdapat beberapa masalah hingga November 2011 sebagai berikut:

1. Jumlah penduduk Aceh saat JKA direncanakan pada tahun 2008 adalah sebanyak 4.371.018 jiwa. Sementara jumlah penduduk Aceh hasil sensus tahun 2010 mencapai 4.486.570 jiwa. Pada tahun 2011 Dinas Kesehatan Aceh berdasarkan SK Dinkes No 44.1/233/X/2011 tertanggal 14 Oktober 2011 menyebutkan jumlah penduduk Aceh berjumlah 4.802.137 Jiwa.

Bertambahnya Jumlah penduduk Aceh tersebut sangat signifikan, pada tahun 2010 bertambah 115.552 jiwa, sedangkan pada tahun 2011 bertambah hampir 315.567 jiwa.

2. Perbedaan data penduduk Aceh yang relatif tinggi dari tahun ke tahun tersebut, membuat PT Askes harus mendata ulang penduduk Aceh dengan data awalnya berdasarkan dari Dinkes 2011 berjumlah 4.802.137 Jiwa. Hasil pendataan yang telah dilakukan berjumlah 3.499.440 jiwa atau 73 %. Sisanya 1.302.697 atau 28 % jiwa (belum terdata karena belum ada Daftar Isian Penduduk/DIP).
3. Pertambahan penduduk Aceh dari tahun ke tahun yang terus berbeda dalam angka yang relatif besar, sangat "krusial" untuk dilakukan proses validasi dan verifikasi untuk mendapatkan data yang akurat terhadap penduduk yang telah ada maupun belum ada jaminan kesehatan.
4. Proses validasi dan verifikasi dilakukan untuk memisahkan antara calon peserta JKA dengan penduduk Aceh yang telah memiliki jaminan kesehatan melalui proses validasi kepesertaan. Hal ini penting dilakukan karena JKA memiliki sistem pembiayaan kesehatan terintegrasi untuk peserta Jamkesmas.

5. Validasi dilakukan di setiap Desa oleh Tim Validasi Data Kecamatan yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota. Validasi dilakukan terhadap seluruh penduduk Aceh. Hasil validasi kepesertaan diserahkan kepada Kepala Puskesmas setempat untuk diteruskan kepada PT. Askes (Persero) terdekat. Selanjutnya hasil validasi akan diverifikasi oleh PT Askes untuk mendapatkan data kepesertaan yang akan digunakan dalam penerbitan kartu JKA.
6. Hasil validasi kepesertaan JKA hingga November 2011 berjumlah peserta JKA Jamkesmas sebanyak 856.359 jiwa, dan peserta JKA Non Jamkesmas (termasuk TNI dan Polri) sebanyak 1.291.613 jiwa. Total peserta JKA sebanyak 2.147.972 jiwa atau mencapai 44,73 persen dari total penduduk Aceh yang berjumlah 4.802.137. Masih terdapat 1.302.697 atau 28 % penduduk Aceh yang belum terdata.
7. Belum selesainya proses pendataan penduduk Aceh disebabkan oleh kendala:
 - a. Motivasi tim validasi data sudah kurang serius melakukan validasi data karena belum memperoleh honor.
 - b. Terbatasnya biaya operasional tim validasi.

Faktor permasalahan di atas relevan dengan yang disampaikan oleh beberapa narasumber yang diwawancarai. Huryiah,

pengelola program-program Jaminan Kesehatan termasuk JKA di dalamnya pada Dinkes Kabupaten Aceh Tengah, menyatakan bahwa:

"Petugas validasi di Kecamatan sudah enggan untuk melakukan pendataan kepesertaan JKA, karena tidak ada dana operasional dan belum menerima honor jerih payahnya".

8. Selain karena faktor jasa dan operasional tim validasi, kendala proses validasi lainnya adalah:
 - a. Terdapat penduduk yang tidak bersedia di data, karena menganggap program JKA hanya slogan saja.
 - b. Terdapat penduduk yang telah memiliki jenis jaminan kesehatan tidak mau memberikan informasi yang lengkap.

Menurut pengelola JKA di Dinkes Aceh Barat bahwa

" belum selesainya validasi peserta karena masyarakat tidak bersedia memberikan data yang valid. Masyarakat baru akan memberikan data pada saat benar-benar ingin berobat di Rumah Sakit".
9. Sebagian masyarakat beranggapan bahwa pendataan tidak penting karena JKA juga sama dengan program-program kesehatan

- lainnya yang sulit digunakan. Akan tetapi disaat mereka melihat penduduk yang lain telah dapat menggunakan fasilitas JKA, untuk dapat menggunakan JKA mereka langsung berobat ke RSUD dan bersamaan dengan perawatannya mereka bisa mengurus persyaratan menjadi pasien JKA.
10. Belum selesainya proses validasi kepesertaan tersebut menyebabkan proses verifikasi data kepesertaan juga belum dapat diselesaikan, hal ini seperti dikatakan oleh Kepala PT. Askes Cabang Meulaboh;

"proses verifikasi data kepesertaan JKA belumlah sepenuhnya selesai dilakukan karena terkendala pada lambatnya proses validasi data kepesertaan JKA di tingkat Kecamatan".
 11. Belum selesainya verifikasi kepesertaan menyebabkan belum selesainya pencetakan dan pendistribusian kartu peserta JKA. Untuk pendistribusian kartu JKA yang telah dicetak juga belum seluruhnya di distribusi. Belum terdistribusinya kartu JKA disebabkan karena pihak kecamatan yang membantu distribusi kartu belum mengambil kartu JKA di kantor Askes.
 12. Berdasarkan data yang diperoleh dari PT. Askes (Persero), jumlah kartu JKA yang telah dicetak baru mencapai 877.477 kartu atau sekitar 40,85 persen dari jumlah peserta JKA.

13. Pendistribusian kartu belum optimal. Distribusian kartu baru mencapai 574.006 lembar atau sebesar 66 % dari jumlah kartu yang telah dicetak.
14. Penduduk yang telah memiliki kartu JKA hanya sebanyak 26,72 persen.

Penyebaran peserta JKA di seluruh Kabupaten/kota di Aceh dapat diperhatikan pada tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2
Jumlah Peserta JKA s.d. November 2011

Kabupaten/ Kota	Peserta		Total	Persentase
	JAMKESMAS	JKA Murni		
Banda Aceh	18.612	63.749	82.361	3,83
Sabang	1.199	11.476	12.675	0,59
Aceh Besar	60.699	157.673	218.372	10,17
Pidie Jaya	31.527	77.919	109.446	5,10
Pidie	97.432	210.401	307.833	14,33
Simeulu	24.300	21.586	45.886	2,14
Aceh Singkil	16.401	29.969	46.370	2,16
Aceh Selatan	100.028	43.544	143.572	6,68
Aceh Barat	15.423	70.362	85.785	3,99
Aceh Barat Daya	60.534	26.272	86.806	4,04
Nagan Raya	20.210	36.047	56.257	2,62
Aceh Jaya	11.479	34.785	46.264	2,15
Subussalam	15.139	10.830	25.969	1,21
Langsa	23.089	30.524	53.613	2,50
Aceh Timur	117.091	77.167	194.258	9,04
Aceh Tamiang	54.227	79.863	134.090	6,24

Aceh Tenggara	6.513	24.162	30.675	1,43
Gayo Lues	5.502	19.544	25.046	1,17
Lhoksemawe	47.341	40.792	88.133	4,10
Aceh Utara	50.091	104.978	155.069	7,22
Bireun	52.133	69.959	122.092	5,68
Aceh Tengah	20.43 7	32.428	52.865	2,46
Bener Meriah	6.952	17.583	24.535	1,14
	856.3 59	1.291.613	2.147.97 2	100,00

Sumber: PT. Askes 2011

Berdasarkan hasil validasi dan verifikasi peserta JKA sampai dengan periode November 2011. Terdapat total peserta JKA sebanyak 2.147.972 jiwa atau mencapai 44,73 persen dari total penduduk Aceh yang berjumlah 4.802.137. Masih terdapat 1.302.697 atau 28 % penduduk Aceh yang belum terdata.

Peserta JKA terbanyak berada di Kabupaten Pidie yaitu sebesar 307.833 jiwa atau sebesar 14,33 persen dari total peserta JKA, sedangkan kabupaten/kota dengan jumlah peserta paling sedikit adalah kota Sabang yaitu 12.675 atau sebesar 0,533 persen dari total peserta JKA. Komposisi kepesertaan JKA di suatu daerah dipengaruhi oleh jumlah sebaran penduduk di daerah-daerah tersebut.

4.2.3. Jenjang Pelayanan

Program JKA memberikan manfaat pelayanan kesehatan yang komprehensif sesuai

kebutuhan medis peserta. Pelayanan kesehatan terdiri dari jenjang:

- a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yang meliputi Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP).
- b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan yang meliputi Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL).

Manfaat jenis pelayanan JKA terdiri dari:

- a. Pelayanan Gawat Darurat.
- b. Pelayanan Rujukan.
- c. Pelayanan ANC, persalinan, PNC (*Maret 2011 telah berlaku Program Jampersal Nasional*).
- d. Pelayanan darah.
- e. Pelayanan obat.
- f. Pelayanan pemeriksaan penunjang alat khusus.
- g. Pelayanan Transportasi.
- h. dan pelayanan alat kesehatan.

Selama pelaksanaan JKA, jenis pelayanan dan jumlah penerima manfaat JKA adalah sebagai berikut (tabel 4.3):

Tabel 4.3
Jenis Layanan dan Jumlah Penerima Manfaat JKA
Periode 1 juni 2010 -30 November 2011.

No.	Jenis Pelayanan	Jumlah dirawat Th 2010 (Kasus)	Jumlah dirawat Th 2011* (Kasus)	Total dirawat JKA Th 2010-2011 (Kasus)
1	RJTP	897.235	787.026	1.684.261
2	RITP	17.734	15.613	33.347
3	RJTL	165.576	261.772	427.348
4	RITL	47.730	47.870	95.600
5	Obat RJTL	126.479	228.709	355.188
6	Obat RITL	42.433	57.994	100.427
7	ANC, Persal, PNC **	35.930	2.425	57.355
8	Pelayanan Darah Transfusi	3.135	3.125	6.260
9	Implan	376	134	510
10	Hemodialisa Set	166	380	546
11	Hemodialisa	1.225	3.260	4.485
12	Jasa Labkesda	21	79	100
13	Ambulance RITL	2.363	4.561	6.924
14	Ambulance RJTP	3.289	6.421	9.710
15	Layanan Kacamata (optikal)	10.824	10.814	21.638
16	Rujukan ke RS Medan-Jakarta	1.439	7.688	9.127

Sumber: Dinkes Aceh 2011

*) Data per 30 November 2011

**) Pelayanan s/d 1 April 2011, selanjutnya dijamin program Jampersal Nasional

Adapun jenis-jenis penyakit yang telah dilayani oleh fasilitas JKA adalah sebagai berikut (tabel 4.4):

Tabel 4.4
Jenis Penyakit

No	Jenis Penyakit Pasien JKA
1	Kanker (kanker payudara, kanker mulut rahim, kanker abdomen, kanker usus besar/colon, kanker kelenjar pankreas)
2	Jantung (penyakit jantung koroner, STEMI)
3	Paru (TB paru, ISPA)
4	Saraf (stroke haemorrhagic, HNP)
5	Diabetes
6	Hipertention
7	Gagal Ginjal
8	Trauma kapitis ec KLL
9	Fraktur ec KLL
10	Batu saluran kemih
11	Benign Prostat Hipertropy
12	Febris/demam pada anak - anak ec ISPA, GE, typhoid fever
13	Usus buntu

Sumber: Dinas Kesehatan Aceh 2011

Diantara jenis – jenis penyakit yang dialami pasien JKA terdapat golongan penyakit kronis yang membutuhkan biaya pengobatan tinggi seperti kanker, jantung, paru, gagal ginjal, stroke dll yang selama ini “terpendam” karena kendala

biaya berobat, namun dengan berlakunya JKA kendala keterbatasan biaya berobat dapat teratasi.

Dari jenis-jenis penyakit tersebut, penyebabnya sangat bervariasi, namun secara umum disebabkan karena rendahnya kualitas pola perilaku hidup sehat dan bersih, serta pola konsumtif makanan yang tidak sehat dan berimbang. Semisal nya untuk jenis penyakit TB paru yang umumnya diderita oleh perokok. Hasil survey perilaku hidup bersih dan sehat yang dilakukan WHO dan Dinas Kesehatan (2009) menunjukkan bahwa Aceh merupakan daerah pengguna rokok tertinggi di Indonesia. Rata-rata setiap harinya perokok di Aceh mampu menghabiskan 19,5 batang (<http://green.kompasiana.com>). Selain itu untuk juga terdapat penyakit seperti jantung koroner, diabetes dan hipertensi yang pada umumnya dipengaruhi oleh pola konsumtif makanan yang tidak sehat dan seimbang.

Bila dilihat dari penyebab rata – rata jenis penyakit yang derita oleh pasien JKA, bahwa penyebabnya sangat relevan kaitannya dengan kualitas perilaku hidup bersih dan sehat. Penyebab terhadap penyakit tersebut dapat dicegah dan dihindari sedini mungkin apabila perilaku hidup bersih dan sehat terjadi. Untuk mencapai kondisi tersebut tentunya memerlukan pembekalan pemahaman budaya hidup sehat kepada masyarakat sampai dengan tahapan menjamin

konsultasi medis senantiasa diberikan. Hal ini semakin mempertegas akan pentingnya pendekatan pelayanan kesehatan JKA yang memberikan porsi berimbang kepada dimensi *promotif* dan *preventif*.

4.2.4. Prosedur Pelayanan

Untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan JKA peserta harus melalui mekanisme pelayanan terstruktur dan berjenjang yang berlaku sistem rujukan, kecuali dalam keadaan gawat darurat. Dimulai dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas), pelayanan kesehatan lanjutan di daerah (RSUD), pelayanan kesehatan RSUZA sebagai fasilitas kesehatan top referal di Aceh, maupun ke fasilitas kesehatan khusus di luar Aceh.

Pemberian layanan kesehatan JKA oleh fasilitas-fasilitas kesehatan didasarkan pada pertimbangan pelayanan berjenjang dan rujukan. Pelayanan Rujukan diberikan berdasarkan indikasi medis pasien. Peserta yang tidak membawa surat rujukan dari Puskesmas dikenakan biaya sesuai tarif di RS tersebut.

Prosedur untuk mendapatkan pelayanan kesehatan JKA (sesuai prosedur pada Manlak) adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PKTP) yang diberikan oleh Puskesmas beserta jaringannya atau Dokter

- keluarga/Dokter Gigi yang ditunjuk PT Askes. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus memiliki indentitas KTP/KK (tahap awal) atau Kartu JKA bilamana telah menerima kartu.
2. Apabila hasil diagnosis medis di PKTP membutuhkan pelayanan lanjutan maka Dokter akan merujuk ke RSUD kabupaten/kota baik rawat jalan maupun rawat inap. Terhadap pasien JKA yang dirujuk tidak dikenakan biaya apapun.
 3. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan (PKTL) diberikan oleh RSUD kabupten/kota dan RSUZA di Banda Aceh atau RS khusus di luar Aceh.
 - a. Untuk mendapatkan pelayanan JKA di tingkat lanjutan (RJTL dan RITL), peserta JKA harus menunjukkan indentitas diri dan Surat Rujukan yang masih berlaku dari Puskesmas/Dokter Keluarga/Dokter gigi ke petugas Askes Center yang ada di setiap RS untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya.
 - b. Peserta RJTP akan dilayani pada hari dan jam kerja RS yang bersangkutan.
 - c. Pada masa transisi sebelum kartu JKA diterbitkan, maka petugas Askes center melakukan pengecekan data peserta di masterfile Jamkesmas dan Askes Sosial:

- i. Apabila yang bersangkutan terdaftar dalam masterfile Jamkesmas, maka akan diterbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) sebagai peserta Jamkesmas.
 - ii. Apabila yang bersangkutan terdaftar dalam master file Askes Sosial, maka akan diterbitkan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) sebagai peserta Askes Sosial.
 - iii. Apabila yang bersangkutan tidak terdaftar dalam masterfile Jamkesmas, maka akan diterbitkan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) sebagai peserta JKA.
- d. Untuk kasus kronis tertentu dan gangguan jiwa yang membutuhkan penanganan khusus oleh dokter spesialis dan memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, surat rujukan berlaku 1 bulan dan maksimal 3 bulan dengan syarat ada pemberitahuan kepada dokter di Puskesmas dan PT Askes.
- e. Surat balasan rujukan balik dari dokter di RS wajib diberikan kepada dokter pengirim di Puskesmas. Surat balasan rujukan berisikan diagnosa, tindakan yang telah dilakukan dan pengobatan

- lanjutan beserta hal-hal lain yang perlu diperhatikan.
- f. Bagi tunawisma yang menderita gangguan jiwa yang tidak ada atau diketahui keluarganya dapat memperoleh rujukan dari Puskesmas di Banda Aceh. Dan terhadap pasien yang terlanjut dibawa keluarga tanpa surat rujukan maka surat rujukannya harus di ambil disalah satu Puskesmas di Banda Aceh.
 - g. Apabila fasilitas kesehatan sekunder seperti RS di daerah memiliki keterbatasan tenaga dan alat kesehatan maka dapat dirujuk ke RSUZA. Bilamana RSUZA tidak memiliki tenaga atau advis tetapi memiliki alat kesehatan yang sesuai dengan kondisi kebutuhan kesehatan peserta, RSUZA dapat mendatangkan tenaga kesehatan dari luar Aceh dengan memberitahukan kepada PT Askes disertai dengan keputusan Komite Medik RSUZA. Dan bilamana RSUZA memiliki keterbatasan tenaga dan alat kesehatan sesuai kebutuhan penyakit peserta maka dapat dirujuk ke RS di luar Aceh dalam yurisdiksi Indonesia. Surat rujukan dari RS harus di legalisasi oleh petugas Askes Center.

- h. Apabila peserta membutuhkan rawat inap maka dokter yang memeriksa wajib menulis atau memberitahukan kepada PT Askes yang berada di RS yang bersangkutan.
 - i. Peserta JKA RITL mendapatkan seluruh pelayanan kesehatan di kelas III sesuai dengan kebutuhan medis. Bagi peserta yang ingin naik kelas atas *keinginannya sendiri*, maka akan membayar sendiri atas seluruh selisih biaya yang timbul akibat naik kelas. Bila naik kelas karena kelas sesuai haknya tidak tersedia (penuh), maka biaya perawatan dibayar sesuai hak peserta JKA dan tidak boleh dibebani biaya lainnya oleh RS.
4. Pelayanan transfusi darah diberikan berdasarkan surat permintaan darah dari dokter yang merawat yang telah dilegalisir oleh Petugas Askes Center
 5. Pelayanan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya diberikan berdasarkan surat permintaan dokter yang memeriksa/merawat dengan indikasi medis.
 6. Pelayanan Obat,
 - a. Pasien JKA sesuai dengan kebutuhan medis pengobatannya mendapatkan obat yang ada dalam Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) atau Daftar Obat

- Tambahan (DOT) JKA di apotik yang ditunjuk PT Askes. Pemberian obat untuk pemakaian satu hari kecuali menurut pertimbangan dokter obat tersebut tidak akan diganti sampai habis dikonsumsi.
- b. Pemberian obat yang diluar resep DPHO/DOT karena ketidakterediaan dalam formulium obat DPHO/DOT yang didasarkan pada kebutuhan medis pasien, maka apotik berhak dan wajib mengganti dengan obat yang memiliki zat aktif yang sama terdapat dalam DPHO/DOT. Pemberian obat karena keinginan sendiri pasien maka biayanya ditanggung oleh pasien sendiri.
 - c. Apabila menurut pertimbangan ilmiah bahwa kondisi pasien membutuhkan produk obat yang belum tercantum dalam DPHO/DOT maka dokter yang bersangkutan dibolehkan meresepkan untuk sekali pakai dan selanjutnya diminta persetujuan komite medik dan atau direktur RS. dengan ditembuskan kepada PT Askes dan Dinkes Aceh pada hari itu juga. Apabila tembusan diterima setelah pasien pulang atau jadwal terapi berakhir maka biaya obat tersebut akan dibebankan kepada RS yang bersangkutan.

- d. Puskesmas diperkenankan membeli obat dari dana Kapitasi sesuai kebutuhan medisnya. Dan mendapatkan legalisasi dari Dinkes setempat.
7. Pelayanan Gawat Darurat
 - a. Pada kasus gawat darurat pasien dapat dilayani di fasilitas kesehatan terdekat.
 - b. Pasien gawat darurat yang dilayani tanpa surat rujukan maka dokter yang menangani atau manajer unit gawat darurat RS harus membuat surat pernyataan kebenaran keadaan gawat darurat.
 - c. Untuk perawatan lebih lanjut, maka dokter membuat keterangan klinik dan rekomendasi perawatan yang diserahkan kepada Askes Center.
 8. Pelayanan Kehamilan, Persalinan dan Kontrasepsi
 - a. Pemeriksaan kehamilan tiap bulan dapat dilakukan pada bidan di puskesmas dan jaringannya
 - b. Persalinan dapat dilakukan di puskesmas dan jaringannya, serta RS
 9. Pelayanan Transportasi
 - a. Peserta JKA dari Jamkesmas mendapatkan pelayanan transportasi rujukan baik pada kondisi gawat

darurat maupun bukan gawat darurat. Sedangkan peserta JKA non Jamkesmas mendapatkan pelayanan transportasi dalam hal gawat darurat.

10. Pelayanan Kesehatan RJTL dan RITL di RS dilakukan secara terpadu sehingga biaya kesehatan diklaim dan diperhitungkan sebagai satu kesatuan.
11. Pelayanan Kesehatan di luar Aceh
 - a. Pelayanan diberikan dalam hal peserta JKA mengalami gawat darurat dalam berpergian.
 - b. Dalam hal pelayanan gawat darurat diberikan oleh RS yang belum terikat kerjasama dengan PT Askes, Maka Pasien terlebih dahulu membayar dengan uang sendiri, kemudian berdasarkan surat keterangan gawat darurat dan kwitansi pelayanan ditagihknkan kepada PT Askes.

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis peserta JKA dan berdasarkan prosedur diatas, fasilitas kesehatan tidak boleh membebankan iuran biaya kepada peserta JKA dengan alasan apapun.

Pada masa transisi sebelum keluarnya kartu JKA, maka untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan JKA, peserta wajib menunjukkan

identitas KTP dan atau KK disertai dengan surat rujukan.

Dalam implementasinya, selama ini prosedur layanan kesehatan JKA terdapat beberapa persoalan sebagai berikut;

1. Bahwa sampai dengan bulan Nopember 2010, mayoritas peserta JKA masih menggunakan kartu identitas diri berupa KTP dan KK untuk berobat di Puskesmas dan RS, hal ini karena kartu JKA belum diterbitkan dan terdistribusikan secara menyeluruh.
2. Bagi peserta gawat darurat yang tidak memiliki KTP/KK atau Surat Rujukan di IGD tetap ditangani sesuai prosedur, hanya saja proses administrasinya (surat rujukan, keabsahan peserta) bisa menyusul dalam batas 2 x 24 jam hari kerja.
3. Bahwa terjadi pembudakan pasien JKA di sejumlah RSUD kabupaten/kota dan RSUZA, hal ini disebabkan karena:
 - a. Peserta JKA berobat secara langsung ke RSUD tanpa terlebih dahulu mendapatkan surat rujukan dari Puskesmas. Demikian juga peserta di RSUZA yang tidak terlebih dahulu mendapat surat rujukan baik dari Puskesmas dan RSUD. Hal ini salah satunya karena keterbatasan informasi yang informatif yang dapat diperoleh oleh peserta.
 - b. Pemberian surat rujukan di Puskesmas relatif sangat "*longgar*" sehingga

seharusnya kasus yang bisa dirawat di Puskesmas ternyata dirujuk ke RSUD. Dalam kasus lain menurut Kepala Puskesmas karena ada desakan (“dengan tekanan”) keluarga pasien agar Kepala puskesmas mengeluarkan surat rujukan ke RS. Sehingga Kepala Puskesmas atau dokter yang menangani pasien dengan “terpaksa” mengeluarkan surat rujukan Atas Permintaan Pasien (APP).

- c. Baik terhadap rujukan yang sesuai indikasi medis maupun rujukan APP, tidak mendapat surat balasan rujukan dari RS sebagai *feedback* ke Puskesmas, sehingga tidak ada kesinambungan tindakan pelayanan pasca dari RSUD.
- d. Rujukan APP terjadi karena:
 - Pertama*, Rendahnya kepercayaan peserta terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas. Terkadang untuk mendapatkan rujukan APP pasien menggunakan intervensi “kerabat/kenalan” baik dari kalangan medis, non medis dan oknum lainnya.
 - Kedua*, rendahnya motivasi petugas kesehatan di Puskesmas terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang berorientasi pada kinerja (cendrung output). Kondisi tersebut dipengaruhi karena adanya kontroversi alokasi dan pembagian jasa insentif

pelayanan kesehatan JKA di antara petugas kesehatan yang dirasakan tidak berimbang dan memenuhi rasa adil. Sistem dana kapitasi yang formulasinya masih didasarkan pada indikator jumlah penduduk tanpa didasarkan pada instensitas dan potensi penyakit yang ditangani, tidak berdampak pada perhitungan besar dan kecil nilai dana kapitasi puskesmas.

Gejala rendahnya motivasi petugas medis dalam memberi pelayanan berkualitas terlihat dari sikap petugas kesehatan yang terkesan lebih intens dan sangat serius dalam membahas dan mempersoalkan pembagian jasa (upah) pelayanan kesehatan JKA, dibandingkan membahas bagaimana mencapai kualitas pelayanan kesehatan.

Dari uraian dimuka bahwa penerapan prosedur pelayanan kesehatan JKA belum berjalan secara optimal dan efektif. Pelayanan kesehatan secara terstruktur dan berjenjang dengan berlaku sistem rujukan masih belum efektif. Longgarnya dalam melakukan rujukan menyebabkan membludaknya pasien JKA di RSUD Kabupaten/Kota, terutama di RSUZA, sehingga menimbulkan antrian yang lama untuk mendapatkan pelayanan JKA terutama untuk jenis pelayanan RITL.

4.2.5. Pendanaan

Dana untuk program JKA berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA). Sumber penerimaan dalam APBA tersebut dari dana Otsus. Dana JKA dialokasikan ke DPA SKPA Dinas Kesehatan Aceh. Kemudian dana tersebut kemudian dikelola oleh PT Askes (persero) yang ditunjuk sebagai Badan Penyelenggara. PT Askes melakukan administrasi pengelolaan dan program JKA secara efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip-prinsip kendali mutu dan kendali biaya (*managed care*).

Dana JKA digunakan untuk membiayai kegiatan pelayanan kesehatan dan kegiatan penunjang operasional pengelolaan program JKA. Untuk kegiatan pelayanan kesehatan di alokasikan sebesar 95 persen dari total dana JKA, yang dibagi kedalam dana pelayanan kesehatan langsung sebesar 85 persen dan dana pelayanan kesehatan tidak langsung sebesar 10 persen. Untuk kegiatan operasional PT Askes (Persero) sebesar 5 persen.

Alokasi dana pelayanan kesehatan langsung digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan dan pembiayaan penunjang lainnya seperti pembiayaan transportasi rujukan, pembiayaan obat, dan pembiayaan alat penunjang kesehatan. Sedangkan alokasi dana pelayanan kesehatan tidak langsung diperuntukan bagi kegiatan: operasional tim pengawas, validasi peserta, pencetakan dan

distribusi kartu, penyusunan Manlak, sosialisasi, monitoring dan evaluasi, diklat dan litbang.

Alokasi dana operasional PT Askes (persero) dipergunakan untuk membiayai kegiatan dalam rangka penyelenggaraan JKA, meliputi: biaya pegawai, biaya administrasi, biaya umum, biaya penyusunan laporan, biaya pembinaan manajemen, biaya pendidikan dan latihan, biaya pengembangan SIM, dan Biaya Tim Koordinasi.

Pembiayaan pelaksanaan JKA pada tahun 2010 sebesar Rp. 241.965.073.000,- (dua ratus empat puluh satu milyar sembilan ratus enam puluh lima juta tujuh puluh tiga ribu rupiah) untuk masa pelayanan JKA selama 6 (enam) bulan terhitung 1 Juni sampai dengan 31 Desember 2010. Dan untuk tahun 2011 pembiayaan JKA sebesar Rp. 400.000.000.000,- (empat ratus milyar rupiah) untuk masa pelayanan JKA selama 12 (dua belas) bulan terhitung sejak tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember 2011.

Pengelolaan dana JKA dilakukan secara efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip-prinsip kendala mutu dan biaya (*managed care*). Tahapan dan pengelolaan JKA terdiri dari :

1. Tahapan pengajuan dana

Pada tahapan ini PT Askes Cabang Banda Aceh mengajukan surat tagihan dana JKA ke Dinas Kesehatan Aceh, kemudian Dinkes Aceh menerbitkan Surat Perintah Membayar Langsung (SPM-LS) kepada Kepala Dinas

Pengelolaan Keuangan dan Kekayaan Aceh (DPKKA). Kemudian Kepala DPKKA menerbitkan Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D) kepada Bank Aceh untuk mencairkan dana JAK. Berdasarkan SP2D Bank membayarkan dana JKA ke Rekening PT Askes (persero).

2. Penyerahan dana dan pembayaran fasilitas kesehatan

Penyerahan dana JKA dilakukan per Triwulan setiap tahun setelah PT Askes (persero) menyerahkan laporan pengelolaan keuangan JKA. Untuk tahun 2010 penyerapan dana JKA dilakukan tiga tahap, tahap pertama pada bulan Juni, triwulan pertama laporan terhitung dari bulan Juni 2010 dan seterusnya. Untuk tahun 2011 penyerahan dana dilakukan empat tahap, tahap pertama diberikan pada saat perjanjian kerjasama (PKS) pelaksanaan program JKA dilakukan sebesar 10 persen, tahap kedua 40 persen, tahap ketiga 30 persen, dan tahap keempat 10 persen.

1). Pembayaran Kepada Fasilitas Kesehatan

a. Pembayaran dana kapitasi Puskesmas sebesar 100 persen ditambah biaya pembinaan 1 persen ke rekening Puskesmas. Dengan ketentuan bila hasil utilitas bulan sebelumnya ditemukan rujukan melebihi indikator, maka dana kapitasi bulan berikutnya akan dibayar 80 persen dari total kapitasi. Rincian

pembayaran dana kapitasi adalah sebagai berikut:

- i) Peserta non Jamkesmas sebesar Rp 4.000/Kapita/Bulan. Peserta JKA Jamkesmas sebesar Rp 3.000/Kapita/Bulan.
- ii) Khusus bulan Juni 2010 dana Kapitasi sebesar Rp 2.000/Kapita/Bulan untuk peserta JKA Non Jamkesmas, dan Rp 1.000/Kapita/Bulan untuk peserta Jamkesmas.
- iii) Bulan Juli-Agustus 2010 dana Kapitasi sebesar Rp 3.000/Kapita/Bulan untuk peserta JKA Non Jamkesmas, dan Rp 2.000/Kapita/Bulan untuk peserta Jamkesmas
- iv) Pembayaran dana kapitasi digunakan untuk konsultasi dokter, pemeriksaan penunjang, pelayanan kesehatan jiwa masyarakat, dan obat-obat. Dengan ketentuan:
 - a). 1 (satu) persen untuk biaya pengelolaan dan pembinaan berdasarkan total dana kapitasi.
 - b). Bahan habis pakai, biaya obat, alat kesehatan maksimal Rp 5.000.000,- dari total dana kapitasi. Pemakaian dibuktikan dengan kwintasi bermaterai Rp 6.000,- dan faktur pembelian.

- c). Sisa dana setelah dikurangi 2 point diatas digunakan untuk:
- 1) Jasa Kepala Puskesmas 5 persen
 - 2) Jasa tenaga medis 30 persen
 - 3) Jasa tenaga paramedis 55 persen
 - 4) Jasa non para medis 10 persen
- b. Pembayaran Fasilitas Rumah Sakit.
 Pembayaran berdasarkanajuan klaim yang telah diverifikasi PT Askes (Persero). Item klaim yang diajukan berupa; biaya pelayanan kesehatan, pembiayaan transportasi rujukan, dan pembiayaan alat penunjang kesehatan. Dalam rangka menjaga kelancaran pelayanan kesehatan di RS, diberlakukan pembayaran Uang Muka sebesar 50 persen dari tagihan klaim bulan sebelumnya atas permintaan RS kepada PT Askes (Persero).
 Berikut mekanisme penagihan klaim RS:
- i. Penagihan klaim dilakukan paling lambat tanggal 10 pada bulan berikutnya. Proses verifikasi klaim paling lama 20 hari kerja. Dan pembayaran klaim paling lama 7 hari kerja setelah proses klaim selesai. *Pengecualinya* untuk klaim tahun 2010 Rawat Inap di Puskesmas perawatan, persalinan oleh Bidan/Puskesmas dan klaim Rumah Sakit untuk masa pelayanan kesehatan sampai dengan 31 Desember 2010 dapat ditagihkan klaimnya ke PT

- Askes (persero) paling lambat tanggal 4 Januari 2011. Jika melewati waktu tersebut maka pembiayaan menjadi tanggung jawab pemberi layanan.
- ii. Penghasilan RS dari pembayaran klaim digunakan untuk:
1. Jasa Pelayanan 44 – 65 %
 2. Sarana dan prasarana minimal 5 %
 3. Bahan Habis Pakai Minimal 20 %
 4. Manajemen (direktur, pejabat dan pengelola) RS maksimal 10%.
- c. Pembayaran pelayanan kehamilan dan persalinan.
 Penagihan pelayanan ANC, Persalinan dan PNC yang diberikan oleh Puskesmas, dan jaringannya (puskesmas pembantu, poskesdes dan bides) ditagihkan melalui Puskesmas setiap tanggal 5 awal bulan. PT Askes melakukan pembayaran langsung ke Rekening Puskesmas selambat-lambatnya 15 hari kerja setelah menerima tagihan. Dan bendahara Puskesmas membayarkan tagihan tersebut kepada Puskesmas dan jaringannya selambat-lambatnya 10 hari kerja sejak dana diterima.
 Pelayanan ANC, Persal, PNC diberikan sampai 1 April 2011, selanjutnya dijamin dengan program Jampersal Nasional.

4. Penyerahan dana JKA tahun 2011 dilakukan secara bertahap berdasarkan persentase dengan cara sebagai berikut:
 - a. Tahap Pertama penyerahan dana JKA sebesar 20% (dua puluh persen) dari total biaya pelayanan kesehatan langsung dan tidak langsung.
 - b. Tahap Kedua penyerahan dana JKA sebesar 40% (empat puluh persen) dari total biaya pelayanan kesehatan langsung dan tidak langsung dalam jangka waktu paling lambat 14 (empat belas) hari setelah penyerahan laporan pelaksanaan JKA untuk periode bulan Januari 2011 sampai dengan bulan Maret 2011.
 - c. Tahap Ketiga penyerahan dana JKA sebesar 30% (tiga puluh persen) dari total biaya pelayanan kesehatan langsung dan tidak langsung dalam jangka waktu paling lambat 14 (empat belas) hari setelah penyerahan laporan pelaksanaan JKA untuk periode bulan April 2011 sampai dengan bulan Juni 2011.
 - d. Tahap Keempat penyerahan Dana JKA sebesar 30% (tiga puluh persen) dari total biaya pelayanan kesehatan langsung dan tidak langsung dalam jangka waktu paling lambat 14 (empat belas) hari setelah penyerahan laporan pelaksanaan JKA untuk

periode bulan Juli 2011 sampai dengan bulan September 2011.

5. Apabila penyerahan dana JKA yang telah dibayarkan pada tahap-tahap sebelumnya ternyata tidak mencukupi untuk membayar kewajiban kepada fasilitas kesehatan atas pelayanan JKA yang telah diberikan maka dapat dilakukan permintaan pembayaran dipercepat secara tertulis. Pembayaran dana JKA tersebut paling lama 30 (tiga puluh) hari kalender setelah diterimanya permintaan.
6. Pembayaran biaya operasional PT Askes (Persero) dilakukan pada setiap tahap pelaksanaan pembayaran dana JKA, yang besarnya dalam masing-masing tahap sebanding dengan persentase pembayaran dana JKA sebagaimana dimaksud.
7. Tahapan Pelaporan Keuangan JKA
Pelaporan keuangan disampaikan oleh PT Askes (Persero) kepada Kepala Dinas Kesehatan Aceh, yang meliputi laporan pengelolaan dana pelayanan kesehatan langsung dan pelayanan kesehatan tidak langsung, yang disampaikan paling lambat 12 hari kerja bulan berikutnya. Pelaporan keuangan terdiri dari: Laporan Posisi Keuangan, Laporan Aktivasi, Laporan Arus Kas dan Catatan ats Laporan Keuangan, yang dilaporkan setiap bulan, triwulan dan tahunan.
8. Tahapan Penyetoran Dana Sisa

Pada akhir tahun program JKA jika terjadi sisa dana pelayanan kesehatan langsung dan tidak langsung maka saldo tersebut disetorkan ke kas Pemerintah Aceh. Sisa dana yang disetorkan memperhitungkan nilai klaim yang belum diajukan ke PT Askes dan Klaim yang telah diajukan namun belum dibayar (terhutang).

Pemanfaatan pembiayaan pelaksanaan program JKA sebagai berikut:

1. Pada tahun 2010 alokasi dana JKA sebesar Rp 241.965.073.000,- untuk jangka waktu program 7 bulan terhitung mulai 1 Juni – 31 Desember 2010. Pemanfaatan dana JKA untuk pembiayaan pelayanan kesehatan langsung sebesar Rp 205.670.312.050,- atau 85 % . Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Tidak Langsung sebesar Rp 24.196.507.300,- atau 10 %. Biaya Operasional PT Askes (Persero) sebesar Rp 12.098.253.650,- atau 5 %.

Dari dana yang dialokasi tersebut, realisasi pemanfaatan dana JKA untuk pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan tidak langsung adalah sebesar Rp 209.338.447.562,- atau sekitar 87 %. Dengan rinciannya untuk dana pelayanan kesehatan langsung sebesar Rp 191.620.295.790,- (untuk peserta JKA Murni sebanyak 1.747.203 jiwa dan JKA Jamkesmas sebanyak 2.593.823 jiwa atau totalnya 4.341.026

jiwa). Sedangkan Dana pelayanan kesehatan tidak langsung sebesar Rp.5.619.928.122,-. Sisa dana JKA sebesar Rp 32.626.595.488,- atau sekitar 13 %. Sisa dana tersebut disetorkan ke KAS Daerah.

Ringkasan Realisasi dan Progres Dana JKA tahun 2010 dapat diperhatikan pada tabel 4.5 berikut:

Tabel 4.5
Realisasi Anggaran Jaminan kesehatan aceh
Tahun 2010

No	Uraian	Jumlah	Jumlah	Keterangan
		(Rp)	(Jiwa)	
1	Dana JKA 2010	241.965.073.050		100%
	a. Realisasi	209.338.477.562		87%
	b. Operasional PT Askes	12.098.253.650		5 %
	c. Sisa	32.626.595.488		13%
2	Dana Pelayanan Kesehatan			
	a. Kapitasi untuk Puskesmas (RJTP)	85.537.382.000	4.033.805	316 PKM di 23 kab/kota
	b. Pelayanan ANC,		7.856	

	Persalinan, dan PNC			
	c. Pelayanan RJTL di kab/kota (Aceh)		165.576	25 RSUD
	d. Pelayanan RITL di RSUD kab/kota (Aceh)		89.129	
	e. Fasilitas Obat dan Penunjang Medis		189.505	25 Apotik; 13 optikal, dsb
	f. RITL dan RJTL di Medan		272	7 Rumah Sakit
	g. RITL dan RJTL di RSU Jakarta		142	4 Rumah Sakit
3	Belanja Tidak Langsung (Manlak, sosialisasi, validasi, entry data, cetak kartu, dsb.)	5.619.928.122		

Sedangkan realisasi dana pelayanan kesehatan langsung periode 1 Juni – 31 Desember 2010 untuk jenis-jenis dan jenjang pelayanan dapat diperhatikan pada tabel 4.6 berikut.

Tabel 4.6
Alokasi dan Realisasi Dana 2010 berdasarkan jenis dan jenjang pelayanan JKA.

No	Jenis Pengeluaran	Alokasi Biaya (Rp)	Realisasi (Rp)	Persentase (%)
1	RJTP	68.104.516.667	87.217.766.310	128
2	RITP	1.611.632.153	7.370.377.800	457
3	RJTL	69.059.894.282	21.342.269.148	31
4	RITL	65.775.768.948	75.179.169.589	114
5	Promkes	1.118.500.000	-	-
		205.670.312.050	191.109.582.847	93

PT Askes (Persero) Cabang Banda Aceh, 2011.

Pada tahun 2010, realisasi dana pelayanan kesehatan langsung JKA sebesar 93 persen yaitu mencapai Rp 191.109.582.847,-. Realisasi belanja untuk RJTP, RITP, dan RITL melebihi dari yang dialokasikan. Kelebihan pembiayaan tersebut digunakan/diambil dari pembiayaan RJTL yang penyerapan rendah yaitu 31 persen. Sedangkan biaya promosi kesehatan tidak pernah terpakai. Hal ini terlihat dari realisasinya adalah 0 (nol).

2. Alokasi dana JKA pada tahun 2011 mengalami peningkatan menjadi Rp 400.000.000.000,- atau

meningkat 60,25 persen untuk jangka waktu pelayanan 12 bulan terhitung 1 Januari – 31 Desember 2011. Peningkatan dana tersebut karena perbedaan jangka waktu pelayanan JKA yang signifikan antara tahun 2010 dengan 2011. Pemanfaatan dana JKA setelah dikurangi biaya operasional PT Askes (Persero) 5 % atau Rp. 18.738.962.290,-. Penggunaannya adalah untuk pelayanan kesehatan langsung sebesar 90 % atau sebesar Rp 342.712.437.149,- dan pelayanan kesehatan tidak langsung 10 % sebesar 38.548.600.561,-. Serta biaya operasional PT Askes

Dari dana yang dialokasi tersebut, realisasi pemanfaatan dana JKA sampai dengan Agustus 2011 adalah, pelayanan kesehatan langsung berjumlah 185.565.515.690,- atau 54 %, untuk melayani peserta JKA Murni sebanyak 1.747.203 jiwa dan JKA Jamkesmas sebanyak 2.593.823 jiwa atau totalnya 4.341.026 jiwa. Rincian penyerapan dana pelayanan kesehatan langsung periode Januari - Agustus 2011 dapat diperhatikan sebagai berikut (tabel 4.7):

Tabel 4.7
Alokasi dan Realisasi Dana Pelayanan Langsung JKA
2011 (Januari-Agustus 2011)

No	Jenis Pengeluaran	Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	Persentase (%)
1	RJTP	177.354.432.000	44.576.639.176	25
2	RITP	4.680.848.770	6.951.654.350	149
3	RJTL	21.659.838.899	31.162.174.973	144
4	RITL	139.017.317.480	102.695.050.191	74
5	Promkes	-tidak ada alokasi	-	-
		342.712.437.149	185.565.515.690	54,15

Sumber: PT Askes (persero) Cabang Banda Aceh, 2011.

Jenis pengeluaran realiasi pelayanan kesehatan langsung yang melebihi alokasinya adalah untuk jenis pengeluaran RITP sudah lebih 49% dari alokasinya, dan RJTL sudah lebih 44% dari alokasinya. Meningkatnya jumlah realisasi di RITP dipengaruhi oleh tindakan Puskesmas dalam menekan instensitas jumlah layanan rujukan pasien ke RJTL dan RITL RS. Pada tahun 2011 biaya promosi kesehatan tidak dialokasikan.

Dalam pengelolaan dana JKA baik tahun 2010 dan 2011 terdapat beberapa persoalan sebagai berikut:

1. Ditemuai keterlambatan proses pembayaran klaim dan dana kapitasi Puskesmas. Untuk klaim bulan Juni – Agustus 2010 baru dibayarkan pada bulan September 2010. Dan pada tahun 2011 untuk klaim bulan Januari-

- Maret baru bisa dibayarkan pada bulan April 2011. Keterlambatan pembiayaan juga terjadi pada pembayaran dana kapitasi Puskesmas.
2. Keterlambatan pendanaan JKA kepada fasilitas kesehatan terkait dengan tidak terlambatnya pengesahan APBA (tidak disiplin anggaran). Pada tahun 2011, pengesahan APBA baru disahkan pada bulan Mei.
 3. Keterlambatan pembayaran klaim kepada RS juga terkait dengan verifikasi kebenaran ajukan klaim. Dalam kasus yang dihadapi RSUZA misalnya ada pelayanan kesehatan yang sifatnya *high class - high cost* (seperti pasang pen) yang telah diberikan sejak Juni sampai Agustus 2010 yang nilainya mencapai sekitar 1 Miliar tidak bisa dibayarkan karena dengan alasan tidak ada dalam Manlak JKA, namun disatu sisi Manlak baru diterbitkan pada bulan Agustus 2010 (pernyataan Taufik Mahdi, Direktur RSUZA).

4.2.6. Pengorganisasian

Pengorganisasian 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 (SKPA) dibidang kesehatan yang bertanggung jawab kepada Gubernur Aceh.

Tim Koordinasi berfungsi sebagai regulator dalam penyelenggaraan JKA. Tim Pengawas berfungsi untuk menjaga dan menjamin kelancaran dan kesesuaian pelaksanaan JKA di fasilitas kesehatan dalam memberikan manfaat pelayanan kepada masyarakat.

Keanggotaan Tim Koordinasi Provinsi terdiri dari Gubernur (Pengarah), Sekretaris Daerah (Ketua), Kadis Kesehatan Aceh (Wakil Ketua), Kepala PT Askes (Persero) Regional I (Sekretaris), dan Anggota terdiri dari Ketua Komisi F DPR, Kepala Biro Hukum Setda Aceh, Kepala Bappeda, Kepala Dinas DPKKA, Direktur RSUZA, Akademisi, Staf Ahli Gubernur Bidang Kesehatan, Kepala PT Askes (Persero) Cabang Banda Aceh. Dalam pelaksanaan tugasnya Tim Koordinasi membentuk Tim Sekretariat yang terdiri unsur Dinas Kesehatan Aceh dan unsur PT Askes (Persero).

Keanggotaan Tim Koordinasi di Kabupaten/Kota terdiri dari Bupati/Walikota (Pengarah), Sekretaris Daerah (Ketua), Kepala Dinas Kesehatan (Wakil Ketua), Kepala Cabang PT Askes (Persero) (Sekretaris), dan Anggota terdiri dari Ketua Komisi Bidang Kesehatan DPR Kabupaten/Kota, Ketua Bappeda, Direktur RSUD dan unsur PT Askes Persero.

Untuk keanggotaan Tim Pengawas Provinsi terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Aceh (Ketua), dan anggota pengawas medik masing-masing 1 (satu) orang terdiri dari perwakilan Dewan

Pimpinan Manajemen PT Askes (persero), Ikatan Dokter Indonesia Wilayah, Persatuan Dokter Gigi Indonesia Wilayah, Persatuan Perawat Nasional Indonesia, dan Ikatan Bidan Indonesia dan anggota pengawas non medik masing-masing 1 (satu) orang terdiri dari perwakilan Inspektorat Aceh, Tokoh Masyarakat, LSM Bidang Kesehatan, perwakilan Tim Anti Korupsi Aceh (TAKPA), dan organisasi wartawan. Sedangkan Tim Pengawas tingkat Kabupaten/Kota juga serupa, hanya berbeda susunan Anggota Pengawas Non Medik yang hanya terdiri dari LSM Bidang Kesehatan dan Tokoh Masyarakat. Selain itu juga dibentuk Tim Pengawas tingkat Kecamatan sebanyak 2 (dua) orang.

Untuk mengelola penyelenggaraan JKA, Pemerintah Aceh menunjuk PT Askes (Persero) sebagai Badan Penyelenggara JKA (BPJKA). BPJKA mempunyai tugas dan fungsi meliputi manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen keuangan. Penunjukan PT Askes (Persero) melalui Keputusan Gubernur Aceh Nomor 440/185/2010 tentang Penugasan PT. Askes (Persero) sebagai Pengelola Manajemen JKA. Kemudian disertai dengan perjanjian kerjasama antara Pemerintah Aceh dan PT Askes (Persero) Nomor 09/PKS/2010-154/KTR/0610 tanggal 1 Juni 2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Aceh.

Bila dilihat dari struktur pengorganisasian penyelenggaraan JKA dapat dikatakan referesentatif. Hal tersebut terlihat dari keterlibatan berbagai unsur-unsur baik dari Pemerintah Aceh, DPRA, PT Askes (persero), LSM, Lembaga profesi kesehatan, tokoh masyarakat dan perwakilan wartawan. Beragamnya unsur-unsur organisasi yang terlibat disertai dengan kompleksnya pekerjaan masing-masing di instansi asalnya. Diantara unsur-unsur pengorganisasian program JKA membutuhkan koordinasi yang efektif dan efisien serta saling bersinergis. Hal ini karena koordinasi merupakan salah satu elemen penting yang menyatukan bagian-bagian dalam pengorganisasian JKA dalam rangka pencapaian tujuan program JKA. Pelaksanaan koordinasi program JKA yang melibatkan hubungan antar individu, kelompok dan unit dalam organisasi JKA hanya dapat dilakukan melalui penggunaan metode atau mekanisme yang sesuai kebutuhan.

Dalam perkembangannya, pelaksanaan koordinasi antar pengorganisasian program JKA terdapat beberapa permasalahan sebagai berikut:

Pertama, terjadi perbedaan persepsi antara pihak RS dan PT Askes (Persero) dalam hal pelaksanaan prinsip pelayanan JKA yang terkendali biaya. Di satu sisi pihak RS telah memberikan pelayanan kepada pasien JKA, terutama pasien gawat darurat walaupun si pasien tidak memiliki identitas yang jelas dan surat rujukan dari

Puskesmas. Sementara bagi pihak PT Askes pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan kelengkapan identitas pasien dan berdasarkan prinsip layanan rujukan. Hal tersebut untuk memenuhi prinsip rasionalisasi biaya pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut menyebabkan beberapa item pelayanan yang telah diberikan RS tidak dapat dibayarkan klaimnya oleh pihak PT Askes (Persero) karena dianggap RS memberikan pelayanan tanpa mengikuti standar pelayanan JKA.

kedua, Pedoman pelaksana (Manlak) JKA baru dikeluarkan pada bulan Agustus sedangkan JKA sudah diterapkan terhitung 1 Juni 2010. Artinya Manlak terlambat 3 (tiga) bulan dikeluarkan. Pada masa 3 bulan kekosongan Manlak tersebut, pihak RS telah memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien JKA. Dalam perkembangan selanjutnya Manlak 2010 harus direvisi kembali guna menyesuaikan dengan kondisi terkini pelayanan kesehatan. Revisi Manlak tahun 2011 belum melibatkan partisipasi aktif dari seluruh unsur pengorganisasian JKA terutama dari unsur RS dan profesi medis dan nonmedis yang notabene adalah pihak yang langsung berkaitan erat dengan aspek pelayanan kesehatan. Termasuk juga dengan keterlibatan pihak-pihak dari Kabupaten/Kota. Sampai dengan bulan Nopember 2011 Manlak JKA edisi revisi belum dikeluarkan.

Ketiga, penyusunan Daftar Obat Tambahan (DOT) yang dimaksudkan untuk menutupi kekosongan obat dalam daftar platform harga obat (DPHO) milik PT Askes, belum melibatkan PT Askes (Persero) dan pihak pemberi pelayanan kesehatan, lembaga profesi medis, termasuk juga Tim Koordinasi dan Tim Pengawas Program JKA. Sedangkan menurut pihak PT Askes sebagian cakupan item obat dalam DOT sudah ada dalam DPHO walaupun berbeda merknya.

keempat, diantara pengorganisasian JKA yaitu baik dari unsur Tim Koordinasi, Tim Pengawas dan PT Askes (Persero) belum berjalan koordinasi yang optimal. Koordinasi cenderung hanya terjadi bilamana timbulnya permasalahan di lapangan. Misalnya koordinasi dalam hal mencari solusi terhadap persoalan keterlambatan pembayaran klaim RS dan penyaluran dana kapitasi Puskesmas yang terjadi bulan Juni – Agustus 2010 dan untuk pelayanan kesehatan yang telah dilakukan dari Januari – April 2011 yang baru bisa dibayarkan pada bulan Juni 2011. Kondisi tersebut disebabkan hingga saat ini belum tersedia standar dan petunjuk pelaksanaan koordinasi antar penyelenggara JKA.

4.2.7. Pemantauan Dan Evaluasi

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan kondisi kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan JKA. Sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian keberhasilan JKA.

Pemantauan dilakukan terhadap; (1) manajemen kepesertaan yang meliputi pembentukan master file, kepemilikan kartu JKA, dokumentasi peserta dan penanganan keluhan; (2) manajemen pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan peserta; dan (3) manajemen keuangan yang meliputi jadwal pembayaran fasilitas kesehatan, kecukupan biaya dan pertanggung jawaban keuangan. Sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat keberhasilan pelaksanaan JKA terhadap; (1) indikator input; (2) indikator proses; (3) dan indikator output. Pemantauan dan evaluasi dilakukan dalam bentuk kegiatan pertemuan dan koordinasi, analisis laporan, kunjungan lapangan, survey dan kajian, penanganan keluhan, dan laporan media (Manlak JKA. 2010).

Proses pemantauan dan evaluasi dilakukan oleh PT Askes (Persero) bersama-sama dengan Tim Koordinasi Provinsi dan Tim Pengawas Provinsi, Kabupaten/Kota serta Kecamatan. Tim Koordinasi Provinsi melakukan evaluasi penyelenggaraan JKA dan melakukan analisis dan kajian pelaksanaan JKA. Tim Pengawas melakukan pengawasan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat, pengawasan manajemen kepesertaan, dan penanganan keluhan. Dalam pelaksanaan pemantauan dan evaluasi JKA terdapat beberapa isu-isu sebagai berikut:

1. Belum tersedia prosedur formal petunjuk teknis dan pelaksana proses pemantauan dan evaluasi.
2. Evaluasi menyeluruh penyelenggaraan JKA belum dilakukan. Evaluasi cenderung dilakukan bersama-sama bilamana terjadi masalah terhadap aspek-aspek tertentu saja. Seperti persoalan keterlambatan pembayaran klaim RS dan dana kapitasi Puskesmas.
3. Evaluasi pelayanan JKA di RS dilakukan setiap bulan tapi sistem pelaporannya tidak dibuat secara berkala oleh Dinkes Aceh.
4. Tingginya insentitas pemberitaan media massa terhadap implementasi JKA cenderung dijadikan dasar pertimbangan dalam melaksanakan pemantauan dan evaluasi. Sedangkan pertemuan dan koordinasi antar organisasi JKA, survey dan kajian belum terjadi. Dan penanganan keluhan peserta JKA selama ini terjadi secara informal yang diberikan oleh Humas JKA di Dinas Kesehatan Aceh.
5. Proses validasi dan verifikasi untuk memisahkan penduduk aceh yang telah ada program jaminan kesehatan dengan yang belum memiliki jaminan kesehatan belum selesai dilakukan. Pemisahan kepesertaan tersebut penting dilakukan mengingat program JKA memiliki sistem pembiayaan

kesehatan terintegrasi untuk peserta Jamkesmas, dan anggota keluarga Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang tidak ditanggung dalam Askessos. Validasi dilakukan terhadap 4.802.137 jiwa penduduk Aceh (Dinkes Aceh. 2011). Penduduk Aceh sudah terdata berjumlah 3.499.440 jiwa atau tujuh puluh tiga persen, masih terdapat 1.302.697 jiwa penduduk Aceh atau dua puluh delapan persen yang belum didata.

6. Hasil validasi dan verifikasi penduduk Aceh, peserta JKA sudah mencapai 2.147.972 jiwa atau mencapai 44,73 persen dari total penduduk Aceh (4.802.137) yang terdiri dari peserta JKA Jamkesmas sebanyak 856.359 jiwa dan peserta JKA murni sebanyak 1.291.613 jiwa. (hingga November 2011).

Belum selesainya proses validasi peserta JKA tersebut dikarenakan faktor internal dan eksternal. Faktor eksternalnya, *Pertama* masih terdapat penduduk di pedesaan yang belum memiliki KTP sebagai pengganti KTP "Merah-Putih". *Kedua* penduduk yang telah memiliki jenis jaminan kesehatan tidak menempatkan pengisian dan pengembalian form validasi peserta JKA sebagai prioritas, sehingga petugas validasi tidak mendapatkan data sesuai kebutuhan (Humas JKA;2010). Faktor internal, *pertama*

terbatasnya biaya operasional pendataan. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat (Zafid Luthfi : 2011) yang menyatakan bahwa: "*tim validasi peserta JKA tidak maksimal melakukan tugasnya lagi akibat terkendala biaya operasional kerja*". *Kedua* SDM Tim Validasi peserta JKA yang direkrut dari Kecamatan minim pengalaman dan kompetensi dibidangnya. Hal ini sependapat dengan pernyataan Kepala PT Askes Persero Cabang Banda Aceh (Zulfadli;2011).

7. Sampai dengan Nopember 2011 (tahun kedua) pelaksanaan program JKA, kartu JKA belum selesai dicetak semua. Begitu juga dengan pendistribusian kartu JKA yang telah dicetak belum semuanya disalurkan ke peserta. Kondisi tersebut menyebabkan masih ada penduduk yang berobat hanya menggunakan KTP dan KK.
8. Terjadi kecenderungan peningkatan beralihnya pasien umum dan jamkesmas ke layanan JKA, karena program JKA menanggung pembiayaan yang relatif lebih tinggi bila dibandingkan jaminan kesehatan lainnya. Namun beralihnya pemanfaatan fasilitas berobat tersebut, belum disertai dengan motivasi pasien untuk mengurus mengurus kelengkapan persyaratan Administrasinya.

9. Petugas verifikator yang ditempatkan di RS masih terbatas baik kuantitas dan kapasitasnya sedangkan pelayanan instensitas pelayanan JKA yang diberikan meningkat dan kompleks. Dari segi kuantitas petugas verifikator berjumlah 3 orang dirasakan tidak sebanding dengan instensitas pelayanan yang tinggi. Dari segi kualitas, petugas verifikator yang direkrut tidak semuanya mempunyai basic kompetensi keilmuan kesehatan.
10. Pengawasan pelayanan kesehatan di Puskesmas belum berjalan dengan optimal, sehingga instensitas pelayanan rujukan pasien dari puskesmas tinggi dan belum memenuhi standar pemberian layanan rujukan. Dasar pemberian layanan rujukan tidak semata-mata karena indikasi/diagnosis medis, melainkan karena atas permintaan pasien atau dikenal dengan rujukan "atas permintaan pasien (APP)". Kondisi tersebut menyebabkan membludaknya pasien JKA di RS, padahal jenis penyakit yang dilayani dikategorikan masih sangat relevan ditangani di Puskesmas.
11. Sosialisasi JKA tahap pertama secara resmi dilakukan pada tanggal 27 Mei 2010 di Banda Aceh (3 hari sebelum JKA diterapkan) kepada para Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Direktur RSUD

Kabupaten/Kota. Pada sosialisasi tahap pertama diberikan Manlak dalam bentuk softcopy. Dan sosialisasi tahap kedua tanggal 20 Agustus 2010 baru diberikan Manlak JKA dalam bentuk buku. Harapannya dari sosialisasi tahap pertama dan kedua dapat diteruskan kepada Kepala Puskesmas dan Kecamatan untuk diteruskan kepada masyarakat. Akan tetapi pelaksanaan tidak berjalan efektif ditingkat kecamatan dan pedesaan.

12. Terjadinya pelonjakan pasien JKA di RSUZA yang berasal dari Kabupaten/Kota, terutama pasien yang menunggu antrean operasi dan rawat jalan. Namun peningkatan tersebut belum disertai dengan ketersediaan infrastruktur dan sarana RSUZA yang memadai.

BAB V

PERBAIKAN SISTEM PELAKSANAAN JKA

Pelaksanaan program JKA yang masih mengalami beberapa permasalahan diperlukan perbaikan guna peningkatan keberhasilan. Perbaikan JKA harus meliputi aspek-aspek yang mendorong peningkatan kualitas pelayanan bagi penduduk Aceh. Perbaikan dapat dilakukan pada aspek kepesertaan, pelayanan, koordinasi, pengawasan dan pembiayaan.

5.1. Kepesertaan

Penduduk Aceh selaku penerima manfaat langsung program JKA harus memperoleh jaminan bahwa setiap penduduk Aceh, tidak terkecuali, mendapatkan pelayanan kesehatan khususnya yang didanai melalui program JKA. Untuk mencapai tujuan tersebut maka perlu adanya perbaikan-perbaikan jangka pendek dan jangka panjang.

Perbaikan yang digolongkan dalam perbaikan jangka pendek bertujuan untuk menyelesaikan permasalahan-permasalahan yang timbul selama proses validasi dan verifikasi data kepesertaan JKA. Perbaikan ini diharapkan dapat mempercepat proses validasi dan verifikasi kepesertaan. Adapun perbaikan-perbaikan yang harus segera dilakukan oleh pihak penyelenggara JKA adalah sebagai berikut:

1. Pemerintah Aceh melalui satuan kerja terkait harus meningkatkan instensitas dan kualitas promosi program JKA. Promosi dapat dilakukan melalui media cetak dan elektronik. Media cetak dapat dilakukan dengan pembuatan baliho, poster, maupun promosi melalui surat kabar daerah. Promosi melalui media elektronik dapat melalui radio maupun televisi. Iklan masyarakat yang dibuat harus berisikan himbuan kepada penduduk Aceh agar mau berperan aktif dalam proses validasi. Iklan masyarakat tersebut harus berisikan ajakan kepada masyarakat untuk memberikan informasi yang benar mengenai data individu dan keluarga. Penekanan ajakan juga diperlukan untuk hal kesadaran diri mendatangi pihak desa atau tim validasi guna mendaftarkan diri sebagai peserta JKA.
2. PT Askes (persero) selaku penyusun master file database peserta JKA harus segera menyelesaikan proses validasi dan verifikasi peserta JKA agar proses penerbitan kartu dapat segera dilakukan.
3. PT Askes (persero) selaku penanggungjawab penerbit dan pendistribusian Kartu JKA harus mampu mempercepat proses penerbitan kartu JKA. Kartu yang telah diterbitkan harus segera diserahkan ke peserta JKA sesuai dengan nama yang tercantum dalam kartu.

Penataan JKA pada jangka panjang harus mampu menciptakan sistem kepesertaan yang menjamin seluruh penduduk Aceh masuk ke dalam sistem jaminan kesehatan yang diberikan oleh JKA. Sistem kepesertaan pada jangka panjang harus mampu membedakan pelayanan berdasarkan tingkat pendapatan dan pendistribusian penduduk Aceh. Sistem kepesertaan yang terbentuk harus mampu menciptakan kepesertaan yang efektif dan efisien. Beberapa perbaikan jangka panjang yang dapat dilakukan oleh Pemerintah Aceh adalah sebagai berikut:

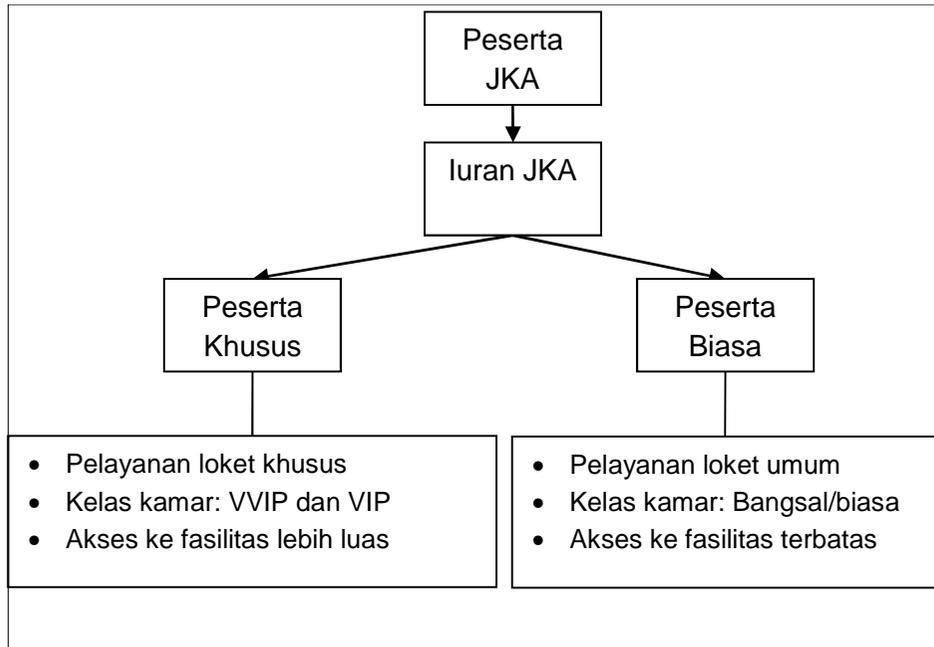
1. Penetapan Tingkat Kepesertaan

JKA sebagai program jaminan kesehatan bagi masyarakat harus memiliki rencana pengembangan sistem kepesertaan yang mempertimbangkan faktor pendapatan dan kontribusi peserta. Penduduk yang membayar premi/uaran yang lebih besar maka akan memperoleh pelayanan yang lebih baik. Pelayanan yang dimaksud bukan dari segi pelayanan medis melainkan pelayanan non medis seperti jenis kamar maupun proses administrasi. Penerapan ini diharapkan mampu memotivasi penduduk dengan level yang lebih rendah agar meningkatkan level kepesertaan sehingga timbul usaha untuk meningkatkan kemampuan ekonominya. Kondisi ini dapat

memciptakan suatu masyarakat yang dinamis dan kreatif guna mendapat status yang lebih baik.

Kebijakan pembagian kelas kepesertaan tidak ditujukan untuk menciptakan diskriminasi di dalam pelayanan kesehatan, akan tetapi menciptakan keadilan pelayanan berdasarkan kontribusi yang diberikan. Pada jangka panjang kebijakan ini diharapkan mampu menciptakan kondisi kemasyarakatan yang mau memberikan kontribusi yang lebih besar guna mendapat pelayanan kesehatanyang lebih baik. Alur kebijakan dapat dijadikan seperti di bawah ini (bagan 5):

Bagan.5
Konsep Pembagian Kepesertaan



Konsep pembagian kepesertaan di atas dapat dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut.

a. Peserta Khusus (Level I)

Peserta ini memberikan iuran yang lebih besar dibandingkan peserta biasa (level II). Peserta level I memiliki hak-hak yang lebih besar seperti; (1) Mendapatkan jenis kamar yang lebih baik, (2) Mendapatkann perlakuan khusus dalam proses administrasi, dan (3)

Memperoleh akses yang lebih luas untuk fasilitas-fasilitas kesehatan baik di Aceh maupun di luar Aceh.

b. Peserta Biasa (Level II)

Peserta ini memegang/memiliki kartu dengan katagori biasa, memiliki tanggungjawab iuran yang lebih rendah. Peserta biasa tetap medapat pelayanan kesehatan medis yang sama dengan Peserta Khusus akan tetapi hak terhadap fasilitas non medis lebih rendah, seperti jenis kamar biasa/bangsal, loket aministrasi umum. Peserta biasa memiliki akses fasilitas yang lebih terbatas.

5.2. Prosedur Pelayanan

Terkait aspek prosedur pelayanan JKA, salah satu hal penting dalam penyelenggaraan JKA adalah bahwa setiap peserta JKA berhak mendapatkan pelayanan kesehatan untuk jenis dan jenjang pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya, yang berlaku sistem pelayanan tersruktur, berjenjang dan rujukan. Agar mekanisme pelayanan JKA yang terstruktur, berjenjang dan rujukan berjalan dengan efektif. Maka perlu diberikan peningkatan pengetahuan dan pemahaman kepada penduduk Aceh khususnya peserta JKA berkenaan dengan program JKA. Pemerintah Aceh harus *intens* mendorong upaya promotif kesehatan di tingkat dasar. Beberapa hal yang dapat dilakukan adalah melalui:

- a. Pembentukan pusat pelayanan dan pusat informasi JKA di setiap Kecamatan dan Puskesmas.
- b. Memasang alur pelayanan JKA di instansi terkait seperti di pendesaan, Kecamatan, dan Puskesmas.
- c. Puskesmas perlu didorong sebagai pusat promotif kesehatan JKA melalui program supervisi JKA.

5.3. Pendanaan

Pendanaan JKA sangat tergantung pada kemampuan keuangan Aceh. Oleh sebab itu, keberlanjutan JKA sangat tergantung dari anggaran yang tersedia dalam APBA. Pada tahun 2014, diperkirakan pendapatan Aceh dari sektor Migas akan habis. Sedangkan penerimaan dari Dana Otsus setara 2 % DAU hanya berlangsung 15 tahun sejak tahun 2008, pada tahun ke 16 sampai ke 20 Aceh hanya menerima 1% setara DAU. Itu artinya pada tahun 2023 hingga tahun 2027 Dana Otsus untuk Aceh hanya sisa 1 % dari DAU. Kondisi ini dikhawatirkan akan mengganggu keberlangsungan kebijakan-kebijakan yang sedang dijalankan oleh pemerintah Aceh seperti JKA. Pola Dana Abadi Kesehatan yang disisihkan setiap tahun dari APBA perlu dimulai sebelum berakhirnya dana otonomi khusus untuk Aceh. Disamping itu Pemerintah Aceh harus mulai merencanakan sistem *cost sharing* dengan prinsip

dari rakyat untuk rakyat. Penduduk Aceh dapat mulai berpartisipasi dalam pendanaan JKA. Penduduk Aceh diharuskan membayar iuran sebesar nilai tertentu untuk dapat menggunakan fasilitas JKA. Besarnya iuran yang dibayarkan dapat ditetapkan berdasarkan jenis kepesertaan yang ingin diperoleh. Untuk menjadi peserta dengan tingkat yang lebih tinggi misalnya Peserta Khusus maka harus membayar iuran yang lebih besar dari Peserta Biasa.

Beberapa permasalahan penting yang selama ini menjadi kendala terkait dengan aspek pendanaan adalah keterlambatan pembayaran klaim RS dan penyaluran dana kapitasi kepada Puskesmas. Keterlambatan pembayaran klaim dan penyaluran dana kapitasi tersebut, mengakibatkan pihak pemberi layanan khususnya di RS harus menalangi terlebih dahulu dari biaya lainya untuk membayarkan belanja habis pakai dan jasa medis selama memberikan pelayanan kepada pasien JKA. Hal ini tidak lepas dari persoalan keterlambatan pengesahan APBA setiap tahunnya. Terkait dengan hal tersebut perlu payung hukum untuk Penggunaan Dana APBA mendahului pengesahan anggaran (tabel.5.1).

Tabel 5.1
PROYEKSI DANA TDBH MIGAS DAN DANA OTSUS
2011-2027

Tahun	Total TDBH Migas	Total Dana Otsus	Total TDBH Migas dan Otsus
2011	509.288.118.380	4.400.000.000.000	4.909.288.118.380
2012	456.844.936.042	4.444.000.000.000	4.900.844.936.042
2013	389.263.702.071	4.488.440.000.000	4.877.703.702.071
2014	268.239.056.342	4.533.324.400.000	4.801.563.456.342
2015	0	4.578.657.644.000	4.578.657.644.000
2016	0	4.624.444.220.440	4.624.444.220.440
2017	0	4.670.688.662.644	4.670.688.662.644
2018	0	4.717.395.549.271	4.717.395.549.271
2019	0	4.764.569.504.764	4.764.569.504.764
2020	0	4.812.215.199.811	4.812.215.199.811
2021	0	4.860.337.351.809	4.860.337.351.809
2022	0	4.908.940.725.327	4.908.940.725.327
2023	0	2.479.015.066.290	2.479.015.066.290
2024	0	2.503.805.216.953	2.503.805.216.953
2025	0	2.528.843.269.123	2.528.843.269.123
2026	0	2.554.131.701.814	2.554.131.701.814
2027	0	2.579.673.018.832	2.579.673.018.832

Keterangan:

TDBH Migas diproyeksikan berdasarkan proyeksi produk migas. Proyeksi Dana Otsus TA. 2011 didasarkan pada Pidato Presiden pada pengantar APBN 2011 dan tahun-tahun selanjutnya diasumsikan tumbuh 1%. Dana Otsus 2% dari plafon DAU nasional, menurun menjadi 1% sejak tahun 2023.
(Sumber : TIM TDBH Migas dan Otsus)

5.4. Pengorganisasian

Keterlibatan unsur –unsur organisasi bila dilihat dalam pengorganisasian JKA, belum terjadi pemisahan keterlibatan para pihak secara tegas, hal ini berpotensi menimbulkan *overlapping* atau duplikasi dan beban ganda pelaksanaan kewenangan dan tugas. Dinas Kesehatan sebagai pelaksana teknis JKA yang bertanggung jawab kepada Gubernur, selain menjadi unsur Tim Koordinasi juga menjadi Ketua Tim Pengawas. Kondisi tersebut akan menyebabkan bias pelaksanaan tugas pokok dan fungsi.

Pengorganisasian adalah tahapan awal dalam proses implementasi dan pengendalian program yang mempengaruhi proses-proses selanjutnya. Hal yang menjadi penting dan kritis adalah unsur-unsur organisasi yang terlibat dalam program JKA harus diberikan dan ditegaskan kewenangan, tugas dan fungsinya secara proposional sehingga memberikan kepastian implementasi dan kepastian untuk akuntabilitasnya. Intensitas pelibatan secara aktif unsur-unsur organisasi dalam penyelenggaraan JKA baik di tingkat Provinsi dan tingkat Kabupaten/Kota sangat penting dalam implementasi JKA. Pelibatan tersebut harus dimulai dari tahap formulasi, implementasi maupun evaluasi kebijakan JKA. Pelibatan setiap unsur-unsur organisasi penyelenggara JKA yang kurang insentif dalam formulasi akan memancing

resistensi dan menimbulkan sikap apriori. Pelibatan secara intens dipandang strategis mengingat kapasitas dari setiap unsur-unsur organisasi JKA lebih memahami teknis dan substansi dari prinsip Pelayanan Kesehatan, sehingga potensi masalah akibat dari kompleksitasnya bidang kesehatan dapat diperhitungkan dan diantisipasi sedini mungkin.

Dalam beroperasinya hubungan kerja antar unsur-unsur organisasi dalam penyelenggaraan JKA tersebut, dapat digunakan pendekatan optimalisasi interaksi atau komunikasi antar unsur penyelenggara dalam pengorganisasian JKA, maka dalam interaksi dapat digunakan pendekatan pertukaran organisasi yaitu menyatakan bahwa organisasi bekerja dengan organisasi lain dengan saling mempertukarkan manfaat mutual. Ciri utama dari pertukaran antar-organisasi adalah merupakan interaksi sukarela yang dilakukan demi mencapai tujuan masing-masing untuk kepentingan bersama yang lebih besar (Levine dan White, 1961). Bentuk interaksi yang dapat dikembangkan adalah melembagakan rapat tripartit yaitu antara Dinas Kesehatan Aceh, Tim Koordinasi dan Tim Pengawas. Penjadwalan rapat tripartit dapat diagendakan secara rutin dengan pilihan-pilihan tentatif waktu yang tersedia.

5.5. Pemantauan dan Evaluasi.

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan kondisi kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan JKA. Sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian keberhasilan JKA. Pemantau dan evaluasi tidak dilaksanakan secara berkisinambungan, terkesan dilaksanakan secara isedentil sehingga pelaksanaan JKA seolah berjalan tanpa ada koordinasi. Padahal posisi tim pemantau dan evaluasi ini sangat penting dalam mengawal pelaksanaan setiap tahap program JKA. Sampai kajian ini dilakukan Tim menemukan belum adanya prosedur formal petunjuk teknis dan pelaksana proses pemantauan dan evaluasi. Untuk itu perlu disusun pedoman Pemantauan dan Evaluasi JKA, sehingga dapat operasional dilaksanakan secara berkala

BAB VI PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Kebijakan Pemerintah Aceh untuk menerapkan JKA yang diharapkan dapat mengatasi persoalan keterbatasan biaya berobat yang selama ini dialami oleh penduduk Aceh mendapat dukungan positif dari seluruh elemen masyarakat. Apresiasi dan prestasi terhadap program JKA diberikan oleh presiden RI atas salah satu bentuk meningkatkan kualitas pelayanan publik dibidang kesehatan di Aceh. Akses penduduk Aceh terhadap fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan semakin mudah dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan relatif semakin baik. Namun sebagai program baru yang masih berumur satu setengah tahun, JKA masih mengalami beberapa kendala yang perlu dibenahi agar pelaksanaan JKA ke depan semakin optimal.

Beberapa kendala dan hambatan yang terjadi dalam penyelenggaraan JKA yaitu :

1. Bahwa saat JKA diluncurkan Pemerintah Aceh belum memiliki data penduduk yang valid antara penduduk yang telah dan belum memiliki jaminan kesehatan. Terjadi perbedaan perhitungan antara data BPS (yang dijadikan dasar perencanaan program JKA) dengan data Pemerintah Aceh. Kondisi itu mengharuskan PT Askes (Persero) harus mendata ulang

seluruh penduduk Aceh untuk memisahkan penduduk yang telah dan belum memiliki jaminan kesehatan untuk mendapatkan peserta JKA.

Sensus jenis-jenis jaminan kesehatan yang telah dimiliki penduduk Aceh menjadi penting dan krusial karena JKA memiliki sistem pembiayaan kesehatan yang terintegrasi untuk peserta Jamkesmas, dan anggota keluarga PNS yang tidak ditanggung dalam Askessos. Jumlah Penduduk Aceh akan dijadikan dasar untuk memformulasi kebutuhan dana JKA untuk tahun selanjutnya.

Proses validasi ulang jumlah kependudukan tersebut juga belum selesai dilakukan karena petugas validasi mengalami kesulitan dalam mengali data penduduk, yaitu masih ada penduduk di pedesaan yang belum memiliki KTP sebagai pengganti KTP "merah Putih", dan ada penduduk yg telah memiliki jaminan kesehatan tidak mengisi form validasi peserta JKA sebagai prioritas. Kondisi tersebut, mengakibatkan proses pencetakan kartu dan distribusi kartu juga belum selesai dilakukan.

Selain itu, instensitas penduduk Aceh dalam menggunakan pelayanan kesehatan JKA masih didominasi oleh masyarakat kelas menengah

- keatas yang ada di perkotaan yang notebenanya pengetahuan dan akses terhadap informasi JKA serta akses terhadap fasilitas kesehatan lebih baik daripada penduduk miskin maupun menengah di daerah pedesaan.
2. Bahwa saat JKA diluncurkan, belum tersedia Pedoman Pelaksana (Manlak) JKA sebagai Protap bagi pemberi layanan kesehatan dalam memberikan pelayanan JKA, selama 3 bulan terjadi kekosongan petunjuk pelaksana. Hal ini menunjukkan Pemerintah Aceh belum memiliki perencanaan dan strategi program JKA yang matang. Hal lain adalah lemahnya perhitungan terhadap kesiapan infrastruktur dan SDM kesehatan di fasilitas-fasilitas kesehatan dalam menyikapi dan menangani lonjakan pasien yang terjadi tiba-tiba dan meningkat tajam secara signifikan. Sosialisasi belum optimal dilakukan baik kepada kalangan pemerintah daerah dan masyarakat. Belum tersedia standar protap pelaksanaan Pengawasan Program JKA.
 3. Pencairan dana kepada fasilitas kesehatan yang tidak tepat waktu sehingga menghambat operasional pelayanan khususnya di Rumah Sakit.
 4. Alokasi dan pembagian insentif jasa pelayanan kesehatan kepada petugas kesehatan yang dimaksudkan sebagai suplemen tambahan penghasilan kesejahteraan menimbulkan kontroversi di kalangan internal instansi medi.

5. Sistem pelayanan rujukan pasien belum efektif di tingkat puskesmas sehingga terjadi ledakan pasien rawat jalan dan rawat inap di RSUD Kabupaten/Kota dan di RSUD dr. Zainoel Abidin sebagai *top referal* di Aceh. Akibatnya, antrian panjang terjadi di loket-loket pelayanan. Pemberian surat rujukan yang seharusnya diberikan berdasarkan kebutuhan indikasi medis (hasil diagnosis) belum efektif. Rujukan cenderung terjadi Atas Permintaan Pasien (APP) dan terhadap Rujukan tersebut juga tidak ada *feed back* ulang dari RSUD ke Puskesmas.
6. Program JKA masih memprioritaskan porsinya pada dimensi kuratif (mengobati).
7. Puskesmas yang diberikan dana kapitasi berdasarkan jumlah perkapita penduduk di wilayah kerjanya, belum berperan sebagai instansi pertama yang mengupayakan konsultasi kesehatan, tindakan pencegahan (preventif), promotif, dan rehabilitatif, selain upaya mengobati (kuratif).
8. Mayoritas jenis penyakit yang diderita oleh penduduk Aceh dan ditangani dengan program JKA disebabkan karena budaya hidup yang tidak sehat dan pola makan yang belum baik.
9. Pelaksanaan koordinasi diantara pengorganisasi JKA baik yang ada di tingkat Provinsi maupun di Kabupaten/Kota, atau

antara provinsi dengan kabupaten/kota belum berjalan secara optimal.

10. Koordinasi antara Tim Koordinasi, Pengawas dan PT Askes (persero) serta pihak penyedia pelayanan kesehatan belum berjalan optimal. Diantara tim pergorganisasian penyelenggara JKA masih bertindak secara tidak berkesinambungan sehingga pelaksanaan JKA cenderung berjalan tanpa ada koordinasi.

6.2. Saran dan Rekomendasi

Sebagai upaya perbaikan atas pelaksanaan program JKA dalam rangka mewujudkan kualitas kesehatan penduduk Aceh. Maka beberapa saran dan rekomendasi kepada Pemerintah Aceh sebagai berikut :

Saran :

1. Perlu menetapkan sistem pendataan Penduduk Aceh yang berkelanjutan dengan menggunakan kriteria-kriteria yang terukur, agar yang menjadi peserta JKA adalah benar-benar di prioritaskan kepada penduduk yang sangat memiliki keterbatasan biaya dalam berobat dan sangat membutuhkan pelayanan kesehatan.
2. Diperlukan pola koordinasi yang searah dan berkesinambungan. Pola koordinasi yang relevan ditawarkan adalah melembagakan pola rapat TRIPARTIT antara Pemerintah Aceh dalam hal ini Dinas Kesehatan Aceh , PT Askes (persero) selaku BPJKA, Tim Koordinasi dan Tim Pengawas baik di tingkat Provinsi maupun di tingkat Kabupaten/Kota.
3. Perlu keterlibatan organisasi profesi medis dalam Pengawasan sehingga lebih professional, hal ini juga sesuai dengan Petunjuk dan Pelaksanaan (Manlak) JKA. Tindak lanjut dari hasil pengawasan perlu diterapkan *reward and punishment*

(penghargaan dan sanksi). Semakin bagus kinerja kualitas dan instensitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemberi layanan kesehatan menjadi pertimbangan perhitungan dalam pemberian besaran dana bagi organisasi. Dan menjadi pertimbangan bagi pengembangan kualitas individual petugas kesehatan. Demikian juga sebaliknya.

4. Perlu memberikan porsi yang cukup pada dimensi preventif dan promotif, karena kecenderungan yang saat ini terjadi lebih menekankan pada aspek kuratif dan rehabilitatif. Salah satu strateginya adalah dengan mengoptimalkan Puskesmas sebagai pusat pelayanan reguler yang berfungsi sebagai informasi, konsultasi dan promosi kesehatan kepada masyarakat. Pelaksanaan fungsi tersebut harus disertai dengan penguatan SDM puskesmas, sarana dan sarana, dan pembiayaan.
5. Mengoptimalkan sistem pelayanan rujukan di Puskesmas melalui Program supervisi medis kepada Puskesmas. Supervisi medis tersebut dilakukan secara rutin dan berkala oleh petugas medis ahli yang direkrut berdasarkan kompetensi keilmuan baik dari unsur aparatur maupun unsur swasta.
6. Menambah indikator dalam memformulasi penetapan nilai dana kapitasi, bila selama ini

diberikan berdasarkan indikator perkapita penduduknya, maka indikator pemberian nilai kapitasi dapat menggunakan indikator klasifikasi Puskesmas *sangat terpencil, tidak terpencil/menengah, dan perkotaan* untuk mendapatkan nilai kapitasi berbeda.

7. Mengingat kompleksitas bidang medis maka dalam penyusunan Manlak agar melibatkan partisipasi aktif dari penyedia pelayanan kesehatan mulai dari perencanaan rancangan, perumusan, dan penetapan.

Rekomendasi :

1. Berbagai persoalan yang timbul pada Pengelolaan JKA saat ini salah satu sebabnya adalah karena penanganan program JKA yang tidak fokus dan kurang profesional. Untuk itu kedepan diperlukan pengelolaan manajemen organisasi pelayanan JKA yang lebih otonom, fokus dan profesional melalui pembentukan Badan Pelaksana atau Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Aceh (Bapel JKA).
2. Pendanaan JKA sangat tergantung pada kemampuan keuangan Aceh. Oleh sebab itu, keberlanjutan JKA sangat tergantung dari anggaran yang tersedia dalam APBA. Pemerintah Aceh harus mulai merencanakan konsep pendanaan dalam rangka menjamin ketersediaan dana bagi pelaksanaan program JKA. Pola Dana Abadi Kesehatan yang disisihkan

setiap tahun dari APBA perlu dimulai sebelum berakhirnya dana otonomi khusus untuk Aceh.

3. Keterlambatan pengesahan APBA berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim Rumah Sakit dan penyaluran dana kapitasi kepada Puskesmas, mengakibatkan pihak pemberi layanan khususnya di Rumah Sakit harus menalangi terlebih dahulu dari biaya lainnya. Terkait dengan hal tersebut perlu dibuat payung hukum untuk Penggunaan Dana APBA mendahului pengesahan anggaran dalam pembiayaan program JKA.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, Rianto. 2010. *Metodologi Penelitian Sosial dan Hukum.*, Jakarta: Granit.
- Azhar, Kasim. 1993. *Pengukuran Efektifitas dalam Organisasi, Lembaga Penerbit FEUI bekerjasama dengan Pusat antar universitas Ilmu-ilmu Sosial UI.*
- Azwar, Asrul, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Dokumen Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh, Pemerintah Aceh, Dinas Kesehatan Aceh Tahun 2010.
- Dokumen Perjanjian Kerjasama Antara Pemerintah Aceh dengan PT. Askes (Persero) Nomor: 09/PKS/2010 dan 154/KTR/0610 Tanggal 1 Juni 2010.
- Dokumen Kesepakatan Bersama Antara PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh dengan Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta JKA (Jaminan Kesehatan Aceh) Nomor: 095/0101/PKS/0610 dan 445/6158/2010 Tahun 2010.
- Dokumen Perjanjian Kerjasama Antara Gubernur Aceh dengan PT. Askes (Persero) tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Aceh Nomor: 05/PKS/2011 dan 100/KTR/0411.
- Gani, Ascobat. 1995. *Aspek-Aspek Pelayanan Kesehatan*, Jakarta: Rajawali Press.

Gibson, James Et.Al. 1994. *Organisasi Dan Manajemen: Perilaku Struktur Proses*. Jakarta : Erlangga.

Handoko T. Hani. 1995. *Manajemen*, PFPE, Yogyakarta.

Handayaniingrat Soewarno. 1983. *Pengembangan Studi Administrasi dan Manajemen*, Jakarta, Gunung Agung.

<http://budisantoyunus.blogspot.com/2010/02/skema-jaminan-sosial-di-indonesia.html>

Kania Damayanti. 2008. *Evaluasi Implementasi Kebijakan Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin dan Prospek Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Jurnal Borneo Vol. 4. PKP2A III LAN

Lubis, S.B. Hari dan Husaini, Martani, 1987. *Teori Organisasi (Suatu Pendekatan Makro)*, PAU-UI, Jakarta.

Manulang, M. 1983. *Dasar-Dasar Management*. Ghalia Indonesia: Jakarta.

Mohammad, Ismail, dkk, 2010. *Evaluasi Penerapan Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (Askeskin) di Indonesia.*, Jakarta: Lembaga Administrasi Negara.

Mohammad Ismail. 2005. *Laporan Kajian Sistim Jaminan Sosial Nasional.*, Jakarta: Lembaga Administrasi Negara.

Moenir. 2001. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*, Jakarta: Bumi Aksara.

Nasution M N. (2005). *Manajemen Mutu Terpadu*. Edisi 2. Bogor: Ghalia.

Nugroho Riant. 2009. *Public Policy*, Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Qanun Aceh Nomor 10 Tahun 2010 tentang Kesehatan.

Sondang P. Siagian. 1989. *Teori Motivasi dan Aplikasinya*, Bina Aksara: Jakarta.

Steers, M Richard. 1985. *Efektivitas Organisasi*. Jakarta: Erlangga.

Thoha, M. 2004. *Perilaku Organisasi, Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Jakarta: CV.Rajawali.

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

Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh

Warella, Y. 1997. *Administrasi Negara dan Kualitas Pelayanan Publik*, Naskah Pidato Pengukuhan Guru Besar FISIP UNDIP Semarang.

Westra, Priata.1982. *Ensiklopedi Administrasi*. Jakarta: Gunung Agung

Wijono, Djoko, 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Vol. I*, Surabaya, Airlangga, University Press.

WHO Regional Office For South-East ASIA(2002): Regional Conference of Parliamentarians on the Report of the Commission on Macroeconomics and Health :*Health and Development Regional Initiatives*, Bangkok, Thailand 15 – 17 December 2002.

WHO Regional Office For South-East ASIA(2002): Regional Conference of Parliamentarians on the Report of the Commission on Macroeconomics and Health: *Selecting Interventions For Better*

Health Outcomes, Bangkok, Thailand 15 – 17 December 2002.

WHO Regional Office For South-East ASIA(2002):
Regional Conference of Parliamentarians on the
Report of the Commission on Macroeconomics
and Health: *What needs to be done: Resources to
do the needful* Bangkok, Thailand 15 – 17
December 2002

Yaumil Chairiah dan Agoes Achir, Bogor 2002. Makalah
"Menggalang Masyarakat Indonesia Baru Yang
Berkemanusiaan"

Lampiran Instrumen Penelitian

Nama Responden	
Unit Kerja	

INDEPT INTERVIEW EFEKTIVITAS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN ACEH

PENJELASAN UMUM

1. *Indept Interview* adalah wawancara mendalam kepada Responden penyelenggara JKA untuk mendapatkan gambaran efektivitas pelaksanaan JKA.
2. Aspek yang digali meliputi perencanaan, pendanaan, kepesertaan, jenis dan jenjang pelayanan, prosedur pelayanan, pengorganisasian dan pemantauan dan evaluasi, dan penilaian kepuasan.
3. Responden terdiri dari unsur Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kab/kota terpilih. Direktur RSUD dr. Zainoel Abidin, direktur RSUD Datu Beru dan RSUD Cut Nyak Dien, Manajemen PT.Askes Cabang Banda Aceh dan Perwakilan Takengon dan Aceh Barat, serta Kepala Puskesmas di Kota Banda Aceh, Kab.Aceh Tengah dan Aceh Barat.

Aspek-aspek yang digali:

I. Perencanaan Program

1. Motivasi dan pendekatan pemeliharaan program JKA
2. Pengorganisasian pelaksanaan JKA ?
3. Ketersediaan pedoman pelaksana JKA, dan petunjuk-petunjuk teknis lainnya
4. Bentuk kegiatan sosialisasi program JKA kepada masyarakat sebelum dan disaat JKA berjalan?

II. Pendanaan

1. Sumber Pembiayaan JKA dan pemanfaatan alokasi Pembiayaan JKA?
2. Indikator pengalokasian dan pendistribusian dana terhadap masing-masing aspek pelayanan kesehatan yang ditanggung?
3. Mekanisme pembiayaan kepada fasilitas kesehatan
4. Kendala dan solusi verifikasi dalam pembiayaan kepada fasilitas kesehatan
5. Strategi analisis kebutuhan dana JKA tahun selanjutnya

Pelaksanaan Pemantauan dan Evaluasi

III. Kepesertaan

1. Sumber data kepesertaan, dan mekanisme verifikasi dan validasi data kepesertaan JKA
2. Jumlah dan distribusi peserta JKA
3. Kendala dan solusi dalam validasi dan verifikasi kepesertaan JKA
4. Skenario dan strategi penentuan kepesertaan JKA

IV. Jenjang Pelayanan Kesehatan

1. Jenjang dan Jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung JKA
2. Intensitas penerima manfaat JKA
3. Kuantitas pembiayaan jenjang pelayanan kesehatan

V. Prosedur Layanan

1. Mekanisme pelayanan kesehatan JKA
2. Mekanisme *control* terhadap kualitas pemberian pelayanan kepada peserta di fasilitas kesehatan
3. Kendala dan solusi dalam prosedur pelayanan JKA

VI. Pengorganisasian

1. Unsur-unsur yang terlibat dalam pengorganisasian JKA
2. Bentuk dan mekanisme tata hubungan kerja dalam pengorganisasian JKA
3. Intensitas dan kualitas koordinasi antar pengorganisasian JKA
4. Kendala dan solusi pelaksanaan koordinasi JKA

VII. Pemantauan Dan Evaluasi

1. Bentuk dan mekanisme pemantauan dan evaluasi
2. Intensitas pemantauan dan evaluasi
3. Aspek-aspek pemantauan dan evaluasi
4. Tidaklanjut dari hasil pemantauan dan evaluasi berdampak pada peningkatan kinerja pelayanan kesehatan JKA
5. Kendala dan solusi pemantauan dan evaluasi JKA

**QUISIONER KEPUASAN PASIEN
TERHADAP EFEKTIFITAS PELAYANAN JAMINAN
KESEHATAN ACEH**

RUMAH SAKIT/PUSKESMAS:

.....
**SURVEI KEPUASAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN
JAMINAN KESEHATAN ACEH**

Bapak/Ibu/Saudara Yang Terhormat,

Pemerintah Aceh sedang mengoptimalkan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Aceh melalui Program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA). Untuk itu Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV Lembaga Administrasi Negara-RI (PKP2A IV LAN) akan menggali pendapat pasien JKA terhadap pelayanan kesehatan yang diterima, melalui Survei Kepuasan Pasien.

Pertanyaan sengaja dirancang sesederhana mungkin, untuk tidak mengambil waktu Saudara yang sangat berharga. Pendapat Saudara akan sangat membantu memberikan gambaran pelaksanaan JKA, yang akan bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan JKA kepada masyarakat.

Atas perhatian dan partisipasinya, disampaikan terima kasih.

Banda Aceh, Juli 2011

PETUNJUK

1. Tujuan survei ini adalah untuk memperoleh gambaran kepuasan pasien JKA terhadap pelayanan JKA.
2. Keterangan nilai yang diberikan bersifat terbuka dan tidak dirahasiakan.
3. Responden dalam survey ini adalah pasien JKA yang sedang berobat dan/atau yang sudah berobat pada fasilitas kesehatan di RSUD dr. Zainal Abidin, RSUD Cut Nyak Dien dan RSUD Datuk Beru, dan Puskesmas .
4. Quisioner ini berupa pertanyaan tertutup dan terbuka. Untuk pertanyaan tertutup berilah tanda conteng (√) pada kolom **pilihan (Tidak puas) (sedang) dan (puas)**. Untuk pertanyaan terbuka (*essay*) berilah jawaban yang menurut anda paling sesuai.
Jawaban atas pertanyaan tidak dinilai benar dan salah, karena itu anda diharapkan tidak ragu untuk dalam menjawab yang paling sesuai dengan pendapat anda.

I. DATA UMUM DAN DEMOGRAFI RESPONDEN <i>(Lingkarilah kode angka sesuai jawaban masyarakat /responden)</i>		Diisi Oleh Petugas
Nomor Responden		
UmurTahun Bulan	
Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	
Status Perkawinan	1. Belum Menikah 2. Menikah 3. Duda 4. Janda	
Pendidikan	1. Tdk Lulus SD 2. SD	

Terakhir	3. SMP/SLTP 5. D1-D3-D4 7. Pasca Sarjana /S-2 8. Pasca Sarjana /S-3 9.lainnya.....	4. SMA/SLTA 6. Sarjana/ S-1	
Pekerjaan	1. PNS/TNI/Polri 2.Pelajar/Mahasiswa 3.Pegawai Swasta 4.Wiraswasta/Usahawan 5. BUMN 6. Petani 7.Lainnya.....		
Pernah dirawat opname di Rumah Sakit ini	1. Pernah, Berapa kali..... 2. Tidak Pernah		
Asal Rujukan	1. Datang Sendiri 2. Rujukan Puskesmas..... 3. Rujukan Rumah Sakit Kabupaten/Kota..... 4. Rujukan Dokter Praktek Swasta.....		
Kemudahan Parkir	1. Selalu tersedia tempat parkir kendaraan 2. Jarang tersedia tempat parkir kendaraan 3. Tersedia tempat parkir kendaraan		

II. PENDAPAT RESPONDEN TENTANG PELAYANAN JKA

(Berilah Tanda Silang sesuai jawaban masyarakat/responden)

PENILAIAN		
TP	S	P
Tidak Puas	Sedang	Puas

(1). Pelayanan Medis (dokter)

No	PERTANYAAN	PENILAIAN		
		TP	S	P
1.	Kepuasan terhadap kedisiplinan Dokter			
2.	Kepuasan terhadap ketanggapan dokter dalam menangani keluhan pasien.			
3.	Kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan Dokter			
4.	Kepuasan terhadap kepedulian dokter dalam menanyakan perkembangan penyakit.			
5.	Kepuasan terhadap kerapian dokter			
6.	Kepuasan terhadap sikap Dokter yang tidak membedakan status sosial.			

8. Untuk pelayanan dokter, keluhan atau saran Anda adalah

.....
.....

(2). Pelayanan paramedis(Perawat)

No	PERTANYAAN	PENILAIAN		
		TP	S	P
1	Kepuasan terhadap kedisiplinan perawat			

2	Kepuasan terhadap ketanggapan perawat dalam			
3	Kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan perawat.			
4	Kepuasan terhadap pelayanan perawat yang tidak membedakan status			
5	Kepuasan terhadap kepedulian Perawat			
6	Kepuasan terhadap kerapian/penampilan perawat			
7	Kepuasan terhadap kemudahan dalam berkomunikasi dengan Perawat jika			

7. Untuk pelayanan perawat, keluhan atau saran Anda adalah

.....

(3). Pelayanan Administrasi dan Informasi

No	PERTANYAAN	PENILAIAN		
		TP	S	P
1.	Kepuasan terhadap ketanggapan petugas pendaftaran dan informasi			
2.	Kepuasan terhadap kecepatan petugas pendaftaran dan informasi.			
3.	Kepuasan terhadap keramahan dan kesopanan petugas pendaftaran dan			
4.	Kepuasan terhadap kejelasan informasi yang diberikan oleh petugas.			
5.	Kepuasan terhadap ketersediaan media informasi (papan informasi)			
6.	Kepuasan terhadap jalur administrasi			

7. Untuk pelayanan di bagian informasi, keluhan dan saran Anda adalah.

.....

8 Untuk pelayanan di bagian administrasi (pendaftaran), keluhan dan saran Anda adalah.

.....

(4). Pelayanan Penunjang Lainnya

No	PERTANYAAN	PENILAIAN		
		TP	S	P
1.	Kepuasan terhadap kedisiplinan penyajian makanan			
2.	Kepuasan terhadap kebersihan lingkungan Rumah Sakit.			
3.	Kepuasan terhadap kenyamanan ruangan rawat inap.			
4.	Kepuasan terhadap kenyamanan ruangan			
5.	Kepuasan terhadap ketersediaan obat di apotik rumah sakit			
6.	Kepuasan terhadap pelayanan rontgen			
7.	Kepuasan terhadap pelayanan laboratorium			
8.	Kepuasan terhadap kelengkapan jenis			
9.	Kepuasan terhadap pelayanan apotik rumah sakit			
10.	Kepuasan terhadap ketersediaan dan kebersihan sarana sanitasi			

11. Keluhan dan saran Anda terhadap kenyamanan lingkungan rumah sakit

-

 12. Keluhan dan saran Anda terhadap pelayanan Rontgen

 13. Keluhan dan saran Anda terhadap pelayanan laboratorium

 14. Saran atau keluhan Anda untuk pelayanan apotik

 15. Keluhan dan saran Anda terhadap kenyamanan ruangan rawat inap RS.

 16. Keluhan dan Saran anda terhadap kenyamanan ruang tunggu RS.

 17. Berapa biaya transportasi yang harus anda keluarkan dalam berobat.

 18. Bermanfaatkah JKA terhadap Anda?

III. DATA PENCACAH/ PENGUMPUL DATA

Nama	
NIP/DATA LAIN	
Nama Unit Pelayanan	

