

TANTANGAN DALAM KOORDINASI JAMINAN KESEHATAN ACEH

(THE CHALLENGES IN THE COORDINATION OF ACEH'S HEALTH INSURANCE)

Edy Saputra *)

Staf Peneliti Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV Lembaga Administrasi Negara di Banda Aceh.
edyes_sa@yahoo.com

Abstrak

Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) merupakan jaminan kesehatan dengan konsep jaminan kesehatan semesta dan diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial. JKA diberlakukan bagi seluruh penduduk Aceh guna mengatasi kendala biaya berobat penduduk yang masih memerlukan perbaikan kesehatan akibat konflik bersenjata selama 30 tahun. Dalam pelaksanaannya, pengorganisasian JKA menghadapi berbagai permasalahan baik pada masa persiapan hingga implementasi program. Permasalahan terbesar adalah mengkoordinasi berbagai unsur organisasi yang terlibat dalam pelaksanaan JKA, unsur organisasi tersebut meliputi; Pemerintahan Aceh, Akademisi, PT. Askes, organisasi dan profesi kesehatan, serta civil society. Tulisan ini bertujuan untuk menganalisis berbagai tantangan dalam koordinasi pelaksanaan JKA dengan pendekatan metode Fokus Group Diskusi dan wawancara yang dilakukan pada tahun 2012. Hasil kajian menunjukkan bahwa permasalahan yang dihadapi dalam koordinasi JKA antara lain; lemahnya pemahaman terhadap Grand Desain JKA, ketidakjelasan alur hubungan kerja antar masing-masing unsur organisasi terkait, perbedaan persepsi dalam memaknai dan menerapkan pedoman pelaksana, serta tidak ada standar dan petunjuk teknis koordinasi JKA. Terkait dengan permasalahan tersebut, penulis merekomendasikan antara lain; menguatkan pemahaman grand desain program kepada berbagai unsur organisasi terkait, mengoptimalkan sosialisasi dan diseminasi pedoman pelaksana kepada unsur organisasi terkait, memformulasi hubungan-hubungan kerja antar pengorganisasian, menyusun dan mendiseminasikan standar operasional prosedur tentang koordinasi program antar pengorganisasian JKA, dan menyelenggarakan rapat Tripartit per-triwulan.

Kata Kunci: Jaminan Kesehatan Aceh, Tantangan Koordinasi, Pengorganisasian, Pedoman Pelaksana.

Abstract

Aceh's Health Insurance (JKA) is a health insurance with the concept of universal health insurance and is organized through social insurance mechanisms. JKA is applied for the whole population of Aceh in order to overcome the constrains of cost barriers for the population that still require an improvement as a result of a 30 years armed conflict. In practice, JKA still faces various problems both in the preparation period as well as the implementation of the programs. The biggest problem is coordinating various elements of the organizations that are involved in the implementation of the JKA, these organizational elements include; the Government of Aceh, the academics, PT. Askes, and the organizations and health professionals as well as the civil society. This paper aims to analyze the challenges of coordinating the implementation of JKA through the approach of the Focus Group Discussions method and interviews that were conducted in 2012. The results of the study showed that the problems that were faced in coordinating JKA, among others; lack of understanding of the JKA's Grand Design, the obscurity of the working relationships between each of the elements related to the organization, the differences in the perception of interpreting and implementing the guidelines, and the fact that there was no coordination of standards and technical guidelines of the JKA. Related to these problems, the authors recommend, among others; to strengthen the understanding of the grand design of the programs related to the various elements of the organization, to optimize the socialization and dissemination of guidelines to the related organizations, to formulate working relationships between organizations, to arrange and disseminate the standard operating procedures for the coordination between the JKA programs, and to conduct Tripartit meeting per - quarter yearly.

Key Words: Aceh's Health Insurance, Coordination challenges, Organizing, Guidelines.

*) Penulis mengucapkan terimakasih kepada DR. Raldi Hendro Koestoer (Peneliti di P2K LIPI) atas masukan yang diberikannya dalam tulisan ini.

PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan masyarakat merupakan bagian dari program jaminan kesejahteraan sosial nasional. Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) disebutkan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan untuk menjamin pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi pesertanya. Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional agar dapat dinikmati diseluruh wilayah Indonesia, kemudian diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial agar sumber pendanaannya jelas dan terukur. Meskipun jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional, namun tidak mengurangi peran daerah untuk mengelola jaminan kesehatan yang berbasis lokal. Ditambah lagi, seiring dengan desentralisasi bidang kesehatan sebagai salah satu urusan wajib Pemda¹, maka daerah bertanggung jawab dalam mengupayakan pembangunan kesehatan bagi penduduknya. Perbedaan sosio-ekonomi antar daerah melahirkan beragam upaya pemenuhan hak kesehatan bagi penduduknya. Bagi daerah yang mempunyai dukungan sumber daya dan dana yang memadai, dapat mengembangkan bentuk penjaminan kesehatan dengan berbagai cakupannya (baik bersifat preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif) kepada seluruh penduduknya.

Untuk konteks daerah Aceh, Pemerintahan Aceh pada tahun 2010 telah menerapkan program jaminan kesehatan Aceh atau yang lebih dikenal dengan sebutan program JKA. Program ini diberlakukan bagi seluruh penduduk Aceh yang belum memiliki program jaminan kesehatan apapun, kecuali untuk peserta Jamkesmas (melalui strategi integrasi pembayaran). Penerapan JKA adalah sebagai respon Pemerintah Aceh untuk mengatasi keterbatasan penduduk dalam membayar biaya pengobatan terutama untuk fasilitas-fasilitas kesehatan di RS. Tercatat mencapai 29 persen penduduk Aceh yang tidak memiliki jaminan kesehatan (Dinas Kesehatan Aceh, 2011), mereka kewalahan dalam membayar biaya pengobatan terutama biaya rawat inap dan biaya operasi di RSUD. Selain itu penerapan JKA merupakan perintah Undang-Undang Nomor 11 tahun 2006 Tentang Pemerintahan Aceh (selanjutnya disebut dengan UU PA) yang mewajibkan kepada Pemerintah Aceh, Kabupaten dan Kota untuk memenuhi hak dasar penduduk Aceh mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu berdasarkan standar pelayanan minimal,

¹ Lihat Pasal 7 Ayat 2 huruf b Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

tanpa diskriminasi dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal².

Penerapan JKA bertujuan untuk meningkatkan akses kepada seluruh penduduk Aceh terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, termasuk mengatasi kendala keterbatasan dalam membayar biaya pengobatan dan pelayanan pada fasilitas RS. Dari sisi mengatasi keterbatasan pembiayaan, penerapan JKA telah berhasil membantu membiayai penduduk Aceh untuk berobat secara gratis pada fasilitas kesehatan (terutama pada RSUD Kabupaten dan Kota, RSU Rujukan dr. Zainoel Abidin (RSUZA) di Banda Aceh, dan juga pada sebagian RSU rujukan di Medan dan Jakarta. Hal tersebut terlihat sejak diberlakukan 1 Juni 2010, yang telah meningkatkan pasien JKA pada setiap RSUD Kab/Kota, terutama pada RSUZA Banda Aceh³ yang rata-rata melayani hampir 1.000 pasien per hari, kenaikan angka kunjungan pasien RSUD terjadi sejak berlakunya program pengobatan gratis Jaminan Kesehatan Aceh (Waspada.2010).

Tingginya apresiasi penduduk Aceh dalam memanfaatkan JKA, sudah terjadi pada tahun-tahun awal penerapan JKA. Sejak juni 2010 sampai dengan Desember 2011, jumlah peserta JKA sudah mencapai sebanyak 2.147.972 jiwa atau 44,73 persen dari total penduduk Aceh sebanyak 4.802.137 jiwa. Jumlah penerima JKA tersebut terdiri dari 856.359 jiwa (peserta JKA integrasi Jamkesmas) dan 1.291.613 jiwa (JKA Murni). Distribusi peserta JKA tersebar di 23 Kabupaten/Kota, dapat diperhatikan pada tabel 1.

Distribusi peserta JKA terbanyak berada di Kabupaten Pidie yaitu sebesar 307.833 jiwa atau sebesar 14,33 persen dari total peserta JKA, sedangkan Kabupaten dan Kota dengan jumlah peserta paling sedikit adalah Kota Sabang yaitu 12.675 atau sebesar 0,533 persen dari total peserta JKA. Tinggi dan rendahnya distribusi jumlah peserta JKA di suatu daerah, dipengaruhi oleh besar dan kecilnya jumlah sebaran penduduk di daerah-daerah tersebut, serta jumlah kapita kepesertaan Askes dan Jamsostek yang tidak ditanggung oleh JKA.

Tingginya apresiasi dan minat penduduk Aceh terhadap JKA menandakan kebutuhan dan harapan tinggi penduduk terhadap layanan kesehatan yang berkualitas/bermutu dan terjangkau secara gratis.

² Lihat Pasal 225 Ayat 1 Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh.

³ Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin merupakan Rumah Sakit Rujukan Provinsi Aceh yang berada di Ibukota Provinsi Aceh.

Kehadiran JKA telah menjadi solusi mengatasi kendala biaya dalam berobat yang perlu dilanjutkan, mengingat masyarakat juga telah merasakan manfaat berobat secara gratis, yang mana jika tidak berlanjut dikhawatirkan dapat menjadi potensi konflik ketidakpercayaan terhadap program-program Pemerintah Aceh di masa transisi konflik Aceh.

Tabel.1. Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Aceh Tahun 2010-2011

No	Kab/Kota	Peserta		Total	Persentase
		JKA Jamkesmas	JKA Murni		
1	Banda Aceh	18.612	63.749	82.361	3,83
2	Sabang	1.199	11.476	12.675	0,59
3	Aceh Besar	60.699	157.673	218.372	10,17
4	Pidie Jaya	31.527	77.919	109.446	5,10
5	Pidie	97.432	210.401	307.833	14,33
6	Simeulu	24.300	21.586	45.886	2,14
7	Aceh Singkil	16.401	29.969	46.370	2,16
8	Aceh Selatan	100.028	43.544	143.572	6,68
9	Aceh Barat	15.423	70.362	85.785	3,99
10	Aceh Barat Daya	60.534	26.272	86.806	4,04
11	Nagan Raya	20.210	36.047	56.257	2,62
12	Aceh Jaya	11.479	34.785	46.264	2,15
13	Subussalam	15.139	10.830	25.969	1,21
14	Langsa	23.089	30.524	53.613	2,50
15	Aceh Timur	117.091	77.167	194.258	9,04
16	Aceh Tamiang	54.227	79.863	134.090	6,24
17	Aceh Tenggara	6.513	24.162	30.675	1,43
18	GayoLues	5.502	19.544	25.046	1,17
19	Lhoksemaue	47.341	40.792	88.133	4,10
20	Aceh Utara	50.091	104.978	155.069	7,22
21	Bireun	52.133	69.959	122.092	5,68
22	Aceh Tengah	20.437	32.428	52.865	2,46
23	BenerMeriah	6.952	17.583	24.535	1,14
		856.359	1.291.613	2.147.972	100,00

Sumber: PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh 2011

Untuk maksud partisipasi (kepemilikan program secara bersama) serta kelancaran penyelenggaraan program JKA, Pemerintah Aceh melibatkan berbagai unsur organisasi yang meliputi unsur Gubernur Aceh, Sekda Aceh, Dinas Kesehatan Aceh, Bappeda Aceh, RSUZA, Tim Asistensi Gubernur Bidang Kesehatan, Legislatif Aceh, Akademisi, Lembaga Profesi di Bidang Kesehatan, Civil Society, Media Massa, dan PT. Askes (Persero) sebagai pelaksana teknis program, yang dilembagakan dalam Pengorganisasian JKA. Namun demikian pelibatan berbagai unsur organisasi tersebut, dalam pelaksanaannya belum berjalan koordinasi secara terpolo dan berkesinambungan. Kondisi tersebut menimbulkan beragam persoalan yang cenderung berulang-ulang terjadi dan terlambat dalam penyelesaiannya. Diantara persoalan tersebut adalah misalnya dalam penyusunan desain program dan penyusunan Pedoman Pelaksana (Manlak) JKA tahun 2010 maupun revisi Manlak JKA tahun 2011 yang belum terlibat seluruh unsur organisasi,

berulangnya kasus keterlambatan pembayaran dana klaim ke Rumah Sakit dan penyaluran dana kapitasi Puskesmas (2010 dan 2011), belum efektifnya sistem pemberian pelayanan rujukan dari Puskesmas, belum validnya data kepesertaan JKA, serta miskomunikasi antara Tim Pengawas dengan penyedia kesehatan dalam pengawasan kepada peserta JKA, dan antara Tim Pengawas dengan tim koordinasi dalam hal mekanisme publikasi hasil pengawasan pelayanan JKA (PKP2A IV LAN, 2010).

Sehubungan dengan persoalan tersebut, dan belum banyak studi yang meninjau tentang implementasi koordinasi pengorganisasian JKA, maka tulisan ini bertujuan mendeskripsikan tentang pola koordinasi penyelenggaraan JKA termasuk tantangan-tantangan pelaksanaan koordinasi program JKA. Manfaat dari tulisan ini diharapkan dapat berkontribusi terhadap perbaikan koordinasi JKA ke depan. Untuk mendukung tulisan ini, Penulis melakukan analisis terhadap data primer berupa point-point penting dari pengelola JKA yang diperoleh melalui *Fokus Group Diskusi* di Banda Aceh. FGD dihadiri oleh Narasumber dari Ketua Komisi F DPRD Bidang Kesehatan, Humas JKA unsur Dinkes, Kepala PT. Askes Cabang Banda Aceh, Direktur Rumah Sakit Zainal Abidin, Perwakilan Kepala Puskesmas di wilayah kerja Kota Banda Aceh, Tim Pengawas JKA, unsur tokoh masyarakat, dan media massa (2012). Kemudian untuk mendukung data primer tersebut, juga dilakukan telaahan data sekunder berupa hasil penelitian PKP2A IV LAN, dokumen dan pemberitaan media massa.

KEBIJAKAN DAN DESAIN JAMINAN KESEHATAN ACEH

Jaminan kesehatan semesta atau dikenal dengan *Universal Health Coverage* merupakan sistem layanan kesehatan dimana setiap orang di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sesuai dengan kebutuhan, dengan kualitas yang bermutu serta dengan biaya yang terjangkau. Hal demikian sesuai dengan Cakupan Universal yang mengandung dua elemen inti: (1) akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga; dan (2) perlindungan risiko finansial saat menggunakan pelayanan kesehatan (WHO, 2005).

Program JKA didesain sebagai Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) yang berlaku bagi seluruh penduduk Aceh yang belum memiliki jaminan kesehatan apapun, tanpa memandang status sosial, ekonomi, jenis kelamin dan agama. Secara yuridis program JKA diatur dalam UU No. 11 tahun

2006 Tentang Pemerintahan Aceh (UU PA) dan Qanun⁴ No. 04 Tahun 2010 Tentang Kesehatan Aceh. Dalam kedua ketentuan tersebut, mewajibkan Pemerintah Aceh, Kabupaten dan Kota untuk menyelenggarakan upaya penjaminan kesehatan bermutu bagi setiap penduduknya. Pasal 224 Ayat (1) UU PA disebutkan bahwa “*Setiap penduduk Aceh mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal*”. Kemudian dalam Pasal 225 Ayat (1) disebutkan bahwa “*Pemerintah Aceh dan Pemerintah Kabupaten dan Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan standar pelayanan minimal sesuai dengan peraturan perundang-undangan, sepanjang tidak bertentangan dengan Syari’at Islam*”.

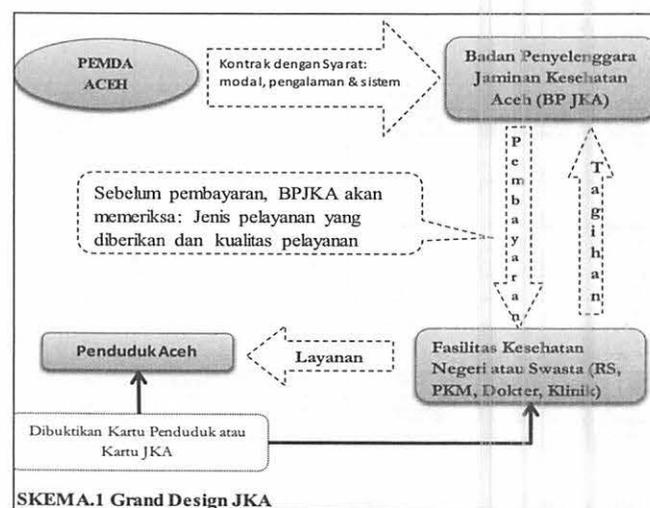
JKA memakai sistem pendanaan perorangan, yang menggunakan pola pengelolaan asuransi kesehatan (Pasal 1 huruf 31 Qanun No. 04 Tahun 2010). Sebagai subsistem pendanaan kesehatan perorangan, Pemerintah Aceh berupaya mengeser tanggung jawab pembiayaan kesehatan oleh perorangan penduduk Aceh menjadi tanggung jawab kolektif Pemerintahan Aceh. Strategi pembiayaannya melalui pengalokasian sejumlah anggaran terlebih dahulu untuk tahun berjalan kepada fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta⁵ sebelum pelayanan diberikan ke peserta JKA. Dengan demikian penduduk Aceh yang menjadi peserta JKA tidak perlu membayar biaya pelayanan kesehatan ketika hendak dan selesai berobat. Peserta JKA dibebaskan membayar iuran untuk mendapatkan segala jenis jenjang dan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, mereka cukup datang ke fasilitas kesehatan dengan membawa identitas diri (KTP dan/atau KK) dan persyaratan lainnya yang ditentukan (surat rujukan) untuk mendapatkan jenis pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya.

Adapun kepesertaan JKA terdiri dari: (1) peserta JKA murni (yaitu penduduk Aceh yang belum dijamin dalam program jaminan kesehatan apapun); dan (2) peserta JKA yang telah mempunyai Jamkesmas (peserta JKA Jamkesmas). Untuk peserta JKA Jamkesmas, pembiayaannya dilakukan melalui integrasi pendanaan APBA dan APBN. Sedangkan yang tidak ditanggung dalam program JKA adalah peserta Askes Sosial, peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek, dan Pejabat Negara.

⁴ Qanun adalah nama lain dari Peraturan Daerah (Perda). Istilah Qanun merupakan salah satu ke-khususan dalam penyebutan produk hukum di Pemerintahan Aceh.

⁵ Untuk tahun 2010,2011, dan 2012 alokasi pembiayaan masih kepada fasilitas kesehatan negeri.

Dalam Grand Desain Penyelenggara program, JKA dikelola oleh Badan Penyelenggara JKA (BP JKA) yang dibentuk sebagai lembaga tersendiri. Namun karena BP JKA belum terbentuk maka sejak 2010, 2011 dan 2012 pengelolaan program dilakukan oleh PT. Askes (Persero), yang telah memenuhi syarat-syarat meliputi : (i) terdapat cakupan kantor cabang yang luas (*Portabilitas*); (ii) memiliki pengalaman minimal 5 (lima) tahun dalam mengelola asuransi sosial; (iii) memiliki cadangan modal; (iv) memiliki sistem informasi manajemen dan pelayanan memadai. Sebagai pengelola teknis program JKA, PT. Askes melakukan validasi dan verifikasi data kepesertaan JKA, pembayaran dan penagihan atas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKA. Sebelum membayar jasa kesehatan kepada fasilitas kesehatan, maka terlebih dahulu memeriksa jenis pelayanan yang diberikan dan kualitas layanan. Lebih lanjut desain alur program JKA dapat diperhatikan pada gambar 1 berikut;



Gambar 1. Skema Grand Desain Jaminan Kesehatan Aceh

PENGORGANISASIAN JAMINAN KESEHATAN ACEH

Dewasa ini penyelenggaraan pelayanan publik membutuhkan kerjasama dan *Joined Mobilisation of Resources* dengan berbagai aktor diluar pemerintahan. Pelayanan publik dewasa ini tidaklah menjadi domain monopoli pemerintah semata-mata. Kehadiran dan partisipasi elemen-elemen masyarakat menjadi sebuah tuntutan untuk transparansi, akuntabilitas, dan profesionalitas penyelenggaraan kualitas pelayanan publik.

Salah satu pelayanan publik yang memerlukan dan menerapkan *Joined Of Resources* adalah dalam

program JKA di Aceh. Terlihat dalam penyelenggaraan program JKA yang melibatkan berbagai unsur organisasi dengan karakteristik sektor tugas dan fungsi yang berbeda-beda, yang kemudian dilembagakan dalam Pengorganisasian JKA, yang terdiri dari: (i) Tim Koordinasi tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota; (ii) Badan Penyelenggara JKA (dalam hal ini masih dilaksanakan oleh PT. Askes Persero); (iii) Tim Pengawas tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan; dan (iv) Sekretariat bersama unsur Dinas Kesehatan dan PT. Askes (Persero). Lebih lanjut struktur kelembagaan JKA dapat diperhatikan pada tabel 2 berikut⁶:

Jenjang	Kelembagaan	Unsur-Unsur
Provinsi	Tim Koordinasi	Gubernur, Sekda, Dinkes Aceh, PT Askes (Persero) Regional I. Ka. Bappeda, Ka. DPKKA, Dir. RSUZA, Karo. Hukmas, Karo. Isra, Tim Asistensi Gubernur, Akademis. Ket. Komisi F DPRK Bidang Kesehatan*
	Sekretariat	Dinkes (unit-unit), dan PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh
	Badan Penyelenggara JKA	PT Askes (Persero)
	Tim Pengawas	Gubernur, Sekda, Akademisi, Dokter & unsur medis.
Unsur Pemerintah Aceh		
Kab/Kota	Tim Koordinasi	Bupati/Walikota, Sekdakab, Ka. Dinkes Kab/Kota, Kacab. PT. Askes (Persero), Ketua Komisi bidang kesehatan DPRK, Ka. Bappeda, Dir. RSUD.
	Sekretariat	Dinkes kab/kota dan PT. Askes (persero) Kab/Kota.
	Tim Pengawas	Ka. Dinkes & Organisasi Medik dan Non Medik, LSM, dan Tokoh Masyarakat
Kecamatan	Tim Validasi	Unsur Kecamatan dan Desa
	Tim Pengawas	Unsur Kecamatan dan Unsur Dinkes Kab/Kota

*) Keterlibatan Ketua Komisi F DPRK bidang Kesehatan disebutkan hanya ada pada Manlak 2010, sedangkan pada Manlak Revisi tahun 2011 tidak termasuk lagi sebagai Tim Koordinasi Provinsi. (Penulis tidak menggali lebih lanjut).

Dilihat dari struktur pengorganisasian JKA, dapat klasifikasi 3 (tiga) kelembagaan utama (*core*) penyelenggaraan JKA dengan bentuk tugas dan tanggung jawab yang berbeda-beda, yaitu meliputi (i) Tim Koordinasi; (ii) BP JKA; dan (iii) Tim Pengawas. Kemudian dibentuk 1 (satu) Sekretariat JKA yang berfungsi sebagai *Supporting Unit* program JKA.

Tim Koordinasi berfungsi sebagai regulator dalam penyelenggaraan JKA, yang bersama-sama dengan unsur tim lain merumuskan kebijakan program, mengevaluasi progres program, dan menelaah

kebutuhan anggaran dan keberlanjutan program. Badan Penyelenggara JKA (PT. Askes Persero) bertugas melaksanakan manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan, dan manajemen keuangan. Sedangkan Tim pengawas melakukan pengawasan dan kendali mutu kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKA, dan memantau kesesuaian pelaksanaan program JKA dengan Pedoman Pelaksana JKA. Kemudian untuk kelancaran pelaksanaan tugas setiap kelembagaan tersebut dibentuk tim sekretariat program JKA yang unturnya terdiri dari Dinas Kesehatan Aceh dan PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh. Sebagai supporting unit program, Sekretariat JKA berfungsi sebagai pelaksana dibidang administratif program dan pusat data dan informasi (kehumasan).

Dengan multi unsur sektor organisasi yang terlibat dalam program JKA (*heterogenitas*) merupakan strategi Pemerintah Aceh untuk melahirkan rasa kepemilikan program secara bersama. *Heterogenitas* tersebut ditandai dengan upaya menghimpun dan mengatur sumber daya dalam Pengorganisasian JKA. Namun yang harus dicatat adalah semakin heterogennya unsur dalam sebuah pengorganisasian maka semakin kompleks juga proses koordinasi antar organisasi yang harus dilakukan. Pada konteks tersebut dibutuhkan pembagian dan kejelasan tugas dan fungsi secara detail, perlu disepakati bentuk koordinasi, serta rencana tindak lanjut dari hasil koordinasi yang telah disepakati bersama.

Karakteristik *heterogenitas* dalam pengorganisasian JKA, disatu sisi dari aspek kebijakan merupakan nilai positif terhadap pengakuan prinsip-prinsip demokrasi dan partisipasi publik. Akan tetapi dari aspek implementasi, koordinasi penyelenggaraan program JKA masih ditemukan beragam kelemahan dalam metode dan tindak lanjut hasil koordinasi. Kondisi tersebut dapat ditelaah dari dinamika penyelenggaraan program JKA sejak tahapan perencanaan maupun implementasi program.

DINAMIKA KOORDINASI DAN PERMASALAHANNYA

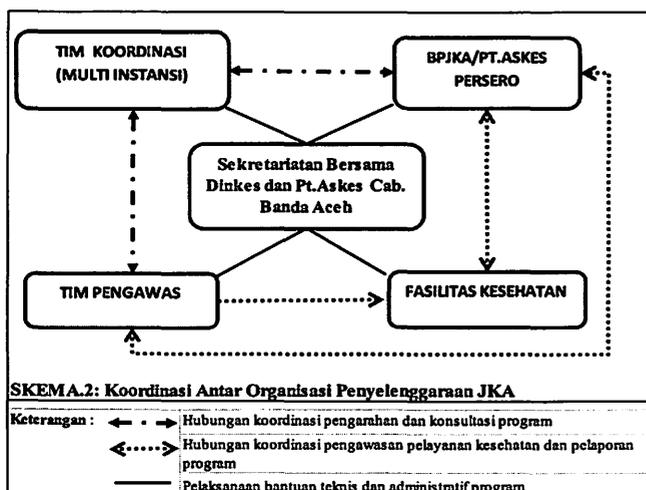
Salah satu komponen terpenting dalam pengorganisasian adalah adanya hubungan-hubungan koordinasi yang baik antar organisasi untuk terciptanya keselarasan dan kesatuan usaha (Terry dan Rue. 1992). Dalam sebuah pengorganisasian, koordinasi dimaknai serangkaian proses yang menghubungkan, mengintegrasikan dan menyelaraskan berbagai bentuk kepentingan organisasi yang terlibat, untuk mewujudkan tujuan yang telah

⁶ Disarikan dari Peraturan Gubernur Aceh Nomor 56 Tahun 2011 tentang Revisi Pedoman Pelaksana JKA 2011

disepakati. Pentingnya koordinasi pada dasarnya merupakan salah satu aspek dalam pengendalian program⁷.

Dalam penyelenggaraan sebuah program yang terlibat multipihak, untuk terlaksananya koordinasi yang efektif maka perlu dibangun kesamaan persepsi, keterlibatan aktif seluruh unsur organisasi mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi, dan pelebagaan bentuk-bentuk komunikasi dan pertemuan secara berkala. Pendekatan dan mekanisme dalam koordinasi tersebut diarahkan kepada : (1) koordinasi terpadu, yakni keterpaduan pekerjaan yang menunjukkan keadaan yang saling mengisi dan memberi; (2) koordinasi berkesinambungan, yaitu rangkaian kegiatan yang saling menyambung, selalu terjadi, selalu diusahakan dan selalu ditegaskan adanya keterkaitan dengan kegiatan sebelumnya; dan (3) strategi kepanitiaan (*committee*) dalam bentuk-bentuk pertemuan berkala (*operational meeting*). Pertemuan *committee* penting untuk mendiskusikan progress program, dan menemukan kesepakatan bersama untuk keberlanjutan program.

Terkait dengan program JKA, untuk mewaahi *heterogenitasnya* pengorganisasian JKA, dibangun pola koordinasi dalam bentuk forum pertemuan berkala membahas tentang : (i) Perumusan dan penetapan kebijakan JKA; (ii) Analisis kebutuhan tarif dan prosedur pelayanan; (iii) validasi atas laporan pengawasan program; (iv) analisis kebutuhan pembiayaan program; (v) monitoring dan evaluasi. Pelaksanaan koordinasi bertujuan untuk sinkronisasi penyelenggaraan program dan pengambilan rencana tindak lanjut program. Lebih lanjut skema koordinasi JKA dapat diperhatikan pada skema 2 berikut:



⁷(<http://govmedikz-edikz.blogspot.com/2011/01/koordinasi-pemerintahan.html>).

Ruang lingkup koordinasi dilakukan dalam hal: (i) pengarah dan konsultasi program, yang terjadi antara Tim Koordinasi, PT. Askes dan Tim Pengawas; dan (ii) hubungan koordinasi dalam hal pengawasan pelayanan kesehatan, yang terjadi diantara PT. Askes, Tim Pengawas dan RSU. Namun, implementasi hubungan-hubungan koordinasi tersebut masih menimbulkan berbagai permasalahan. Kondisi tersebut terlihat dari tahapan Penyusunan, Pelaksanaan dan Pengawasan program JKA.

a. Permasalahan Pada Tahapan Penyusunan Program JKA

Penyelenggaraan JKA sudah mengalami beragam dinamika persoalan sebelum JKA efektif diterapkan 1 Juni 2010, kondisi tersebut dapat ditelaah dari beberapa hal, yaitu:

- 1) Belum tersedia database peserta JKA. Belum ada pemilahan jumlah penduduk Aceh yang sudah mempunyai Jaminan Kesehatan dengan belum. Salah satu dampak negatifnya adalah terjadi peningkatan jumlah data penduduk Aceh semenjak JKA diterapkan. Dalam rentang satu tahun (2010-2011) dari 4.486.570 jiwa (BPS, 2010) penduduk Aceh meningkat menjadi 4.802.137 Jiwa (Dinkes Aceh, 2011), artinya terjadi peningkatan sebesar 315.567 jiwa. Kondisi tersebut berpotensi terjadi ketidaktepatan sasaran penerima layanan JKA.
- 2) Penyusunan pedoman pelaksana (Manlak) JKA⁸ 2010 belum melibatkan peran aktif unsur organisasi JKA. Bahkan unsur RSU sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan kepada peserta JKA kurang terlibat dalam penyusunan draf dan pembahasan Manlak.
- 3) Penetapan dan pendistribusian Manlak 2010 terlambat dilakukan. Dampaknya adalah RS memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien JKA selama 3 (tiga) bulan terhitung dari Juni s.d Agustus 2010 tanpa Manlak JKA. Direktur RSU dr. Zainoel Abidin Banda Aceh (2011) menyatakan bahwa⁹:

“...Dalam penyusunan Manlak 2010 dan Revisi 2010, pihak Rumah Sakit dan penyedia kesehatan

⁸ Manlak adalah pedoman umum pelaksanaan pelayanan JKA yang memuat pengaturan jenis-jenis pelayanan kesehatan kepada peserta JKA (bukan dokumen yang memuat rincian tugas masing-masing organisasi dan mekanisme pelaksanaan tugas tersebut dilakukan).

⁹ Wawancara dengan dr. Taufik Mahdi, Sp. OG. Tanggal 10 Juli 2012.

lainnya kurang dan terbatas dilibatkan. Padahal, kami merupakan pihak pertama yang akan menerapkan Manlak JKA kepada pasien JKA. Akibatnya, kami mengalami kesulitan dalam memaknai dan memenuhi pedoman layanan kepada pasien JKA, sehingga yang terjadi adalah klaim-klaim atas jasa pelayanan yang telah kami berikan tidak dapat dibayarkan oleh PT. Askes (Persero), karena menurut mereka tidak sesuai Manlak”.

- 4) Pengenalan program JKA kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Direktur RSUD Kabupaten/Kota dilakukan pada tanggal 27 Mei 2010 di Banda Aceh (yang artinya 3 hari sebelum JKA efektif diterapkan per 1 Juni 2010), dan pertemuan kedua dilakukan pada 20 Agustus 2010. Menurut pimpinan PT. Askes (Persero) Kantor Aceh Tengah menyebutkan bahwa ¹⁰:

“..Program JKA tidak diawali dengan sosialisasi secara efektif, seluruh jajaran PT. Askes (Persero) se-Aceh dikumpulkan pada 29 s.d. 30 Mei 2010 di Banda Aceh. Hasil pertemuan tersebut, mengharuskan Kami untuk melaksanakan program JKA mulai 1 Juni 2010, meskipun belum ada Manlak resminya”.

b. Permasalahan Pada Tahapan Pelaksanaan dan Pengawasan Program

Dalam masa pelaksanaan dan pengawasan program berjalan, berbagai dinamika permasalahan yang terjadi antara lain adalah:

- 1) Dalam penyusunan Manlak JKA edisi revisi tahun 2011 belum melibatkan seluruh unsur pengorganisasian JKA secara aktif. Kemudian juga, pengesahan dan Manlak Revisi 2011 tersebut terlambat dilakukan yaitu pada November 2011.
- 2) Proses validasi dan verifikasi database kepesertaan JKA disebabkan karena terlambatnya kerjasama program antara Pemerintah Aceh dengan PT. Askes (Persero) yaitu pada 2010 (saat program berjalan).
- 3) Dalam penyusunan Daftar Obat Tambahan (DOT) JKA 2011 sebagai pengganti obat yang tidak tersedia dalam Daftar Platform Harga Obat (DPHO) Askes, belum sepenuhnya melibatkan partisipasi aktif PT. Askes (Persero) dan tim Medik RS. Sedangkan pada satu sisi jika ada

penggantian maupun penambahan obat sebagai pengganti DPHO Askes haruslah disusun melibatkan PT. Askes (Persero). Menurut PT. Askes bahwa kandungan unsur obat dalam DOT sebenarnya sudah terdapat dalam DPHO Askes, hanya saja nama/merek obatnya yang berbeda.

- 4) Pembayaran dana klaim pelayanan kesehatan oleh Rumah Sakit dan dana Kapitasi Puskesmas mengalami keterlambatan.
- 5) Pelayanan rujukan kesehatan ke RS dari Puskesmas belum berjalan efektif. Kondisi tersebut mengakibatkan pembulanan pasien JKA pada setiap RSU, terutama di RSUZA Banda Aceh. Prosedur dan syarat pemberian surat rujukan belum sepenuhnya didasarkan kebutuhan medis pasien, melainkan diberikan atas permintaan pasien (APP). Selain itu terhadap pasien rujukan, juga perkembangan mediknya tidak dilaporkan kembali (*feedback*) ke Puskesmas.
- 6) Permasalahan pada tahapan pengawasan program, ditemukan dalam hal pelaporan hasil pengawasan layanan kesehatan JKA oleh Tim Pengawas. Pelaporan hasil pengawasan belum disepakati mekanisme terkait verifikasi dan publikasi hasil temuan. Selama ini hasil pengawasan dipublikasi melalui media massa, tanpa terlebih dahulu adanya proses verifikasi bersama-sama dengan Dinkes, PT. Askes dan Tim Koordinasi.

POLA KOORDINASI DAN FAKTOR PENYEBAB

a. Pola koordinasi

Berbagai dinamika permasalahan dalam penyelenggaraan JKA semenjak perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan program menandakan bahwa proses koordinasi antar pengorganisasian JKA belum terpolakan dan berkesinambungan. Koordinasi cenderung dilakukan jika sudah terjadi permasalahan di lapangan. Selain itu proses koordinasi belum melibatkan keseluruhan unsur organisasi. Koordinasi cenderung terjadi diantara Dinkes Aceh, RS dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, dan PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh. Pola koordinasi yang terjadi selama ini belum mampu mewartakan dan mempertemukan keseluruhan unsur tim pengorganisasian JKA dalam forum-forum bersama secara rutin dan berkala. Ketua Komisi F bidang kesehatan DPRA (2011)

¹⁰ Wawancara dengan dr. Rini. Tanggal 11 Juli 2012

menyebutkan bahwa¹¹:

“... Penyelenggaraan JKA belum ada kondisi yang jelas dalam mekanisme koordinasi program. Di antara tim masing-masing jalan sendiri tidak ada saling koordinasi, misalnya tim pengawas, tidak berkoordinasi dengan tim koordinasi dan dinas kesehatan dan rumah sakit dalam publikasi hasil-hasil pengawasan. Ini kesannya kita saling menuding diri sendiri. Tim Pengawas menuding Rumah Sakit, dan sebagainya, seharusnya sebelum di ekpose harus dibahas untuk verifikasi kebenarannya terlebih dahulu”.

b. Faktor Yang Mempengaruhi Pola Koordinasi JKA

Belum efektifnya pelaksanaan koordinasi antar pengorganisasian Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) disebabkan faktor-faktor sebagai berikut:

- 1) Perencanaan Desain program belum melibatkan keseluruhan unsur tim pengorganisasian JKA.
- 2) Sosialisasi program terlambat dilakukan kepada penyelenggara JKA baik di tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota, sosialisasi dilakukan dalam rapat yang dihadiri oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah, dan Manajemen PT. Askes. Sosialisasi dilakukan 3 hari sebelum program JKA efektif diterapkan per 1 Juni 2010.
- 3) Terjadi perbedaan persepsi diantara unsur organisasi penyelenggaraan JKA dalam memaknai pedoman pelaksana JKA. Kondisi ini disebabkan karena terlambatnya pengesahan dan distribusi Manlak ke seluruh unsur organisasi. Distribusi Manlak dilakukan pada September 2010, sedangkan JKA sudah diterapkan sejak 1 Juni 2010.
- 4) *Heterogenitasnya* unsur dan sektor organisasi yang terlibat dalam pengorganisasian JKA, belum didukung dengan kejelasan uraian tugas dan kewenangan di masing-masing unsur.
- 5) Belum ditetapkan organisasi yang bertanggung jawab memfasilitasi/ melaksanakan forum-forum koordinasi bersama. Hingga saat ini, meskipun Tim Koordinasi telah dibentuk, akan tetapi fungsi fasilitasi koordinasi masih melekat kepada Dinkes

Aceh sebagai Satuan Perangkat Kerja Aceh (SKPA), yang merupakan pelaksana teknis dan penanggung jawab pengelolaan bidang kesehatan di daerah.

KESIMPULAN

Komitmen Pemerintahan Aceh dalam menciptakan kemudahan akses layanan kesehatan kepada Masyarakat Aceh direalisasikan dalam bentuk program kesehatan gratis Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), yang menganut konsep cakupan *Universal Health Coverage* (terutama bagi penduduk yang belum dijamin sama sekali dalam jaminan kesehatan yang lainnya, kecuali untuk peserta JKA), dan dikelola menggunakan sistem asuransi sosial, serta berlaku untuk seluruh peserta JKA dalam ruang lingkup teritorial Indonesia.

Sebagai sebuah layanan kesehatan cakupan semesta, JKA dalam perencanaan dan implementasinya masih ditemukan beragam kelemahan. Dalam penyusunan program (Pra JKA) adalah dalam hal (i) belum tersedianya database calon peserta JKA; (ii) lemahnya intensitas dan kualitas sosialisasi program; (iii) rendahnya penguatan kapasitas SDM pengorganisasian JKA; serta (iv) belum adanya bentuk dan mekanisme koordinasi yang terpola. Sedangkan dalam masa pelaksanaan dan pengawasan program adalah dalam hal: (i) belum adanya mekanisme pengawasan dan pelaporan hasil pengawasan layanan kesehatan JKA secara formal; dan (ii) perbedaan persepsi pada sebagian unsur penyelenggaraan JKA dalam memaknai Manlak JKA.

Pelibatan multi unsur dalam pengorganisasian JKA merupakan upaya menciptakan rasa kepemilikan dan tanggung jawab bersama atas program JKA, dan sebagai kontrol publik terhadap penyelenggaraan JKA. Akan tetapi karena lemahnya pemahaman terhadap Manlak, Ketidakjelasan tugas dan fungsi masing-masing tim, dan belum tersediaan bentuk, mekanisme dan organisasi yang bertanggung jawab menyelenggarakan/memfasilitasi Koordinasi justru menyebabkan ketidaklancaran program JKA. Ketidaklancaran tersebut telah mempengaruhi dan menyebabkan: (i) keterlambatan pembayaran klaim RS dan dana kapitasi ke Puskesmas; (ii) belum selesainya penyusunan database kepesertaan JKA; (iii) belum tersedianya mekanisme pengawasan dan pelaporan program.

Berbagai dinamika permasalahan dalam penyelenggaraan JKA yang disebabkan oleh faktor koordinasi yang belum terpola dan berkesinambungan,

¹¹ Petikan hasil pernyataan dalam Focus Group Diskusi tanggal 15 Oktober 2011 di Pusat Kajian Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV LAN-Aceh

terbukti telah menyebabkan ketidaklancaran pelaksanaan program, kondisi tersebut juga berpotensi terhadap keberlanjutan Program JKA ke depan. Berdasarkan dinamika tersebut, tulisan ini menyarankan: (i) Sekretariat bersama Dinas Kesehatan Aceh dan PT. Askes penting untuk mengambil peran untuk melakukan sosialisasi program dan diseminasi Manlak JKA kepada seluruh unsur penyelenggaraan JKA (terutama kepada Tim Koordinasi dan Tim Pengawas serta pihak RS dan Puskesmas); (ii) Perlu dibentuk forum pertemuan tripartit berkala pertriwualn (antara Tim Koordinasi, Tim Pengawas dan PT. Askes (Persero)); (iii) forum pertemuan Triparti perlu melahirkan formulasi pola dan agenda koordinasi berkala pengorganisasian JKA; (iv) kemudian untuk mewadahi keterlibatan pihak Kab/Kota, maka penyampaian hasil-hasil kesepakatan bersama di tingkat Provinsi perlu disampaikan kepada Kabupaten dan Kota serta Kecamatan; (v) Perlu ada sinergi antara Program JKA dan Unit Kesehatan Masyarakat Dinkes agar tercipta keseimbangan layanan yg bersifat kuratif-rehabilitatif dan promotif-preventif; (vi) Dinas Kesehatan Aceh perlu melakukan supervisi kepada Puskesmas untuk mengefektifkan pemberian surat layanan rujukan JKA.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah. Sit. 2011. Dialectical Model Dalam Jejaring Kebijakan (Policy Network). *Jurnal Transformasi Administrasi*, Vol. I No.02: 113-119.
- Bangun. Sastroy. 2010. Rumah Sakit Zainal Abidin Alami Kenaikan Kunjungan. http://www.waspada.co.id/index.php?option=com_content&view=article&id=140071:rsuza-alami-kenaikan-kunjungan&catid=13:aceh&Itemid=26. Diakses tanggal 22 Oktober 2012.
- Dinas Kesehatan Aceh. 2011. Laporan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh. Banda Aceh.
- Hermawan. Medika. 2011. Koordinasi Pemerintahan. <http://govmedikzmedikz.blogspot.com/2011/01/koordinasi-pemerintahan.html>. Diakses 6 Juli 2012.
- Lumingkewas. Alfons. 2011. Makalah Pengantar Manajemen Koordinasi Dan Rentang Manajemen. <http://www.scribd.com/doc/55330267/Koordinasi-Dan-Rentang-Manajmen>. Diakses 6 Juli 2012.
- Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV Lembaga Administrasi Negara. 2011. Efektifitas Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Aceh. Banda Aceh.
- Terry, G.R. dan Leslie, W.R. 1992. *Dasar-dasar Manajemen*, Jakarta: Bumi Aksara.
- WHO. 2005. Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System. *Technical Brief For Policy-Makers*. Number 1, 2005. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh.
- Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.
- Permendagri Nomor 33 Tahun 2008 tentang Pedoman Hubungan Kerja Organisasi Perangkat Daerah dalam Penyelenggaraan Pemerintahan daerah.
- Qanun Aceh Nomor 04 Tahun 2010 tentang Kesehatan Aceh.
- Peraturan Gubernur Aceh Nomor 65 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksana Jaminan Kesehatan Aceh.
- Perjanjian Kerja Sama Antara Pemerintah Aceh dengan PT. Askes (Persero) Nomor 09/PKS/2010 dan 154/KTR/0610 pengelolaan Manajemen Jaminan Kesehatan Aceh.

PANDUAN PENULISAN JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Naskah yang akan diterbitkan dalam Jurnal Kependudukan harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Naskah adalah karya asli yang belum pernah dipublikasikan di media cetak lain maupun elektronik.
2. Naskah dapat berupa hasil penelitian, gagasan konseptual, tinjauan buku, dan jenis tulisan ilmiah lainnya.
3. Naskah ditulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris dengan menggunakan tata bahasa yang benar.
4. Naskah ditulis dengan menggunakan model huruf Times New Roman, font 12, margin atas 4 cm, margin bawah, 3 cm, margin kanan 3 cm, dan margin kiri 4 cm, pada kertas berukuran A4 minimal 5000 kata, diketik 1,5 spasi dengan program Microsoft Word. Setiap lembar tulisan diberi halaman.
5. Isi naskah terdiri dari:
 - a. Judul ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Judul harus mencerminkan isi tulisan, bersifat spesifik dan terdiri atas 10-15 kata.
 - b. Identitas Penulis yang diletakkan di bawah judul, meliputi nama dan alamat lembaga penulis serta alamat email
 - c. Abstrak dan kata kunci dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Abstrak ditulis dalam satu paragraf dengan jumlah kata antara 100-150. Isi abstrak menggambarkan esensi isi keseluruhan tulisan.
 - d. Pendahuluan yang berisi tentang justifikasi pentingnya penulisan artikel, maksud/tujuan menulis artikel, sumber data yang dipakai, dan pembabakan penulisan.
 - e. Tubuh/inti artikel berisi tentang isi tulisan, pada umumnya berisi tentang kupasan, analisis, argumentasi, komparasi, dan pendirian penulis. Bagian inti artikel dapat dibagi menjadi beberapa subbagian yang jumlahnya bergantung kepada isu/aspek yang dibahas.
 - f. Kesimpulan berisi temuan penting dari apa yang telah dibahas pada bagian sebelumnya.
 - g. Tampilan tabel, gambar atau grafik harus bisa dibaca dengan jelas dan judul tabel diletakkan diatas tabel, sedangkan judul gambar atau grafik diletakkan dibawah gambar atau grafik serta dilengkapi dengan penomoran tabel/gambar/grafik.
 - h. Acuan Pustaka diupayakan menggunakan acuan terkini (lima tahun terakhir)
 - i. Penulisan daftar Pustaka mengikuti ketentuan sebagai berikut:
 - Kutipan dalam teks: nama belakang pengarang, tahun karangan dan nomor halaman yang dikutip
Contoh: (Jones, 2004:15), atau Seperti yang dikemukakan oleh Jones (2004:15).
 - Kutipan dari buku: nama belakang, nama depan penulis: tahun penerbitan. *Judul buku*. kota penerbitan: penerbit
Contoh: Horowitz, Donald. 1985. *Ethnic Groups in Conflict*, Berkeley: University of California.
 - Kutipan dari artikel dalam buku bunga rampai: nama belakang, nama depan pengarang, tahun. "judul artikel dalam nama editor (Ed.), *Judul Buku*. nama kota: nama penerbit. Halaman artikel.
Contoh: Hugo, Graeme. 2004. "International Migration in Southeast Asia since World War II", dalam A Ananta dan E.N.Arifin (Eds.), *International Migration in Southeast Asia*, Singapore: Institute of Southeast Asian Studies. hal: 28—70.
 - Kutipan dari artikel dalam jurnal: nama belakang, nama depan penulis, tahun penerbitan. "Judul artikel", *Nama Jurnal*, Vol (nomor Jurnal): halaman.
Contoh: Hull, Terence H. 2003. "Demographic Perspectives on the Future of Indonesian Family", *Journal of Population Research*, 20 (1):51—65.
 - Kutipan dari *website*: dituliskan lengkap alamat *website*, tahun dan alamat URL dan html sesuai alamatnya. Tanggal *download*.
Contoh: World Bank. 1998. <http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>. Washington DC. Tanggal 25 Maret.
 - Catatan kaki (*footnote*) hanya berisi penjelasan tentang teks, dan diketik di bagian bawah dari lembaran teks yang dijelaskan dan diberi nomor.