

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.¹ Jadi setiap manusia berhak mendapatkan kesehatan dalam jiwa, badan maupun sosial. Dewasa ini pemikiran tentang hidup sehat sudah mulai berkembang, baik dengan melakukan olahraga untuk menjaga kualitas kesehatannya, maupun dengan memperhatikan makanan-makanan bergizi yang dikonsumsi. Tetapi tidak dengan penduduk yang berpendapatan tidak memenuhi tingkat kecukupan, seperti penduduk miskin misalnya. Bagi penduduk miskin, makanan bergizi jarang sekali masuk ke dalam tubuh mereka, bahkan untuk makan sehari-haripun terkadang susah didapatkan dan masalah pada kebersihan lingkungan juga sudah biasa bagi masyarakat kurang mampu. Sehingga, dengan kondisi ekonomi masyarakat yang tidak berkecukupan akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang akan diperoleh. Terlihat dari Kondisi tersebut biasanya terjadi di negara-negara berkembang. Terdapat perbandingan yang signifikan antara negara maju dengan negara berkembang.

Di negara maju fasilitas kesehatan berkembang dengan cepat, peralatan kedokteran lebih canggih, jumlah tenaga medis sebanding dengan jumlah

¹ Undang-Undang Negara Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 , tentang Kesehatan (Lembaran Tahun 2009 Nomor 144

penduduk, dan tingkat gizi masyarakatnya tinggi. Sedangkan di negara berkembang hal yang terjadi adalah kebalikan dari kondisi tersebut. Jumlah sarana dan prasarana kesehatan serta petugas medis belum sebanding dengan jumlah penduduk.² Dilihat dari perbandingan tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa antara negara maju dengan negara berkembang mempunyai perbedaan yang signifikan. Di negara berkembang seperti Indonesia, pemerintah Indonesia saat ini sedang gencar-gencarnya melakukan pembangunan dalam bidang kesehatan ke arah yang lebih memenuhi standar kualitas yang memadai, baik dalam bidang pelayanan ataupun kualitas infrastruktur kesehatan. Pemerintah haruslah memiliki peran penting dalam pemenuhan target pembangunan nasional dalam bidang kesehatan. Sesuai dengan janji-janji yang telah di paparkan oleh pemerintahan Indonesia dalam segala bidang terutama dalam bidang kesehatan masyarakat miskin. Karena pembangunan di bidang kesehatan merupakan salah satu bagian penting dari pembangunan nasional, pemerintah sebagai institusi tertinggi yang bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan dan harus pula memenuhi kewajiban dalam pemenuhan sarana dan prasarana guna mewujudkan pelayanan kesehatan. Sebagaimana yang kita ketahui bahwa pembangunan di bidang kesehatan merupakan salah satu kunci sukses yang mendasari pembangunan lainnya, karena kesehatan merupakan kebutuhan utama manusia dan menjadi hal yang mendasari kehidupan.

²Lusia Kus Anna, *Soal Kesehatan Indonesia Tertinggal dari Tetangga*, harian Kompas, kompas.com/read/2013/05/22/09522188/Soal.Kesehatan.Indonesia.Tertinggal.dari.Tetangga, Pada tanggal 17 Januari 2015 pukul 16.00

Terkait dengan pembangunan kesehatan di Indonesia, ada dua peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang kesehatan. Yang pertama diatur dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 (H) ayat 1 dijelaskan bahwa “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”,³ dan yang kedua diatur pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 14 menyatakan bahwa “Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat”.⁴ Landasan konstitusional dan landasan operasional tersebut secara nyata mengamanatkan bahwa upaya pemenuhan kebutuhan salah satu hak dasar masyarakat, dalam hal ini hak atas pelayanan kesehatan adalah tanggung jawab negara. Negara bertanggung jawab untuk mengatur dan memastikan bahwa hak untuk hidup sehat bagi seluruh lapisan masyarakat dipenuhi termasuk bagi masyarakat miskin dan/atau tidak mampu. Dalam Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional disebutkan bahwa pengelolaan kesehatan diselenggarakan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dalam pasal 3 Peraturan Presiden tersebut, disebutkan bahwa

³ Undang-Undang Dasar RI Tahun 1945 Pasal 28 (H) ayat 1

⁴ Undang-Undang Negara Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 , tentang Kesehatan (Lembaran Tahun 2009 Nomor 144

komponen pengelolaan kesehatan dikelompokkan dalam sub sistem: (a) upaya kesehatan; (b) penelitian dan pengembangan kesehatan; (c) pembiayaan kesehatan; (d) sumber dayamanusia kesehatan; (e) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; (f) manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan (g) pemberdayaan masyarakat. Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang 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. Pembangunan Nasional harus berwawasan kesehatan, yaitu setiap kebijakan publik selalu memperhatikan dampak pada kesehatan.

Dari terciptanya peraturan perundang-undangan tersebut, sangat terlihat jelas bahwa pemerintahan Indonesia saat ini sangat peduli akan tingkat kesehatan di Indonesia. Tetapi, bukan hanya kesehatan masyarakat yang harus dikedepankan, melainkan kesehatan lingkungan juga sangat perlu di perhatikan. Karena Lingkungan merupakan salah satu variabel yang perlu mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat. Bersama dengan faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik, lingkungan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Menurut Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat

dan bahagia Masalah kesehatan lingkungan merupakan masalah kompleks yang harus diatasi bersama baik pemerintah maupun masyarakat itu sendiri.⁵

Dewasa ini, negara Indonesia sedang tidak bersahabat dalam segi kesehatan lingkungan, baik dikarekan oleh polusi kendaraan bermotor, asap rokok, penebangan liar, membuang sampah sembarang tidak pada tempatnya, dari polusi itu terjadi perubahan iklim/cuaca yang tidak menentu. Dan bahkan di ibukota sudah banyak yang membuat rumah di pinggir kali yang mengakibatkan terjadinya pendangkalan dan penyempingan sungai. Sehingga mengakibatkan banjir yang tidak berkesudahan di ibukota. Seharusnya sebagai warga negara yang baik dan ingin di layani oleh pemerintahnya, hendaklah tetap menjaga lingkungan agar kejadian-kejadian yang sangat merugikan tidak akan terjadi. Karena jika lingkungan sudah tidak layak lagi, maka kesehatan masyarakatlah yang akan menjadi ancaman. Hal ini merupakan salah satu penyebab mengapa pemerintah membuat berbagai macam peraturan/kebijakan tentang kesehatan.

Adapun salah satu kebijakan pemerintah adalah dalam penetapan UU BPJS. UU BPJS ini merupakan amanat baru UU 40 Tahun 2004 tentang SJSN (Sistem Jaring Sosial Nasional) yang “memerintahkan” kepada pemerintah untuk membentuk suatu Badan Penyelenggara (Bapel) selambat-lambatnya 5 (lima) tahun sejak tanggal ditetapkan. Sehingga semestinya pada Tahun 2009, pemerintah telah memiliki UU BPJS ini, namun ternyata baru pada Tahun 2011 berhasil ditetapkan. Dalam UU BPJS ini, telah diatur bahwa pemerintah akan

⁵ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia*, Kementerian Kesehatan RI, diakses dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2012.pdf>, pada tanggal 11 Februari 2014

menyelenggarakan sistem jaminan sosial yang terdiri dari Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian dan Jaminan Hari Tua (Pensiun). Pemerintah harus membentuk Badan Penyelenggara untuk melaksanakan 4 program jaminan sosial ini. Hal ini memang sesuai dengan UUD Pasal 28 ayat (2) huruf b yang menyatakan bahwa Kesehatan adalah hak asasi manusia. Kemudian pada ayat yang lain disebutkan bahwa pemerintah harus menjamin pembiayaan kesehatan bagi fakir miskin dan anak-anak terlantar. Berhubungan dengan kemunculan UU BPJS ini, pemerintah menyelenggarakan sistem jaminan kesehatan. Tentunya pemerintah mempunyai tujuan dalam menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan ini.

Tujuan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan yaitu :

1. Terselenggaranya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien.
2. Meningkatkan cakupan masyarakat tidak mampu yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan Rumah Sakit, serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.⁶

Dari tujuan yang pertama dapat dilihat bahwa belum tercapainya tujuan yang telah ditetapkan. Terlihat dari akses dan mutu pelayanan yang belum merta pada kalangan masyarakat. Sehingga belum tercapainya tujuan dari jaminan kesehatan ini juga sangat membuat penulis tertarik untuk melakukan penelitian terhadap

⁶ BPJS KESEHATAN, *Tentang BPJS*, <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/arsip/categories/Ng/tujuan>, pada tanggal 08 Februari 2014

bagaimana bentuk atau implementasi dari jaminan kesehatan ini. Dan juga dengan berlakunya UU BPJS juga membuat banyak pertanyaan tentang pelaksanaannya.

UU BPJS merupakan amanat dari UU 40 Tahun 2004 tentang SJSN (Sistem Jaring Sosial Nasional) yang “memerintahkan” kepada pemerintah untuk membentuk suatu Badan Penyelenggara (Bapel) selambat-lambatnya 5 (lima) tahun sejak tanggal ditetapkan. Sehingga semestinya pada Tahun 2009, pemerintah telah memiliki UU BPJS ini, namun ternyata baru pada Tahun 2011 berhasil ditetapkan. Dalam UU BPJS ini, telah diatur bahwa pemerintah akan menyelenggarakan sistem jaminan sosial yang terdiri dari Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian dan Jaminan Hari Tua (Pensiun). Pemerintah harus membentuk Badan Penyelenggara untuk melaksanakan 4 program jaminan sosial ini. Hal ini memang sesuai dengan UUD Pasal 28 ayat (2) huruf b yang menyatakan bahwa Kesehatan adalah hak asasi manusia. Kemudian pada ayat yang lain disebutkan bahwa pemerintah harus menjamin pembiayaan kesehatan bagi fakir miskin dan anak-anak terlantar. Dan pada 1 Januari 2014 sistem Jaminan Sosial terbaru atau JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) resmi diberlakukan. Namun masih banyak warga yang belum tahu apa itu BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan dan JKN. Dalam UU BPJS ini ada 3 Hal pokok mendasar yang akan berubah.

Tiga Hal pokok mendasar yang akan berubah, yaitu

1. Badan Penyelenggara (Bapel) yang sebelumnya dijalankan oleh P2JK Kementerian Kesehatan akan berubah dan diambil alih oleh sebuah Bapel yang merupakan hasil merger dari 4 BUMN di atas.
2. Sumber pendanaan yang sebelumnya berasal dari APBN pada Pos Belanja “ Bantuan Sosial” akan berubah menjadi premi wajib yang dibayarkan oleh pemerintah.
3. Akan terjadi perubahan yang sangat revolusioner dalam hal Aspek Kepesertaan. Karena pada Tahun 2011 ini BPS sedang melaksanakan pendataan baru bersarkan By Name By Address.⁷

Realitas pelaksanaan pelayanan JKN tergambar jelas dengan adanya perbedaan profesionalitas para aparatur terhadap pelayanan antara pengguna JKN dengan pengguna jasa kesehatan lainnya misalnya kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai JKN yang membuat masyarakat sulit mendapatkan yang semestinya, proses pelayanan yang lama dibandingkan dengan pengguna jasa pelayanan kesehatan lainnya hingga hal ini cenderung menyulitkan masyarakat. Selain profesionalitas dari petugas yang kurang baik terdapat petugas informasi yang kurang ramah, kenyamanan ruang tunggu minim dan harga obat yang mahal membuat masyarakat kesulitan dan tidak mau berobat ke Puskesmas. Sehingga membuat masyarakat lebih cenderung memilih pengobatan alternatif.

⁷ Kementerian Kesehatan RI, Pegangan Sosialisasi JKN, Di akses di <http://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan-sosialisasi-jkn.pdf> pada tanggal 23 januari 2015 pukul 21.15 WIB

Penulis kerucutkan pada satu daerah tertentu yang menjadi domain terhadap penelitian yang akan di lakukan. Menurut data yang telah dipaparkan oleh webside resmi dari JKN mengemukakan bahwa Pemerintah menanggung iuran JKN bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, yang jumlahnya mencapai 86,4 juta orang, termasuk 1.572.154 orang di Daerah Istimewa Yogyakarta (DI Yogyakarta). Kelompok ini disebut dengan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Ada sekitar 9.500 Puskesmas yang tersebar di seluruh Indonesia, termasuk 121 di DI Yogyakarta. Jumlah tersebut penyebarannya tidak merata di setiap Kabupaten/Kota. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI dan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan serta Roadmap/peta jalan JKN.⁸Jaminan Kesehatan Nasional yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan nasional yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Hal ini dimaksudkan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.. Hal tersebut disampaikan bupati sleman Drs. Sri Purnomo saat membuka sosialisasi JKN (Republika.com). Lebih lanjut disampaikan bahwa berdasarkan data tahun 2014, jumlah kepesertaan jaminan kesehatan di Kabupaten Sleman yang langsung dapat diintegrasikan dengan JKN kurang lebih 43,2% dari jumlah penduduk Kabupaten Sleman yang berjumlah

⁸ Jaminan Kesehatan Nasional, Penerima bantuan JKN di Yogyakarta, Di akses di <http://www.jkn.kemkes.go.id/faq.php> pada tanggal 8 Februari 2015 pukul 15. 00 WIB

1.059.383 jiwa. Kepesertaan jaminan tersebut meliputi peserta askes 140.377 jiwa, peserta jamkesmas 317.180 jiwa, peserta Jamsostek: 25.792 jiwa dan peserta TNI/POLRI sebanyak 8.479. Hingga akhir 2014 tercatat jumlah peserta JKN Mandiri mencapai 2.041 jiwa. . Pada saat ini 25 fasilitas pelayanan primer 25 Puskesmas, 48 dokter keluarga, 15 dokter gigi keluarga serta klinik pratama telah menandatangani perjanjian kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sedangkan fasilitas kesehatan rujukan dari 26 Rumah Sakit yang ada sebanyak 17 Rumah Sakit telah bekerjasama dengan BPJS.⁹ Dari persentase jumlah penerima bantuan kesehatan di Kabupaten Sleman, merupakan persentase yang terbilang banyak untuk jumlah penerima bantuan kesehatan.

Sebagai contoh kasus yang sedang hangat yaitu kasus bayi Khiren. Pada khusus bayi khiren juga menjadi salah satu fakta bahwa mekanisme dari BPJS ini memang terlihat sulit. Banyaknya administrasi yang harus dipenuhi oleh pihak keluarga khiren membuat terlambatnya dilakukan operasi. Dan juga karena diakibatkan masa pengurusan jaminan yang diberikan selama 3x24 jam belum diselesaikan keluarga bayi. Bahkan, sang bayi sudah selesai menjalankan operasi dan dipulangkan ke kediamannya pada 4 Juni. Dan keesokan harinya pada 5 Juni, ayah bayi mengurus jaminan rawat inap BPJS yang dulu sempat diberikan waktu selama tiga hari.

"Jadi berdasarkan prosedur, kalau sudah lewat, apalagi dia sudah pulang, jatuhnya, dia jadi pasien umum (bukan BPJS). Asuransi mana pun pasti seperti

⁹ Sri purnomo, persentase penerima JKN Kab.Sleman, Di akses di Republika.com pada tanggal 8 Februari 2015 pukul 17. 00

itu," tegas dia. Keluarga Bayi Khiren harus menanggung biaya sebesar Rp124.826.395. Hingga detik ini, Suciati belum dapat memastikan dispensasi untuk bayi Khiren. Sebab, belum ada pembahasan lebih lanjut mengenai kasus bayi Khiren di internal BPJS Kesehatan.¹⁰ Dan karena Hal itu lah yang membuat penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang Jaminan Kesehatan Nasional.

Dan juga yang membuat penulis tertarik adalah dengan mekanisme yang cukup berbelit-belit membuat masyarakat yogyakarta, khususnya di sekitar Puskesmas Gamping menjadi sulit untuk mendapat pelayanan yang semestinya. Jadi, telah jelas bahwa yang menjadi masalah adalah dalam hal implementasinya adalah tentang Bagaimana mekanisme program ini berjalan. Kegiatan pelaksanaan program kesehatan dari pemerintah untuk masyarakat guna mencapai pemerataan dalam bidang kesehatan di Puskesmas Gamping ini ada beberapa kondisi faktual yang dapat ditemui dilapangan yakni belum sepenuhnya masyarakat mengetahui adanya program dan prosedur kesehatan yang bergulir di masyarakat dengan kata lain jika tidak disosialisasikan dengan luas maka tujuan dari program ini dapat sesegera mungkin dicapai. Permasalahan lain yang muncul adalah kurangnya kesadaran dari masyarakat itu sendiri untuk menciptakan pola hidup sehat disamping kurangnya sosialisasi atau penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh pegawai setempat.

¹⁰Metrotvnews. *Kasus Bayi Khiren, Ini Penjelasan BPJS Kesehatan*. Diakses di : news.metrotvnews.com/. 22 Agustus 2015

B. Rumusan masalah

Perumusan masalah merupakan suatu hal yang pokok dari kegiatan penelitian, sehingga perumusannya haruslah tegas dan jelas agar proses penelitian dapat berjalan dengan berfokus pada suatu masalah yang jelas. Perumusan masalah juga sangat diperlukan untuk mempermudah menginterpretasikan data dan fakta yang diperlukan dalam suatu penelitian.¹¹

Dari latar belakang yang telah dipaparkan di atas maka penulis membuat perumusan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kecamatan Gamping Tahun 2014”

C. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan penelitian

Penelitian dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui bagaimana Implementasi dari program jaminan kesehatan nasional (JKN) di Puskesmas Kecamatan Gamping.

2. Manfaat Penelitian

- a. Bagi penulis, dapat mengembangkan kemampuan berpikir penulis melalui karya ilmiah dan sebagai penerapan dari berbagai teori yang penulis dapatkan selama dalam masa perkuliahan, dan juga penulis dapat mengetahui secara langsung di lapangan tentang

¹¹ Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*, Jakarta : Bina Aksara, tahun1996, Hal 19

bagaimana implementasi dari program jaminan kesehatan ini berlangsung.

- b. Dapat memberikan informasi kepada halayak umum, pihak Puskesmas Kecamatan Gamping, dan pihak BPJS tentang bagaimana implementasi program ini berjalan, dan dapat meningkatkan/mengembangkan kemampuan pembaca dalam mempelajari bagaimana pembuatan karya tulis ilmiah.
- c. Dapat memberikan masukan yang sangat bermanfaat bagi puskesmas ataupun pihak BPJS selaku penyelenggara dari program ini.
- d. Berfungsi sebagai referensi tambahan bagi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik maupun bagi Jurusan Ilmu Pemerintahan.

D. Kerangka Teori

1. Implementasi Kebijakan

implementasi kebijakan adalah Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian luas merupakan alat administrasi hukum dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur dan teknik yang bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan” (Lester dan Stewart dalam Winarno, 2002:101-102).

1. Teori George C. Edwards III (1980)

Model implementasi kebijakan menurut pandangan Edwards III (1980), dipengaruhi empat variabel, yakni; (1) komunikasi, (2) sumberdaya, (3) disposisi dan kemudian (4) struktur birokrasi. Keempat variabel tersebut juga saling berhubungan satu sama lain.

1) **Komunikasi.** Implementasi kebijakan publik agar dapat mencapai keberhasilan, mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan secara jelas. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus diinformasikan kepada kelompok sasaran (target group) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Apabila penyampaian tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas, tidak memberikan pemahaman atau bahkan tujuan dan sasaran kebijakan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi suatu penolakan atau resistensi dari kelompok sasaran yang bersangkutan. Oleh karena itu diperlukan adanya tiga hal, yaitu; (1) penyaluran (transmisi) yang baik akan menghasilkan implementasi yang baik pula (kejelasan); (2) adanya kejelasan yang diterima oleh pelaksana kebijakan sehingga tidak membingungkan dalam pelaksanaan kebijakan, dan (3) adanya konsistensi yang diberikan dalam pelaksanaan kebijakan. Jika yang dikomunikasikan berubah-ubah akan membingungkan dalam pelaksanaan kebijakan yang bersangkutan.

2) Sumber daya. Dalam implementasi kebijakan harus ditunjang oleh sumberdaya baik sumberdaya manusia, materi dan metoda. Sasaran, tujuan dan isi kebijakan walaupun sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif dan efisien. Tanpa sumberdaya, kebijakan hanya tinggal di kertas menjadi dokumen saja tidak diwujudkan untuk memberikan pemecahan masalah yang ada di masyarakat dan upaya memberikan pelayan pada masyarakat. Selanjutnya Wahab (2010), menjelaskan bahwa sumberdaya tersebut dapat berwujud sumberdaya manusia, yakni kompetensi implementor dan sumberdaya finansial.

3) Disposisi. Suatu disposisi dalam implementasi dan karakteristik, sikap yang dimiliki oleh implementor kebijakan, seperti komitmen, kejujuran, komunikatif, cerdas dan sifat demokratis. Implementor baik harus memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan dan ditetapkan oleh pembuat kebijakan. Implementasi kebijakan apabila memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasinya menjadi tidak efektif dan efisien. Wahab (2010), menjelaskan bahwa disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia akan menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan.

4) **Struktur birokrasi.** Organisasi, menyediakan peta sederhana untuk menunjukkan secara umum kegiatan-kegiatannya dan jarak dari puncak menunjukkan status relatifnya. Garis-garis antara berbagai posisi-posisi itu dibingkai untuk menunjukkan interaksi formal yang diterapkan. Kebanyakan peta organisasi bersifat hirarki yang menentukan hubungan antara atasan dan bawahan dan hubungan secara diagonal langsung organisasi melalui lima hal harus tergambar, yaitu; (1) jenjang hirarki jabatan-jabatan manajerial yang jelas sehingga terlihat “Siapa yang bertanggungjawab kepada siapa?”; (2) pelembagaan berbagai jenis kegiatan oprasional sehingga nyata jawaban terhadap pertanyaan “Siapa yang melakukan apa?”; (3) Berbagai saluran komunikasi yang terdapat dalam organisasi sebagai jawaban terhadap pertanyaan “Siapa yang berhubungan dengan siapa dan untuk kepentingan apa?”; (4) jaringan informasi yang dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, baik yang sifatnya institusional maupun individual; (5) hubungan antara satu satuan kerja dengan berbagai satuan kerja yang lain. Dalam implementasi kebijakan, struktur organisasi mempunyai peranan yang penting. Salah satu dari aspek struktur organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar (standard operating procedures/SOP). Fungsi dari SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan red-tape, yakni birokrasi yang rumit dan kompleks. Hal

demikian pada gilirannya menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

2. Pelayanan Publik

Penggunaan istilah pelayanan publik (*public service*) di Indonesia dianggap memiliki kesamaan arti dengan istilah pelayanan umum atau pelayanan masyarakat. Oleh sebab itu ketiga istilah tersebut dipergunakan bersamaan dan tidak memiliki perbedaan yang mendasar. Pelayanan berfungsi sebagai sebuah sistem yang menyediakan apa yang dibutuhkan oleh masyarakat.

Sementara istilah publik, yang berasal dari bahasa Inggris (*public*), terdapat beberapa pengertian, yang memiliki arti dalam bahasa Indonesia, yaitu umum, masyarakat dan negara. Sedangkan dalam pengertian negara salah satunya adalah *public authorities* (otoritas negara), *public building* (bangunan negara), *public revenue* (penerimaan negara) dan *public sector* (sektor negara). Dalam hal ini, pelayanan publik merujuk pada pengertian masyarakat atau umum.

Secara garis besar jenis-jenis Pelayanan publik menurut Kepmenpan No. 63 tahun 2003 dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu :

1. Kelompok pelayanan administratif. Jenis pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk dokumen resmi yang dibutuhkan oleh publik, misalnya status kewarganegaraan, sertifikat kompetensi, kepemilikan atau penguasaan terhadap suatu barang dan sebagainya. Dokumen-dokumen ini antara lain Kartu Tanda Penduduk (KTP), Akte

Pernikahan, Akte Kelahiran, Akte Kematian, Buku Pemilik Kendaraan Bermotor (BPKB), Surat Izin Mengemudi (SIM), Surat Tanda Nomor Kendaraan Bermotor (STNK), Izin Membangun Bangunan (IMB), Paspor, Sertifikat Kepemilikan/Penguasaan Tanah, dsb.

2. Kelompok pelayanan barang. Jenis pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk/jenis barang yang digunakan oleh publik, misalnya jaringan telepon, penyediaan tenaga listrik, air bersih, dsb.
3. Kelompok pelayanan jasa. Jenis pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk jasa yang dibutuhkan oleh publik, misalnya pendidikan, pemeliharaan kesehatan, penyelenggaraan transportasi, pos, dsb.

Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63 Tahun 2003 tentang pedoman umum penyelenggaraan pelayanan publik, standar kualitas pelayanan sekurang-kurangnya meliputi:

1. Prosedur Pelayanan. Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.
2. Waktu Penyelesaian. Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian termasuk pengaduan.
3. Biaya Pelayanan. Biaya/ tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian layanan.
4. Produk Pelayanan. Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

5. Sarana dan Prasarana. Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggaraan pelayanan publik.

6. Kompetensi Petugas Pemberi Pelayanan Publik. Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat sesuai berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan.

Sedangkan teori yang dikemukakan oleh Parasuraman, Berry, dan Zeithml (Harbani Pasolong,41,2007:135), dimana untuk mengukur berkualitas tidaknya suatu pelayanan digunakan dimensi kualitas pelayanan sebagai berikut :

1. Tangibles (Bukti langsung), kualitas pelayanan berupa fasilitas fisik perkantoran,perlengkapan, kebersihan, dan sarana komunikasi, ruang tunggu, tempat informasi.
2. Reliability (kehandalan), yakni kemampuan dan keandalan untuk menyediakan pelayanan yang terpercaya (pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan).
3. Responsiveness (daya tanggap), yaitu keinginan para staff untuk membantu para masyarakat dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat, serta tanggap terhadap keinginan konsumen.
4. Assurance (jaminan), mencakup kemampuan, keramahan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staff, bebas dari bahaya, resiko, atau keraguan.

5. Empathy (empati), sikap tegas tapi penuh perhatian terhadap konsumen, sehingga memudahkan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pelanggan.

E. Definisi Konseptual

Definisi konseptual adalah salah satu unsur penelitian yang penting dan merupakan definisi yang dipakai oleh para peneliti untuk menggambarkan secara abstrak suatu fenomena sosial atau fenomena alami.¹²

Jadi dapat dipahami bahwa definisi konseptual merupakan tahapan penting yang membahas mengenai pembatasan pengertian konsep dengan lain yang merupakan suatu abstraksi hal-hal yang diamati agar tidak terjadi kesalahpahaman.

Adapun definisi konseptual yang digunakan yaitu :

- 1) **Implementasi kebijakan Publik** adalah proses pelaksanaan dan penerapan kebijakan public bagi masyarakat umum.
- 2) **Pelayanan publik** adalah Pelayanan publik atau pelayanan umum dapat didefinisikan sebagai segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

¹² Masri Singarimbun dan Sofyan Efendi, Metode Penelitian Survey, LP3S, Jakarta. Tahun 1989
Hal 37

- 3) **JKN** (Jaminan Kesehatan Nasional) merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang merupakan kepanjangan dari Jaminan Kesehatan Nasional yang sistemnya menggunakan sistem asuransi.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah Petunjuk dan pelaksanaan untuk mengukur suatu variabel.¹³ maka perlu adanya batasan-batasan penelitian dengan menggunakan indikator-indikator. Dalam definisi operasional ini penulis menggunakan Teori George C.Edward III.

Alasan penulis menggunakan teori George C.Edward III karena menurut penulis teori ini sudah kompleks dalam memenuhi semua kriteria apa saja yang dibutuhkan untuk melakukan penelitian dalam hal implementasi. Dan juga teori ini mempunyai indikator-indikator yang dibutuhkan. Sehingga tidak hanya terfokus pada implementasinya saja, melainkan banyak faktor-faktor lain yang mempengaruhi dalam melakukan pengukuran implementasi tersebut. Indikator-indikator untuk mengukur implementasi kebijakan adalah sebagai berikut :

- I. Tentang Kebijakan
 - a. Isi kebijakan
 - b. Manfaat langsung dan manfaat tidak langsung
- II. Implementasi kebijakan :
 - a. Komunikasi diukur dengan indikator-indikator :

¹³ Masri Singarimbun dan Sofyan Efendi, Metode Penelitian Survey, LP3S, Jakarta. Tahun 1989
Hal 46

- a.1. Kejelasan koordinasi dan perintah yang diberikan oleh pembuat kebijakan dan pelaksana kebijakan di lapangan.
- b. Sumber Daya diukur dengan indikator-indikator :
 - b.1. Tersedianya sumber-sumber yang diperlukan dalam pelaksanaan program untuk menunjang suksesnya program yang dilaksanakan.
- c. Disposisi/ sikap pelaksana diukur dengan indikator-indikator :
 - c.1. Pengetahuan serta kemampuan yang dimiliki aparat yang ada, pada saat melaksanakan kebijakan.
 - c.2. Kemampuan dan keinginan yang besar dari aparat pelaksanaan kebijakan untuk melaksanakan kebijakan dengan benar.
- d. Struktur birokrasi diukur dengan indikator : d.1. Pengawasan yang efektif dari birokrasi terhadap pelaksana kebijakan

G. Metode penelitian

1. Jenis penelitian

Penelitian adalah aktivitas ilmiah yang sangat penting bagi pengembangan ilmu dan penyelesaian suatu masalah. Bagi ilmuwan, penelitian adalah alat untuk memahami, menggambarkan, menjelaskan, mengontrol atau memprediksi suatu fenomena sehingga terungkap kebenaran yang sesungguhnya. Di samping itu, penelitian juga dapat berkontribusi pada penyelesaian masalah yang terjadi dengan mengambil pelajaran dari temuan penelitian.

Menurut Moleong “Penelitian kualitatif adalah jenis penelitian dimana sumber data yang akan diperoleh berasal dari keterangan informan, berbagai dokumen yang berkaitan, dan hasil pengamatan atas suatu gejala sosial”.¹⁴

Sedangkan menurut Miles, “bahwa penelitian sosial lebih banyak mencari sumber data dari keterangan, simbol dan pernyataan-pernyataan dan pengamatan atas kondisi sosial”.¹⁵

Pendekatan kuantitatif adalah penelitian ilmiah yang sistematis terhadap bagian-bagian dan fenomena serta hubungan-hubungannya. Tujuan penelitian kuantitatif adalah mengembangkan dan menggunakan model-model matematis teori-teori dan/atau hipotesis yang berkaitan dengan fenomena alam. (Burhan Ashshofa, 2004:24).

Sesuai dengan dasar penelitian tersebut maka penelitian ini diharapkan mampu menciptakan atau menemukan konsep serta memecahkan atau menemukan permasalahan yang timbul dari implementasi Jaminan Kesehatan Nasional terhadap pelayanan kesehatan bagi warga Kecamatan Gamping. Namun tidak terbatas pada penggambaran norma-norma hukum positif saja. Metode berfikir kritis juga digunakan untuk menelaah konsep-konsep tersebut dengan melihat fakta sosial yang ada. Dengan demikian Penelitian yang akan dilakukan oleh penulis adalah dengan menggunakan pendekatan kualitatif.

¹⁴ Moleong Lexi J. *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung Remaja Rosdakarya, tahun 2000

¹⁵ Miles, Matthew B. Huberman, A Michael, *Analisa Data Kualitatif*, Terjemahan Tjepjep Rohendi Rohidi, Jakarta, Universitas Indonesia Press. Tahun 1992

2. Unit Analisa dan Sumber Data

Menurut Hamidi menyatakan bahwa unit analisis adalah satuan yang diteliti yang bisa berupa individu, kelompok, benda atau suatu latar peristiwa sosial seperti misalnya aktivitas individu atau kelompok sebagai subjek penelitian.

16

Dari cara mengungkap unit analisis data dengan menetapkan kriteria responden tersebut, penulis dengan sendirinya akan memperoleh siapa dan apa yang menjadi subjek penelitiannya. Dalam hal ini penulis akan memperoleh data awal dari pimpinan Puskesmas Gamping, dan akan di lanjutkan dengan informan yang lainnya seperti pegawai Puskesmas Gamping, dan masyarakat Gamping yang menerima atau yang sudah terdaftar di BPJS.

Guna mempermudah penelitian, Lokasi Penelitian yang dilakukan oleh penulis akan dilaksanakan di Puskesmas Kecamatan Gamping, serta wilayah lingkungan masyarakat kecamatan gamping. Karena pada tahun 2010 puskesmas gamping mendapatkan sertifikat ISO atau sebuah sertifikat standar jaminan mutu ISO 9001:2008 (sertifikat pelayanan mutu yang diakui secara internasional). Karena jarang sekali puskesmas mendapatkan sertifikat ini, karena biasanya sertifikat ini di dapatkan oleh Rumah sakit yang berfasilitas lengkap. Dari hal ini lah penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian di Puskesmas Gamping. Karena keingintahuan penulis untuk mengetahui sampai sebatas mana tingkat pelayanan di Puskesmas Gamping. Apakah memang secara keseluruhan telah

¹⁶ Hamidi, *Qualitatif Reseach*, Jakarta, PT Remaja Rosda Karya. Tahun 2005 Hal 75-76

memberikan pelayanan yang baik, apa hanya sekedar peningkatan kualitas fasilitas kesehatannya.

3. Teknik Pengumpulan Data

Dalam teknik pengumpulan data, penulis akan menggunakan 3 cara yaitu dengan melakukan wawancara, dokumentasi, dan kuesioner. Yaitu sebagai berikut:

A. Interview/Wawancara

Teknik pengumpulan data dengan cara mewawancarai secara langsung kepada responden. Teknik ini digunakan sebagai pelengkap dalam memperoleh data apabila jawaban dari responden kurang sesuai dengan tujuan penelitian. Serta untuk mengetahui kecenderungan yang mungkin timbul dari gejala-gejala yang diteliti.

Menurut Soetrisno Hadi, wawancara adalah “suatu proses tanya jawab dimana seseorang atau beberapa orang saling berhadapan dan dapat mendengar secara langsung. Merupakan alat pengumpulan data atau informasi yang langsung tentang berbagai jenis data dan sosial baik terpendam maupun termanifest.”¹⁷

Wawancara merupakan salah satu metode pengumpulan data dengan jalan komunikasi, yakni melalui kontak atau hubungan pribadi antara pengumpul data (pewawancara) dengan sumber data atau responden (Rianto Adi, 2004:72). Wawancara ini diadakan secara langsung kepada pihak-pihak yang terkait dalam penelitian yang dilakukan oleh penulis yaitu pihak Puskesmas Kecamatan

¹⁷ Soetrisno Hadi, *Metodologi Research* Jilid II, Andi Offset, Yogyakarta, 1994 Hal 192

Gamping dan warga Kecamatan Gamping selaku penerima layanan kesehatan serta para pihak yang berkompeten untuk menyampaikan informasi yang diperlukan kepada peneliti.

B. Dokumentasi

Data dalam penelitian kualitatif kebanyakan diperoleh dari sumber manusia atau human resources, melalui observasi dan wawancara. Sumber lain yang bukan dari manusia (non-human resources), diantaranya dokumen, foto dan bahan statistik. Dokumen terdiri bisa berupa buku harian, notula rapat, laporan berkala, jadwal kegiatan, peraturan pemerintah, anggaran dasar, rapor siswa, surat-surat resmi dan lain sebagainya.

Selain bentuk-bentuk dokumen tersebut diatas, bentuk lainnya adalah foto dan bahan statistik. Dengan menggunakan foto akan dapat mengungkap suatu situasi pada detik tertentu sehingga dapat memberikan informasi deskriptif yang berlaku saat itu. Foto dibuat dengan maksud tertentu, misalnya untuk melukiskan kegembiraan atau kesedihan, kemeriahan, semangat dan situasi psikologis lainnya. Foto juga dapat menggambarkan situasi sosial seperti kemiskinan daerah kumuh, adat istiadat, penderitaan dan berbagai fenomena sosial lainnya.

Selain foto, bahan statistik juga dapat dimanfaatkan sebagai dokumen yang mampu memberikan informasi, seperti jumlah guru, murid, tenaga administrasi dalam suatu lembaga atau organisasi. Data ini sangat membantu sekali bagi peneliti dalam menganalisa data, dengan dokumen-dokumen ini analisa data akan lebih mendalam sesuai dengan kebutuhan penelitian.

C. Kuesioner

adalah pernyataan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadi atau hal-hal yang ia ketahui” menurut Arikunto (2006:151).

4. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data akan dilakukan dengan metode deskriptif kualitatif. Menurut Miles, analisis data adalah suatu cara untuk mengelola dan menganalisis data yang diperoleh dari lapangan yang berbentuk kata ungkapan, kalimat, skema atau gambar dengan memberikan penjelasan atau makna teoritis.¹⁸ Adapun tahap analisis data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Pengumpulan Data, yakni melakukan proses wawancara dengan para informan, mencari dan mempelajari data sekunder. Serta melakukan pengamatan atas suatu gejala
- b. Klasifikasi data, yakni melakukan kategori atau pengelompokan data yang diperoleh atas dasar kriteria atau kategori tertentu
- c. Pengolahan data, yakni menyusun sajian format data yang memudahkan untuk di presentasikan
- d. Melakukan pemeriksaan atas kebenaran dan ketepatan data (Validitas)
- e. Memberikan interpretasi, yakni memberikan pemaknaan atas data yang di temukan dengan mempergunakan teori atau konsep tertentu.

¹⁸ Miles, Matthew B., Huberman, A Michael. *Analisa Data Kualitatif*. Terjemahan Tjepjep Rohendi Rohidi. Jakarta. Universitas Indonesia Press. Tahun 1992

5. Sumber Data

Sumber data utama penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan yang selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain (Moleong, 2004:157). Sumber data merupakan masalah yang perlu diperhatikan dalam setiap penelitian ilmiah, agar diperoleh data yang lengkap, benar, dan dapat dipertanggungjawabkan. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya, diamati dan dicatat untuk pertama kalinya. Data tersebut menjadi data sekunder kalau dipergunakan orang yang tidak berhubungan langsung dengan penelitian yang bersangkutan (Marzuki, 2002:55). Data primer merupakan data yang bersumberkan dari informasi pihak-pihak yang berkaitan langsung dengan permasalahan atau objek penelitian. Sumber data primer adalah kata-kata pihak-pihak yang diwawancarai dan data ini merupakan sumber data utama. Sumber utama ini dicatat melalui catatan tertulis atau rekaman video/audio tape, pengambilan foto, atau film. Pencatatan sumber data utama melalui wawancara merupakan kegiatan penelitian ini agar mendapatkan informasi yang akurat. Informasi tersebut diperoleh melalui :

- 1) Informan : "Informan adalah sumber informasi untuk mengumpulkan data" (Burhan Ashshofa, 2010:22). Informan merupakan orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi

latar penelitian (Moloeng, 2004:132). Informan yang dimaksud di sini adalah pihak-pihak yang dapat memberikan informasi yang terkait dengan permasalahan atau objek permasalahan atau objek penelitian mengenai implementasi jaminan kesehatan nasional.

- 2) Responden : “Responden adalah orang yang menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti, untuk tujuan peneliti itu sendiri” (Burhan Ashshofa, 2010:22). Responden dalam penelitian ini adalah Pegawai Puskesmas Kecamatan Gamping dan warga Kecamatan Gamping selaku penerima pelayanan kesehatan.

b. Data Sekunder

Marzuki (2002:56) data sekunder adalah data yang bukan diusahakan sendiri dalam pengumpulannya oleh peneliti, misalnya dari biro statistik, majalah, keterangan-keterangan atau publikasi lainnya. Jadi data sekunder berasal dari tangan kedua, ketiga, dan seterusnya, artinya melewati satu atau lebih pihak yang bukan peneliti sendiri. Karena itu perlu adanya pemeriksaan ketelitian.

Data sekunder adalah data dari penelitian kepustakaan dimana dalam data sekunder terdiri dari 3 (tiga) bahan hukum, yaitu bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier, yaitu sebagai berikut:

1. Bahan hukum primer

Bahan hukum primer adalah bahan hukum yang sifatnya mengikat karena dikeluarkan oleh pemerintah. Berupa peraturan perundang-

undangan yang berlaku dan ada kaitannya dengan permasalahan yang dibahas, yaitu meliputi:

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- b. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- c. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- d. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2008 Tentang SJSN.

2. Bahan hukum sekunder

Bahan hukum sekunder adalah bahan hukum yang sifatnya menjelaskan bahan hukum primer, dimana bahan hukum sekunder dapat berupa buku, artikel, laporan penelitian, hasil karya sarjana meliputi skripsi, tesis dan disertasi serta literatur lain seperti website-website berkaitan dengan pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional.