ISSN 2599-3534

JURNAL KEBIJAKAN PEMERINTAHAN

Vol.1/No.2/Oktober 2018

- **Pratiwi Nurhascaryani** : Evaluasi Kebijakan Pelayanan Terpadu Satu Pintu dalam Rangka Mewujudkan Kualitas Pelayanan Umum yang Prima di Kabupaten Indramayu Provinsi Jawa Barat
- **Nur Hazanah** : Evaluasi Pengembangan Kawasan Afirmatif Menuju Desa Mandiri (Studi Pembangunan Kawasan Perdesaan *Agroforestry Coffee* di Kecamatan Pangalengan Kabupaten Bandung Provinsi Jawa Barat)
- **Andi Azikin** : Konsep dan Implementasi Ideologi Pancasila dalam Perumusan Kebijakan Pemerintahan
- **Syahrir** : Pengaruh Implementasi Kebijakan terhadap Kualitas Pelayanan Perizinan Terpadu (Studi pada Badan Penanaman Modal dan Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Sukabumi Provinsi Jawa Barat)
- **Irfan Ulluputty** : Analisis Kebijakan Pembangunan Bidang Kesehatan bagi Orang Asli Papua (OAP) di Kabupaten Keerom Provinsi Papua
- **Ahmad Averus Toana** : Kepemimpinan Situasional dalam Kebijakan Publik
- **Baharuddin Thahir** : Memahami Kawasan Khusus dalam Sistem Pemerintahan Daerah di Indonesia
- **Herman Rozie, Tjahja Supriatna, Zudan Arief Fakhrullah, Suhajar Diantoro** : Pengaruh Implementasi Kebijakan Perubahan Status Desa dan Kepemimpinan Lurah terhadap Pemberdayaan Masyarakat *Hinterland* di Kota Batam Provinsi Kepulauan Riau
- **Marta Dwi Rifka, Mutia Rahmah** : Kebijakan Penggunaan Dana Desa dalam Pemberdayaan Masyarakat di Dusun Rantaupandan Kecamatan Rantaupandan Kabupaten Bungo Provinsi Jambi
- **Hilman Malik, Nur Saribulan** : Implementasi Kebijakan Usaha Perikanan melalui Program Pengembangan Perikanan Tangkap di Kota Tanjungpinang Provinsi Kepulauan Riau

J-KP	Vol. 1	No. 2	Hlm. 195 — 360	Jakarta, Oktober 2018	ISSN 2599-3534

PROGRAM STUDI KEBIJAKAN PEMERINTAHAN
(PROGRAM SARJANA)
FAKULTAS POLITIK PEMERINTAHAN
INSTITUT PEMERINTAHAN DALAM NEGERI

Scanned by CamScanner

ANALISIS KEBIJAKAN PEMBANGUNAN BIDANG KESEHATAN BAGI ORANG ASLI PAPUA (OAP) DI KABUPATEN KEEROM PROVINSI PAPUA

Irfan Ulluputty
Institut Pemerintahan Dalam Negeri
E-mail: irfanuluputty@gmail.com

ABSTRACT

This study aims to describe the general policy of the government in the field of health in Keerom Regency. This research method is a qualitative method because it is based on the consideration that, research on the implementation of health policy implementation policies, is a research in the field of social sciences (social sciences). The conclusion of the study shows that various policies that have been issued in the framework of health care by the government, the provincial government since the issuance of Law 21 of 2001 concerning Special Autonomy for Papua Province, shows the commitment of the government and regional governments in the implementation of health development in Papua. But in its implementation, in general the existence of a health policy program that has not been fully implemented shows that the acceleration of development is carried out especially in relation to priority programs such as improving health services, so that it still does not provide optimal improvement.

Keywords: *policy, health sector development, indigenous Papuans*

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kebijakan umum pemerintah dalam bidang kesehatan di Kabupaten Keerom. Metode penelitian ini adalah metode kualitatif karena didasarkan pada pertimbangan bahwa, penelitian tentang implementasi kebijakan penyelenggaraan kebijakan kesehatan, merupakan sebuah penelitian di bidang ilmu sosial (*social sciences*). Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa berbagai kebijakan yang telah dikeluarkan dalam rangka penyelenggaran kesehatan oleh pemerintah, pemerintah provinsi sejak dikeluarkan UU 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua, menunjukkan komitmen pemerintah dan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Papua. Namun pada implementasinya, secara umum adanya program kebijakan kesehatan yang belum sepenuhnya berjalan menunjukkan percepatan pembangunan yang dilakukan terutama dalam kaitannya dengan program prioritas diantaranya peningkatan pelayanan kesehatan, sehingga masih belum memberikan peningkatan yang optimal.

Kata kunci: kebijakan, pembangunan bidang kesehatan, orang asli Papua

Scanned by CamScanner

PENDAHULUAN

Sesuai dengan komitmen pemerintah dan seluruh rakyat Indonesia, bahwa reformasi harus dilakukan. Hal tersebut telah melahirkan kesadaran dan pemikiran baru untuk menangani berbagai permasalahan yang ada dalam kehidupan berbangsa dan bernegara[1]. Selanjutnya dapat dirasakan telah munculnya perubahan paradigma dalam menangani berbagai masalah bangsa dari pendekatan keamanan dan stabilitas menjadi pendekatan sosial atau kesejahteraan, dengan memperhatikan kesetaraan dan keberagaman kehidupan sosial budaya dalam masyarakat lokal. Berdasarkan referensi Tim Peneliti dari Universitas Cendrawasih bekerjasama dengan UGM yang diterbitkan oleh: *Center for Learning and Advancing Experimental Democracy-Yogyakarta Indonesia Forestry and Governance Institut* – Yogyakarta, tahun 2012, dengan judul Nilai-Nilai Dasar Orang Papua Dalam Mengelola Pemerintahan (*Governance*). Salah satu paradigma yang diwujudkan dalam kebijakan pemerintah dalam pembangunan masyarakat Indonesia adalah adanya kebijakan otonomi khusus. Otonomi khusus diberikan kepada Provinsi Papua dan Papua Barat berdasarkan UU Nomor 21 Tahun 2001 Tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua. Pembangunan lebih dipercepat di Provinsi Papua, terutama semenjak tahun 2001 melalui Dana Otonomi Khusus (Dana Otsus).

Adapun paradigma pembangunan Papua dapat dipandang dengan karakteristik sebagaimana tampak pada Tabel 1.[2]

Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua pada dasarnya adalah pemberian kewenangan yang lebih luas bagi Provinsi dan rakyat Papua untuk mengatur dan mengurus diri sendiri di dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Kewenangan yang lebih luas berarti pula tanggung jawab yang lebih besar bagi Provinsi dan rakyat Papua untuk menyelenggarakan pemerintahan dan mengatur pemanfaatan kekayaan alam di Provinsi Papua untuk sebesar-besarnya bagi kemakmuran rakyat Papua sebagai bagian dari rakyat Indonesia sesuai dengan peraturan Perundang-Undangan. Kewenangan ini berarti pula kewenangan untuk memberdayakan potensi sosial-budaya dan perekonomian masyarakat Papua, termasuk memberikan peran yang memadai bagi orang-OAP melalui para wakil adat, agama, dan kaum perempuan.

Terdapat 3 (tiga) hal dalam muatan kebijakan yang memang menjadikan otonomi di Papua bersifat khusus. Pertama, di Papua dibentuk institusi representasi kultural; kedua, kekhususan dalam pendapatan daerah untuk Papua; dan ketiga, penggunaan peristilahan

1 Muhammad Abdul Musa'ad, dalam QuoVadis Otsus Papua, 2012, hal. 49.

2 Berdasarkan referensi Tim Peneliti dari Universitas Cendrawasih bekerjasama dengan UGM yang diterbitkan oleh : *Center for Learning and Advancing Experimental Democracy-Yogyakarta Indonesia Forestry and Governance Institut* – Yogyakarta, tahun 2012, dengan judul Nilai-Nilai Dasar Orang Papua Dalam Mengelola Pemerintahan (*Governance*)

Scanned by CamScanner

Tabel 1

Paradigma Pembangunan Papua dan karekteristiknya

Paradigma Pembangunan	Karakteristik
Membangun di Papua	- Eksploitasi sumber kekayaan Papua oleh dan untuk pihak luar - Pengelolaan pembangunan berpendekatan dan berorientasi pasar
Membangun untuk Papua	- Pembangunan Papua didominasi oleh *framework* pihak luar - Pembangunan dikendalikan dan dikooptasi oleh kepentingan dari luar
Membangun Papua	- Memijakkan proses pembangunan Papua pada sistem nilai, pandangan hidup, dan budaya orang Papua - Menggerakkan pembangunan Papua dari bawah

Sumber: *Kemitraan–Partnership: Nilai-nilai dasar Orang Papua Dalam mengelola Tata Pemerintahan, tahun 2012 (Governance)*

yang secara semantik berbeda, meskipun tidak mempunyai perbedaan signifikan dalam makna, seperti lambang daerah, penamaan lembaga legislatif daerah, dan kebijakan di tingkat daerah diberi penamaan yang berbeda. Lebih lanjut dijelaskan bahwa sasaran dari kebijakan otonomi khusus Papua adalah masyarakat Papua. Masyarakat Adat adalah warga masyarakat asli Papua yang hidup dalam wilayah dan terikat serta tunduk kepada adat tertentu dengan rasa solidaritas yang tinggi di antara para anggotanya.[3]

Keberadaan UU Nomor 21 Tahun 2001 merupakan suatu kebijakan yang bernilai strategis bagi Provinsi Papua, dalam rangka peningkatan pelayanan, akselerasi pembangunan, dan pemberdayaan masyarakat. Diharapkan dengan pelaksanaan UU ini dapat mengurangi kesenjangan antara Provinsi Papua dengan provinsi-provinsi lainnya dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia, serta akan memberi peluang bagi Orang Asli Papua (OAP) untuk dapat berkiprah di wilayahnya sebagai subjek sekaligus objek pembangunan.

UU Nomor 21 Tahun 2001 ini mulai dilaksanakan sejak tanggal 1 Januari 2002, yang dicanangkan oleh Gubernur Provinsi Papua J. P. Solossa. Semangat kebijakan UU ini dilandasi oleh 7 (tujuh) nilai dasar, yakni: (1) perlindungan terhadap hak-hak penduduk asli Papua; (2) demokrasi dan kedewasaan berdemokrasi; (3)

3 UU Nomor 21 tahun 2001, Ketentuan umum, pasal 1, huruf p

Scanned by CamScanner

penghargaan terhadap etika moral; (4) supremasi hukum; (5) penegakan HAM; (6) penghargaan terhadap prularisme; (7) persamaan kedudukan, hak, dan kewajiban sebagai warga negara. Nilai dasar tersebut kemudian diinterpretasikan dalam 5 (lima) prinsip, yakni PAPUA (Proteksi, affirmasi, Pemberdayaan, Universal dan Akuntabilitas)[4]4. Amanat UU Nomor 21 tahun 2001, agar pemerintah Provinsi Papua berkewajiban menetapkan standar mutu dan memberikan pelayanan kesehatan dan gizi (Pasal 59 ayat (1)), dimana setiap OAP berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dengan beban masyarakat serendah-rendahnya (Pasal 59 ayat (3)), serta untuk pelaksanaannya dapat melibatkan lembaga keagamaan, lembaga swadaya masyarakat, dan dunia usaha yang memenuhi persyaratan (Pasal 60 ayat (1)).

Kebijakan pembangunan kesehatan di bawah kebijakan Otonomi Khusus diarahkan untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan melalui (1) Program Pemberantasan Penyakit; (2) Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS; (3) Peningkatan SDM di bidang kesehatan, baik medis maupun paramedis; (4) Pelayanan Pukesmas; (5) Pelayanan Rumah Sakit; (6) Penyediaan obat-obatan; (7) Perbaikan gizi dan penyehatan lingkungan. Kebijakan tersebut di atas mengarah ke 6 (enam) isu, yaitu: (1) Terbangunnya kerjasama pemerintah dan swasta dalam penyediaan sarana dan prasarana kesehatan; (2) Peningkatan derajat kesehatan masyarakat; (3) Meningkatkan angka harapan hidup (AHH) menjadi 70 tahun; (4) Melakukan rekruitmen dan pembinaan tenaga medis dan paramedis ke arah profesional; (5) Meningkatkan peran serta masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS dan rehabilitasi orang terinfeksi HIV/AIDS dan, (6) Peningkatan jangkauan dan manajemen pelayanan kesehatan.[5] Menurut data statistik, saat ini Provinsi Papua terdiri dari 29 kabupaten/kota dan 567 distrik, dengan jumlah penduduk pertengahan tahun 2017 sebanyak 3.265.202 jiwa.

Kabupaten Keerom sebagai salah satu daerah otonom di Provinsi Papua telah melakukan langkah-langkah untuk mencapai tujuan nasional dan tujuan Provinsi Papua. Hal ini terlihat dari visi kabupaten Keerom 2005-2025 yang tertuang dalam RPJPD Kabupaten Keerom adalah: **"Terwujudnya Masyarakat Keerom yang Mandiri dengan memanfaatkan Potensi Sumberdaya secara Bertanggung Jawab"**. Dengan misinya sebagai berikut: 1. Mewujudkan kemandirian sosial; 2. Mewujudkan kemandirian budaya; 3. Mewujudkan kemandirian ekonomi dan pengembangan wilayah; 4. Mewujudkan kemandirian politik. Kabupaten Keerom adalah kabupaten yang termasuk kedalam kriteria wilayah terluar dan terdepan Indonesia. Sebagai daerah terdepan dan terluar, Kabupaten Keerom menghadapi masalah kesehatan masyarakat yang berbeda daerah lainnya. Pemerintah Kabupaten Keerom telah mengeluarkan berbagai kebijakan strategis dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar masyarakat.

4 Opcit, hal. 55

5 Lihat Djojosoekarto Agung, 2008, Kinerja Otonomi Khusus Papua, Kemitraan bagi Pembaruan Tata Pemerintahan, Jakarta.

Scanned by CamScanner

Salah satu kebijakan strategis yang diambil yaitu mengenai pembangunan manusia bidang kesehatan dengan memfokuskan pada OAP. Spesifiknya adalah pelayanan kesehatan masyarakat terhadap OAP yang ada di Kabupaten Keerom dengan harapan dapat memperbaiki derajat kesehatan masyarakat Keerom.

Adapun program pembangunan yang telah dilaksanakan dalam rangka mengoptimalkan layanan di bidang kesehatan kepada masyarakat oleh pemerintah Kabupaten Keerom adalah dengan membangun infrastruktur kesehatan, seperti Puskesmas, Puskesmas pembantu maupun Pos pelayanan kesehatan lainnya dan tenaga medis di setiap kampung dan distrik. Implementasi kegiatan pembangunan ini menggunakan anggaran dari alokasi dana otonomi khusus, dimana pelaksanaannya telah berjalan pada sejak berdirinya kabupaten ini. Namun demikian permasalahan kesehatan di Kabupaten Keerom masih sangat kompleks dan belum terselesaikan. Deskripsi permasalahan kesehatan yang dikemukakan sesungguhnya menegaskan bahwa ada sebuah isu besar mengenai kebijakan kesehatan yang telah berjalan selama ini belum mampu mengangkat derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Keerom khususnya OAP. Kondisi ini sangat ironis mengingat penyelenggaraan otonomi khusus telah memasuki lebih dari satu dekade dimana anggaran yang diluncurkan pun sangat besar. Dengan demikian, berdasarkan fakta maupun pertimbangan kebutuhan manajemen pemerintahan maka perlu dilakukan kajian evaluasi terhadap penyelenggaraan pemerintahan bidang kesehatan di Kabupaten Keerom sebagai bagian penting dalam rangka mendukung pembangunan yang tepat sasaran dan berkesinambungan. Hal ini cukup menarik untuk melihat pencapaian pembangunan manusia yang telah dilakukan selama ini khususnya bidang kesehatan pada lima tahun terakhir.

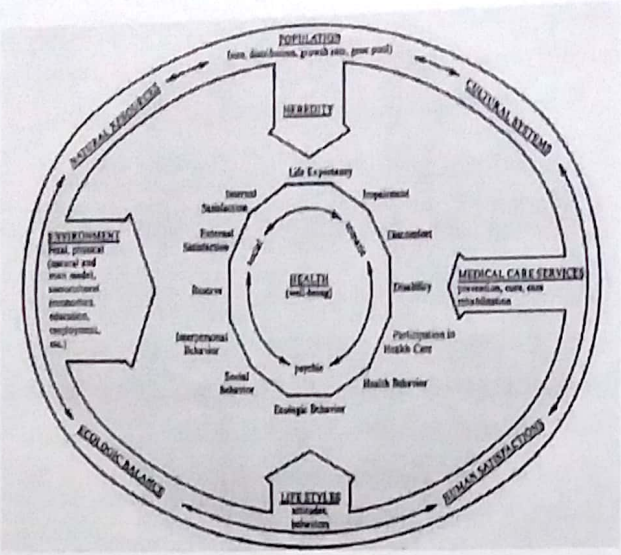
Berdasarkan uraian di atas, **maka penelitian ini bertujuan untuk**: Menggambarkan kebijakan umum pemerintah dalam bidang kesehatan di Kabupaten Keerom.

TINJAUAN PUSTAKA

Penyelenggaraan urusan pemerintah bidang kesehatan adalah tanggung jawab semua pihak, mulai pemerintah Pusat, provinsi, kabupaten /kota maupun masyakakat sendiri. Peraturan Perundang-Undangan yang terakhir untuk urusan kesehatan adalah UU nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan. Di dalam diktum menimbang huruf (a) dijelaskan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Secara umum di dalam UU 36 tahun 2009 ini dijelaskan bahwa semua masyarakat Indonesia mempunyai hak untuk hidup sehat, dan pemerintah mempunyai kewajiban atas pemberian kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Blum seorang pakar administrasi Kesehatan *University of California*, Berkele menjelaskan beberapa faktor mengemukakan paradigma kesehatan sebagai berikut:

Scanned by CamScanner



Gambar 1.

The Force-Field and Well-Being Paradigms of Health[6]

Dari gambar di atas dapat dipahami bahwa menurut Hendrik L. Blum derajat kesehatan dipengaruhi oleh 4 (empat) faktor yaitu: faktor lingkungan, faktor perilaku, faktor keturunan dan faktor pelayanan kesehatan. Pemahaman kebijakan publik berkembang pesat di masyarakat, seiring dengan berbagai fenomena dan kegiatan yang terjadi di dalam pemerintahan. Kebijakan lebih sering dan secara luas dipergunakan dalam kaitannya dengan tindakan-tindakan atau kegiatan-kegiatan pemerintah serta perilaku Negara pada umumnya, atau seringkali diberikan makna sebagai tindakan politik[7]. Pada bagian lain perkembangan pengertian konsep kebijakan lebih simpel diterima seiring dengan gagasan yang dikemukakan oleh Thomas R. Dye bahwa kebijakan secara harfiah berkaitan dengan sikap dari pemerintah ataupihak penguasa untuk mencapai suatu tujuan(*what government did, why they doit, and what differences it makes*[8]. Dalam hal ini, Dye memberikan definisi kebijakan sebagai suatu tindakan atau sikap yangdipilih oleh pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan dan apabila pemerintah memilih untuk melakukan sesuatu, maka pasti ada tujuan yang hendak dicapai.[9]

Definisi OAP secara historis muncul dari pengalaman *"memory passionist"* akan masa–masa diwaktu lalu yang penuh tantangan dan pergulatan untuk menunjukan jati diri,sehingga dasar ini yang menjadi konsensus bersama seluruh pemangku kepentingan di Tanah Papua untuk mengidentifikasikan masyarakat adat papua sebagai OAP, danterakomodir secara legal dalam sebuah Perundang-Undangan yang konstitusional yaitu UU Otsus Papua[10]. Konsep "OAP" menurut Otsus didefinisikan sebagai orang atau suku-suku yang berasal dari rumpun "Ras Melanesia" yang terdiri dari suku – suku asli di Papua dan atau orang yang di terima oleh masyarakat (hukum) adat sebagai OAP[11]. Adapun OAP tersebar di wilayah yang secara administratif terbagi menjadi

6 Diadaptasi dari Blum, Hendrik L (1981). *Planning for Health*. Humansci. Press New York

7 Green Mind Community, 2009. *Teori Dan Politik Hukum Tata negara*, Cet. 1,Yogyakarta: Total media; Hal.309

8 Howlett dan Ramesh; 2005, Op.cit, hal, 2

9 Lihat dalam Winarno, Budi, 2002, Teori Dan Proses Kebijakan Publik , Yogjakarta: Madia Pressindo.Hal :15

10 *Deda, Andreas Jefri dan Suriel Semuel Mofu*, Masyarakat Hukum Adat Dan Hak Ulayat Di Provinsi Papua BaratSebagai Orang Asli Papua Di Tinjau Dari Sisi Adat Dan Budaya;Sebuah Kajian Etnografi Kekinian - Jurnal Administrasi Publik *VOLUME 11 NOMOR 2, OKTOBER 2014*

11 Lihat Pasal 1 huruf T UU Otsus

Scanned by CamScanner

dua Provinsi (Provinsi Papua dan Papua Barat). Di wilayah kedua Provinsi ini, OAP secara kuantitatif terdiri lebih dari 256 suku-suku yang tersebar di daerah pesisir pantai, rawa, dataran rendah hingga yang bermukim di daerah-daerah pegunungan.

Pengenalan lebih jauh terhadap OAP dapat melalui identifikasi ciri-ciri fisik maupun kebudayaan yang berkembang dalam masyarakatnya. Menurut Held dan Van Baal, ciri-ciri yang menonjol dari Papua adalah keanekaragaman kebudayaannya, namun di balik keanekaragaman tersebut terdapat kesamaan ciri-ciri kebudayaan mereka. Perbedaan-perbedaan kebudayaan yang terdapat dalam masyarakat Papua dapat dilihat perwujudannya dalam bahasa, sistem-sistem komunikasi, kehidupan ekonomi, keagamaan, ungkapan-ungkapan kesenian, struktur pollitik dan struktur sosial, serta sistem kekerabatan yang dipunyai oleh masing-masing masyarakat tersebut sebagaimana terwujud dalam kehidupan mereka sehari-hari[12]. Lebih lanjut dijelaskan bahwa karakter perilaku yang longgar merupakan ekspresi dari proses dialektika dan dialog kesejarahan yang panjang dengan lingkungan. Kebudayaan Orang Papua bersifat longgar, dimana strukturnya yang longgar itu disebabkan oleh ciri-ciri Orang Papua pada umumnya "Improvisitor kebudayaan", yaitu mengambil alih unsur-unsur kebudayaan dan menyatukannya dengan kebudayaannya sendiri tanpa memikirkan untuk mengintegrasikannya dengan unsur-unsur yang sudah ada dalam kebudayaannya, secara menyeluruh.[13]

METODE PENELITIAN

Penelitian ini juga merupakan penelitian kualitatif yang disebut pula sebagai *verstehen* (pemahaman mendalam) karena mempertanyakan makna suatu objek secara mendalam dan tuntas[14], dimana mengemukakan bagaimana kebijakan penyelenggaraan kesehatan diimplementasikan. Sehubungan dengan pemaknaan tersebut proses penelitian ini bertujuan memahami suatu masalah kemanusiaan yang didasarkan pada penyusunan suatu gambaran yang kompleks dan menyeluruh menurut pandangan yang rinci dari para informan serta dilaksanakan di tengah *setting* alamiah.

Pemilihan metode kualitatif dalam penelitian ini didasarkan pada pertimbangan bahwa, penelitian tentang implementasi kebijakan penyelenggaraan kebijakan kesehatan, merupakan sebuah penelitian di bidang ilmu sosial (*social sciences*). Penelitian ini bekerja dalam *setting* yang alami dan berusaha untuk memahami dan memberikan tafsiran terhadap fenomena perilaku dan tindakan sekelompok orang dalam sebuah organisasi pemerintahan di Kabupaten Keerom. Setelah menetapkan data yang dibutuhkan maka langkah selanjutnya adalah menentukan cara memperoleh data, dalam hal ini dikenal dengan teknik pengumpulan data. Adapun

12 Kemitraan, 2012 Nilai-Nilai Dasar Orang Papua Dalam Mengelola Tata Pemerintahan(Governance)*Studi Refleksif Antropologis*, Centre For Learning And Advancing Experimental Democracy – Yogyakarta

13 Kemitraan, 2012, op.cit

14 Lihat dalam Prasetya Irawan, 2006. Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial, Edisi I, FisipUI. Depok, hal 4

Scanned by CamScanner

dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang dilakukan sebagaimana terlihat dalam data setting yang dilakukan adalah sebagai berikut: (1) Wawancara; (2) Observasi; (3) Studi Dokumentasi; dan (4) Focus Group Discussion (FGD). Dengan melihat pada kebutuhan serta kemudahan memperoleh data di lapangan maka ditetapkan informan kunci, dimana dianggap menguasai hal-hal yang terkait dengan topik penelitian ini. Adapun sumber data dalam penelitian ini adalah: (a) Para pengambil kebijakan kesehatan Kabupaten Keerom; (b) Aparat pelaksana program kesehatan; (c) OAP .

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kebijakan Umum Pemerintah Dalam Bidang Kesehatan Di Kabupaten Keerom

Tindak lanjut amanat pelaksanaan UU 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua, pemerintah menetapakan Inpres 5 Tahun 2007 tentang Percepatan Pembangunan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat (P4B). Kebijakan percepatan pembangunan yang ditetapkan, dalam rangka untuk mendorong percepatan pembangunan di kedua provinsi tersebut dengan meningkatkan efektifitas koordinasi, sinergi dan harmonisasi program dan kebijakan antar sektor dan pusat-daerah yang dilakukan oleh kementrian/lembaga dan pemerintah.

Inpres 5 Tahun 2007 menekankan pendekatan kebijakan baru (*the new deals policy for Papua*) dengan lima aspek strategis[15], yaitu: 1) Pemantapan ketahanan pangan dan pengurangan kemiskinan; 2) Peningkatan kualtias penyelenggaraan pendidikan; 3) Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan; 4) Peningkatan infrastruktur dasar guna meningkatkan aksesibilitas di wilayah terpencil, pedalaman dan perbatasan Negara; dan 5) Perlakuan khusus (*affirmative action*) bagi pengembangan kualitas sumber daya manusia putra-putri asli Papua.

Setelah dua tahun pelaksanaan Inpres 5 Tahun 2007, kelanjutan upaya percepatan serta peningkatan dan optimalisasi guna efektifitas pelaksanaan Otonomi Khusus, pemerintah kemudian menetapkan Rencana Aksi percepatan pembangunan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat 2011-2014, sebagai bagian dari Lampiran Perpres 65 Tahun 2011.Rencana Aksi inimerupakan dokumen perencanaan yang mensinkronkan program/kegiatan pusat-daerah serta rencana pendanaan yang bersumber dari APBN, APBD provinsi serta APBD kab/kota, serta kontribusi lembaga donor dan swasta, dalam kurun waktu tahun 2011-2014.

Pada Perpres 65 Tahun 2011, dengan memperluas bidang kebijakan pokok percepatan pembangunan,pelaksanaannya didasarkan pada pendekatan pengembangan kawasan yang diarahkan untuk keterpaduan dan sinergi lintas bidang dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat asli Papua dan Papua Barat, meliputi: 1) kawasan terisolir; 2) kawasan perdesaan; 3) kawasan perkotaan; dan 4) kawasan strategis.

Pengembangan kawasan percepatan pembangunan di Provinsi Papua, dapat di lihat pada Tabel 2.

15 Lihat Inpres 5 Tahun 2007

Scanned by CamScanner

Tabel 2

Jenis Kawasan di Provinsi Papua

No	Kawasan	Kabupaten/Kota
1.	Terisolir	Jayawijaya, Yalimo, Nduga, Lani Jaya, Pegunungan Bintang, Puncak, Intan Jaya, Memberamo Tengah, Tolikara, Puncak Jaya, dan Yahukimo
2.	Perdesaan	**Keerom**, Jayapura, Sarmi, Kabupaten Waropen, Nabire, Merauke, Boven Digoel, Asmat, Mappi, Mimika, Biak, Supiori, Kep. Yapen, Mamberamo Raya, Paniai, Dogiyai, dan Deiyai
3.	Perkotaan	Ibukota kabupaten/kota dari 29 kabupaten/kota
4.	Strategis	Jayapura, Mimika, Merauke dan Biak

Sumber: *Lampiran Perpres 65 Tahun 2011* (data diolah, 2017)

Pengembangan **kawasan terisolir**, difokuskan pada lokasi dipegunungan tengah, perbatasan negara, daerah tertinggal,pesisir, dan pulau kecil terluar. Secara umum hampir sebagian besar wilayah ini belum memiliki aksesibilitas terhadap sumber daya pembangunan, yang menyebabkan terkendalanya kinerja sektor pengembangan infrastruktur dasar, sektor transportasi, sektor pendidikan, dan sektor kesehatan. Ada pun daerah kabupaten yang berada di kawasan pegunungan tengah yang dikategorikan sebagai wilayah terisolir diantaranya: Kabupaten Jayawijaya, Kabupaten Yalimo, Kabupaten Nduga, Kabupaten Lani Jaya, Kabupaten Pegunungan Bintang, Kabupaten Puncak, Kabupaten Intan Jaya, Kabupaten Memberamo Tengah, Kabupaten Tolikara, Kabupaten Puncak Jaya, dan Kabupaten Yahukimo.

Pengembangan **kawasan perdesaan**, difokuskan pada lokasi perdesaan yang berbasis sumber daya alam lokal. Secara umum merupakan daerah yang berada di luarperkotaan, namun tidak digolongkan ke dalam kawasan terisolir, di manakondisi prasarana dan sarana infrastruktur baik jalan/jembatan, pendidikan,kesehatan, ekonomi dan lain-lainnya masih sangat tertinggal danmembutuhkan perhatian yang tinggi dari pemerintah. Kondisi perdesaan diProvinsi Papua memiliki karakteristik geografis yang beraneka ragam, terdiridari dataran rendah, rawa-rawa, pesisir, dan pegunungan. Dibandingkan dengan daerah pesisir, kawasan pegunungan tengah di Provinsi Papuamerupakan daerah perdesaan yang hingga saat ini masih sangat sulitdijangkau dan sebagian besar mengandalkan moda transportasi udara dansungai untuk mencapainya. Adapun kawasan perdesaan, melingkupi: Kabupaten Keerom, Kabupaten Jayapura, Kabupaten Sarmi, KabupatenWaropen, Kabupaten Nabire, Kabupaten Merauke, Kabupaten Boven Digoel, Kabupaten Asmat, Kabupaten

Scanned by CamScanner

Mappi, Kabupaten Mimika, Kabupaten Biak,Kabupaten Supiori, Kabupaten Kep. Yapen, Kabupaten Mamberamo Raya,Kabupaten Paniai, Kabupaten Dogiyai, dan Kabupaten Deiyai.

Pengembangan **kawasan perkotaan**, difokuskan pada kawasan yangmemiliki fungsi perkotaan. Adapun kawasan perkotaan di Provinsi Papua, meliputi 29 kabupaten/kota yang sekaligus menjadi ibukota kabupaten. Jika dipandang dari sisi kependudukan, komposisi penduduk di kawasan ini bersifat sangat heterogen dan dari sisi penghidupan, yang sudah lebih maju dipandang dari aspek sosial, budaya, ekonomi, pendidikan, kesehatan, dan ketersediaan infrastruktur umum.

Pengembangan **kawasan strategis**, difokuskan pada lokasi yang memiliki potensi sumber daya alam (*backward linkages*) dan sumber daya manusia terampil, yang didukung infrastruktur wilayah yang mendukung investasi yang berbasis potensi ekonomi lokal dan membuka pasar domestik dan internasional (*forward linkages*). Kawasan strategis di Provinsi Papua adalah: Kabupaten Jayapura, Kabupaten Mimika, Kabupaten Merauke dan Kabupaten Biak. Berdasarkan uraian di atas, terlihat pula bahwa Kabupaten Keerom diklasifikasikan masuk pada kawasan perdesaan di Provinsi Papua. Dalam hal ini, tentunya intervensi pendekatan pembangunan berbeda dengan pengembangan kawasan (tiga kawasan) lainnya.

Terfokus pada program percepatan pembangunan bidang kesehatan, Program pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebijakan pembangunan sosial ekonomi percepatan pembangunan Provinsi Papua. Di manasasaran pembangunan yang akan dicapai adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat di kawasan terisolir dan perdesaan, dengan memprioritaskan pada peningkatan pelayanan pos pelayanan terpadu, pusat kesehatan masyarakat pembantu, dan pusat kesehatan masyarakat di tingkat distrik, serta meningkatkan kemampuan masyarakat dalampeningkatan pelayanan pos kesehatan di tingkat kampung.

Adapun Program peningkatan pelayanan kesehatan tahun 2011-2014, meliputi: 1) pelayanan kesehatan keliling (*mobile clinic*); 2) asuransi kesehatan; 3) pelayanan kesehatan gratis dan bebas biaya rawat inap untuk pasien Kelas 3 RSUD; 4) pendirian Sekolah Kebidanan/ Keperawatan; 5) pengadaan dokter spesialis melalui kontrak; 6) pendirian rumah sakit pendidikan; 7) pendirian rumah sakit rujukan; 8) peningkatan jumlah Puskesmas Pembantu; 9) peningkatan jumlah Puskesmas Perawatan; 10) peningkatan status gizi siswa melalui PMTAS (Program Makanan Tambahan Anak Sekolah); 11) penyuluhan kesehatan lingkungan (sanitasi lingkungan); 12) pemberantasan penyakit menular (malaria, HIV AIDS, TBC); 13) penyediaan Pusat Pelayanan Malaria (*Malaria Center*); dan 14) penyediaan perumahan bagi tenaga medis.

Berdasarkan uraian di atas, dapat dilihat 14 program Peningkatan Pelayanan Kesehatan sebagai program pendukung percepatan pembangunan Provinsi Papua tahun 2011-2014 dengan pendekatan menurut kawasan pembangunan dan instansi pelaksana, sebagaimana pada tabel 3 berikut:

Scanned by CamScanner

Tabel 3

Program Pendukung Percepatan Pembangunan Provinsi Papua Bidang Peningkatan Pelayanan Kesehatan Tahun 2011 - 2014

No	Kegiatan	Lokasi	Instansi Pelaksana
1.	Pelayanan kesehatan keliling (*mobile clinic*)	**Kawasan Terisolir:** Kab. Jayawijaya, Kab. Yalimo, Kab. Nduga, Kab. Lani Jaya, Kab. Pegunungan Bintang, Kab. Puncak, Kab. Intan Jaya, Kab. Memberamo Tengah, Kab. Tolikara, Kab. Puncak Jaya, dan Kab. Yahukimo **Kawasan Perdesaan:** **Kab. Keerom**, Kab. Jayapura, Kab. Sarmi, Kab. Waropen, Kab. Nabire, Merauke, Kab.Boven Digul, Kab. Asmat, Kab. Mappi, Kab. Mimika, Kab. Biak, Kab. Supiori, Kab.Kep. Yapen, Kab.Mamberamo Raya dan Kab.Paniai, Kab. Dogiyai, dan Kab. Deiyai	1) Kemenkes 2) Pemda
2.	Asuransi Kesehatan	**Seluruh Kawasan:** Seluruh Kabupaten/Kota di Prov. Papua	1) Kemenkes 2) Pemda
3.	Pelayanan kesehatangratis dan bebas biayarawat inap untuk pasien Kelas 3 RSUD	**Seluruh Kawasan:** Seluruh Kabupaten/Kota di Prov. Papua	1) Kemenkes 2) Pemda
4.	Pendirian sekolahkebidana n/ keperawatan	**Kawasan Terisolir:** Kab. Jayawijaya, Kab. Yalimo, Kab. Nduga, Kab. Lani Jaya, Kab. Pegunungan Bintang, Kab. Puncak, Kab. Intan Jaya, Kab. Memberamo Tengah, Kab. Tolikara, Kab. PuncakJaya, dan Kab. Yahukimo **Kawasan Perdesaan:** **Kab. Keerom**, Kab. Jayapura, Kab. Sarmi, Kab. .Waropen, Kab. Nabire, Merauke, Kab.Boven Digul, Kab. Asmat, Kab. Mappi, Kab. Mimika, Kab. Biak, Kab. Supiori, Kab. Kep. Yapen, Kab. Mamberamo Raya dan Kab.Paniai, Kab. Dogiyai, dan Kab. Deiyai	1) Kemenkes 2) Pemda
5.	Pengadaan Dokter Spesialis melalui kontrak	**Kawasan Terisolir:** Kab. Jayawijaya, Kab. Yalimo, Kab. Nduga, Kab. Lani Jaya, Kab. Pegunungan Bintang, Kab. Puncak, Kab. Intan Jaya, Kab. Memberamo Tengah, Kab. Tolikara, Kab. Puncak Jaya, dan Kab. Yahukimo	1) Kemen-kokes ra 2) Kemenkes 3) Pemda

Scanned by CamScanner

5.		**Kawasan Perdesaan:** **Kab. Keerom**, Kab. Jayapura, Kab. Sarmi, Kab. Waropen, Kab. Nabire, Merauke, Kab.Boven Digul, Kab. Asmat, Kab. Mappi, Kab. Mimika, Kab. Biak, Kab. Supiori, Kab.Kep. Yapen, Kab.Mamberamo Raya dan Kab.Paniai, Kab. Dogiyai, dan Kab.Deiyai	1) Kemen-kokes ra 2) Kemenkes 3) Pemda
6.	Pendirian Rumah Sakit Pendidikan	**Kawasan Perkotaan:** Kota Jayapura	1) Kemenkes 2) Pemda
7.	Pendirian Rumah SakitRujukan	**Kawasan Perkotaan:** Kab. Biak, Kab. Merauke, Kab. Jayawijaya, Kab.Mimika, dan Kab. Nabire	1) Kemenkes 2) Pemda
8.	Peningkatan jumlah Puskesmas Pembantu	**Kawasan Terisolir:** Kab. Jayawijaya, Kab. Yalimo, Kab. Nduga, Kab. Lani Jaya, Kab. Pegunungan Bintang, Kab. Puncak, Kab. Intan Jaya, Kab. Memberamo Tengah, Kab. Tolikara, Kab. Puncak Jaya, dan Kab. Yahukimo **Kawasan Perdesaan:** **Kab. Keerom**, Kab. Jayapura, Kab. Sarmi, Kab. Waropen, Kab. Nabire, Merauke, Kab.Boven Digul, Kab. Asmat, Kab. Mappi, Kab. Mimika, Kab. Biak, Kab. Supiori, Kab.Kep. Yapen, Kab.Mamberamo Raya dan Kab.Paniai, Kab. Dogiyai, dan Kab.Deiyai	1) Kemenkes 2) Pemda
9.	Peningkatan jumlah-Puskesmas Perawatan	**Kawasan Perdesaan:** **Kab. Keerom**, Kab. Jayapura, Kab. Sarmi, Kab. Waropen, Kab. Nabire, Merauke, Kab.Boven Digul, Kab. Asmat, Kab. Mappi, Kab. Mimika, Kab. Biak, Kab. Supiori, Kab.Kep. Yapen, Kab.Mamberamo Raya dan Kab.Paniai, Kab. Dogiyai, dan Kab.Deiyai	1) Kemenkes 2) Pemda
10.	Peningkatan Status GiziSiswa melalui PMTAS(Progra m Makanan Tambahan Anak Sekolah)	**Seluruh Kawasan:** Seluruh Kabupaten/Kota di Prov. Papua	1) Kemenkes 2) Pemda
11.	Penyuluhan kesehatan-lingku ngan (sanitasilingkun gan)	**Seluruh Kawasan:** Seluruh Kabupaten/ Kota di Prov. Papua	1) Kemenkes 2) Pemda

Scanned by CamScanner

12.	Pemberantasan penyakitmenular (Malaria, HIVAIDS, TBC)	**Seluruh Kawasan:** Seluruh Kabupaten/Kota di Prov. Papua	1) Kemenkes 2) Pemda
13.	Pendirian Pusat Pelayanan Malaria(*Malaria Centre*)	**Kawasan Perkotaan:** Kab. Jayapura, Kab.Merauke, Kab. Biak, Kab.Mimika, dan Kab.Nabire	1) Kemenkes 2) Pemda
14.	Penyediaan rumahtenaga medis	**Seluruh Kawasan:** Seluruh Kabupaten/Kota di Prov. Papua	1) Kemenkes 2) Kem PU 3) Pemda
Sumber: Lampiran Perpres 65 Tahun 2011 (data diolah, 2017)			

Berdasarkan Tabel di atas, dapat dijelaskan pula bahwa Program peningkatan pelayanan kesehatan sebagai program pendukung percepatan pembangunan di Provinsi Papua tahun 2011 – 2014, untuk Kabupaten Keerom dialokasi 11 program yang dilaksanakan pemerintah dan pemerintah daerah, yaitu terdiri dari: 1) pelayanan kesehatan keliling (*mobile clinic*); 2) asuransi kesehatan; 3) pelayanan kesehatan gratis dan bebas biaya rawat inap untuk pasien Kelas 3 RSUD; 4) pendirian Sekolah Kebidanan/ Keperawatan; 5) pengadaan dokter spesialis melalui kontrak; 6) peningkatan jumlah Puskesmas Pembantu; 7) peningkatan jumlah Puskesmas Perawatan; 8) peningkatan status gizi siswa melalui PMTAS (Program Makanan Tambahan Anak Sekolah); 9) penyuluhan kesehatan lingkungan (sanitasi lingkungan); 10) pemberantasan penyakit menular (malaria, HIV AIDS, TBC); dan 11) penyediaan perumahan bagi tenaga medis.

Mewujudkan kemandirian masyarakat Asli Papua merupakan salah satu arah kebijakan pembangunan jangka panjang daerah 2005-2025 yang bertujuan membangun Papua yang mandiri di mana masyarakat asli Papua berperan utama pada pembangunan Papua[16]. Bagian Kemandirian Masyarakat Asli Papua ini berisi berbagaiarah kebijakan khusus, yang ditujukan untuk mempercepat proses transisi menuju Papuayang mandiri, di mana masyarakat asli Papua yang berperan utama. Upaya transisi ini dibutuhkan, mengingat saat ini masih terdapat kondisi struktural yang menghambat masyarakat asli Papua untuk mengambil peran utama dalam pembangunan Papua. Pada periode pembangunan 2013-2018, "Gerbangmas H a s r a t Papua" (Gerakan Bangkit Mandiri dan Sejahtera Harapan Seluruh Rakyat Papua) menjadi program khusus pembangunan

16 Visi Pembangunan Daerah Provinsi Papua 2005-2025: mewujudkan Papua Yang Mandiri secara sosial, budaya, ekonomi, dan politik, lihat Perda 21 tahun 2013 tentang RPJPD Provinsi Papua Tahun 2005-2025.

Scanned by CamScanner

pemerintah Provinsi Papua saat ini, yang diarahkan pada peningkatan kualitas hidup masyarakat Papua, khususnya OAP (OAP)[17]. Dimana, Program ini bertujuan untuk: 1) menyediakan model pembangunan yang fokus pada faktor pengungkit percepatan peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Provinsi Papua; dan 2) mendukung percepatan pembangunan kabupaten terpilih melalui peningkatan mutu layanan dasar dan pertumbuhan ekonomi daerah[18].

Pendekatan pembangunan dalam program ini dilaksanakan di 15 (lima belas) Kabupaten yang ditetapkan sebagai *pilot project* pembangunan dengan berbasis pada lima wilayah adat,yakni:Mamta, Saireri, Ha Anim, Mee Pago, La Pago dan Animha. Pembagian kawasan ini berdasarkan kedekatan kultur, kedekatan teritorial dan kedekatan dalam indikator pembangunannya, sebagaimana data 2016 pada tabel 4.

Tabel 4

Wilayah Adat dan KabupatenGerbangmas

Wilayah Adat / Kabupaten				
Namta	**Saireri**	**Ha Anim**	**La Pago**	**Mee Pago**
1. Keerom; 2. Sarmi.	1. Waropen; 2. Supiori.	1. Mappi; 2. Boven Digoel.	1. Puncak Jaya; 2. Pegunungan Bintang; 3. Yahukimo; 4. Tolikara; 5. Yalimo; 6. Lanny Jaya.	1. Paniai; 2. Dogiyai; 3. Deiyai.
Sumber: Pusdalisbang Papua, 2016 (data diolah, 2017)				

Pelaksanaan Program Gerbangmas Hasrat Papua pada lima belas kabupaten percontohan tersebut di atas, gerakan pembangunanan secara masif dan terintegrasi pada tiga fokus program, yaitu: 1) perwujudan Generasi Emas(Gemas) Papua; 2) perwujudan berdaya Ekonomi Masyarakat (Ekomas); dan 3) perwujudan pemenuhan infrastruktur dan prasarana dasar.

Terkait pada pembangunan di bidang kesehatan pada program ini, salah satu program perwujudan Gemas Papua 2013-2018, difokuskan pada pelaksanaan program khusus 1.000 hari pertama kehidupan, yang meliputi: 1) layanan kesehatan reproduksi remaja dan pra kehamilan; 2) pencapaian kunjungan pemeriksaan kehamilan K4; 3) masa

17 Lihat Perda Provinsi Papua 14 tahun 2013 tentang RPJMD Provinsi Papua 2013-2018

18 Lihat Pergub Papua 22 tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Khusus Gerakan Bangkit, Mandiri Dan Sejahtera Harapan Seluruh Rakyat Papua Provinsi Papua

Scanned by CamScanner

kelahiran dan pengurusan bayi baru lahir; dan 4) kesehatan ibu pasca melahirkan (*post partum*) dan kesehatan ibu.

Program strategis lainnya dalam rangka mewujudkan kualitas sumber daya manusia Papua yang sehat 2015-2018, dengan fokus pada optimalisasi dan revitalisasi pelayanan kesehatan, meliputi:

Pertama, mendorong partisipasi masyarakat dalam pelayanan Kesehatan dengan mengoptimalkan peran lembaga-lembaga agama dan sosial lainnya, yang difokuskan pada:

1) Upaya perubahan perilaku dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat berbasis kearifan lokal;
2) Pengembangan sarana dan prasarana serta peraturan dalam rangka mendukung upaya kesehatan berbasis masyarakat;
3) Mobilisasi masyarakat dalam rangka pemberdayaan, advokasi, kemitraan dan peningkatan sumber daya pendukung;
4) Kemitraan kesehatan dengan lembaga agama dan lembaga sosial lainnya; dan
5) Pengembangan sistem peringatan dini untuk penyebaran informasi terjadinya wabah dan peningkatan kesiapsiagaan masyarakat.

Kedua, mendekatkan fasilitas dan pelayanan kesehatan masyarakat yang berkualitas secara merata di seluruh wilayah., yang difokuskan pada:

1) **Peningkatan kesehatan ibu, bayi dan balita**, melalui: Penyediaan sarana kesehatan yang mampu melaksanakan PONED dan PONEK; Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih; peningkatan cakupan kunjungan ibu hamil (K1 dan K4); Peningkatan cakupan imunisasi tepat waktu pada bayi dan balita; Perbaikan kesehatan dan gizi ibu hamil; Peningkatan peran posyandu dalam rangka peningkatan kesehatan anak; Penyediaan tenaga pelayanan kesehatan bayi dan balita (dokter, bidan dan kader); Perbaikan kualitas lingkungan dalam rangka penurunan faktor risiko kesehatan bagi bayi dan balita; dan Peningkatan kemitraan bidan dan dukun.
2) **Pengendalian penyakit Endemik, menular serta penyakit tidak menular**, melalui: Pencegahan dan penanggulangan faktor risiko, termasuk imunisasi; Peningkatan jumlah dan kualitas tenaga survailans; Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE); Penguatan penemuan penderita dan tata laksana kasus; Kesehatan lingkungan dengan menekankan pada akses terhadap air minum dan sanitasi dasar serta perubahan perilaku hygiene dan sanitasi; Survailans penyakit tidak menular; Promosi dan pemberdayaan masyarakat; serta Koordinasi dan kerjasama pengendalian HIV dan AIDS antara lain mencakup: kesehatan, pendidikan, transportasi, ilmu pengetahuan dan teknologi, kesejahteraan sosial, perlindungan anak, pemuda, kependudukan, hukum dan hak asasi manusia, komunikasi dan informasi, agama, dan budaya.
3) **Perbaikan status gizi masyarakat**, melalui: Peningkatan asupan zat gizi makro dan mikro; Survailans pangan dan gizi; Peningkatan pengetahuan masyarakat tentang pola hidup

Scanned by CamScanner

sehat dan penerapan gizi seimbang; Pemberian Makanan tambahan bagi bayi dan anak-anak Peningkatan pemenuhan gizi berbasis masyarakat melalui posyandu dan keluarga sadar gizi; Peningkatan jumlah, kualitas, dan penyebaran tenaga gizi. Penanganan masalah gizi memerlukan upaya komprehensif dan terkoordinasi, dari mulai proses produksi pangan, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi yang cukup nilai gizinya dan aman dikonsumsi. Oleh karena itu, kerjasama lintas bidang dan lintas program terutama pertanian, perdagangan, perindustrian, pendidikan, agama, kependudukan, perlindungan anak, ekonomi, kesehatan, pengawasan pangan dan budaya sangat penting dalam rangka sinkronisasi dan integrasi kebijakan perbaikan status gizi masyarakat.

4) **Peningkatan efektivitas jaminan kesehatan masyarakat**, melalui: Pemberlakuan jaminan kesehatan Papua dalam bentuk "Kartu Papua Sehat" (KPS) yang terintegrasi dengan jaminan kesehatan lainnya (Jamkesmas, Jampersal) yang menjamin akses dan kualitas pelayanan serta tata kelola administrasi yang akuntabel dan transparan bagi masyarakat asli Papua; Peningkatan cakupan jaminan kesehatan masyarakat dan peningkatan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi OAP di seluruh puskesmas dan jaringannya (khususnya bayi, balita, ibuhamil dan lansia).

5) **Revitalisasi fungsi Posyandu dalam pelayanan kesehatanmasyarakat**, melalui: Mengutamakan pemberdayaan masyarakat termasuk mengaktifkan kembali praktik pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak, Mengintergrasikan kegiatan pelayanan gizi pada Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Mengembangkan kegiatan gizi masyarakat dengan memberdayakan lembaga masyarakat setempat seperti lembaga gereja, kelompok pengajian, PKK dan organisasi perempuan lainnya.

6) **Ketersediaan tenaga kesehatan secara merata disemua Puskesmas dan jaringannya**, melalui: Peningkatan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran sumber daya manusia kesehatan; Perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan serta pembinaan dan pengawasan sumber daya manusiakesehatan; Penyempurnaan sistem insentif dan penempatan SDM kesehatan sesuai dengan tingkat kesulitan; Peningkatan kompetensi SDM kesehatan; Kerjasama antara institusi pendidikan tenaga kesehatan dengan penyedia pelayanan kesehatandalam rangka penyediaan tenaga kesehatan yang dapat bertugas sesuai dengan kondisi lokal Papua dan organisasi profesi.

7) **Peningkatan pelayanan kesehatan, primer, sekunder dan tersier**, melalui: Pembangunan Rumah Sakit rujukanberstandarnasional di 4 (empat) wilayah (Kab. Nabire, Jayawijaya, Biak dan Merauke); Pembangunan dan rehabilitasi rumah sakit Jayapura berstandar Internasional; Peningkatan dan pembenahan jumlah puskesmas dan jaringannya serta pengembangan puskesmas rawat inap, yang didukung

Scanned by CamScanner

fasilitas dan tenagakesehatan yang memadai terutama pada daerah terpencil, perbatasan, dankepulauan serta daerah dengan aksesibilitas relatif rendah;

Pengembangan pelayanan kesehatan yang berbasis kondisi lokal Papua (pelayanan kesehatan proaktif/bergerak, puskesmas keliling, flying health care, puskesmas apung termasukpenyiapan *mobile medical service*); Peningkatan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan rujukan; Penyediaan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan Bantuan Operasional Puskesmas bagi pelayanan kesehatan primer di puskesmas; Peningkatan utilisasi fasilitas kesehatan, termasuk dengan menjalin kemitraan dengan masyarakat dan swasta.

Salah satu prioritas pembangunan daerah periode 2016-2021, adalah Pengembangan Sumber daya Manusia, yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas dan kapasitas sumber daya manusia dalam keberagaman agama, adat dan budaya (Misi ke-2). Dalam penjabarannya pada arah kebijakan di bidang kesehatan, meliputi 8 (delapan) program prioritas yang yakni: 1) Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin; 2) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita; 3) Program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak; 4) Program Kemitraan Peningkatan Layanan Kesehatan; 5) Program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana RSUD/ puskesmas/pustu dan jaringannya; 6) Program Obat dan Perbekalan Kesehatan; 7) Program Upaya Kesehatan Masyarakat; dan 8) Program promosi kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

Pada perkembangan periode sebelumnya, menunjukkan upaya meningkatkan derajat kesehatan di Kabupaten Keerom, mencakup: 1) Penguatan akses layanan kesehatan; 2) Layanan Kesehatan Keluarga dan masyarakat; 3) Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan; dan 4) Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.

Dengan demikian berdasarkan paparan di atas, berbagai kebijakan yang telah dikeluarkan dalam rangka penyelenggaran kesehatan oleh pemerintah, pemerintah provinsi dan pemerintah Kabupaten Keerom, menunjukkan komitmen pemerintah dan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Papua. Beberapa regulasi daerah yang telah ditetapkan sebagai mandat diberlakukknya UU 21 tahun 2001 tentang Tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua, antara lain:

1. Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 7 tahun 2010 Tentang Pelayanan Kesehatan;
2. Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Provinsi Papua Tahun 2005-2025
3. Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 14 tahun 2013 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Papua Tahun 2013-2018
4. Peraturan Daerah Khusus Provinsi Papua Nomor 25 tahun 2013 Tentang Pembagian Penerimaan dan Pengelolaan Keuangan Dana Otonomi Khusus.

Scanned by CamScanner

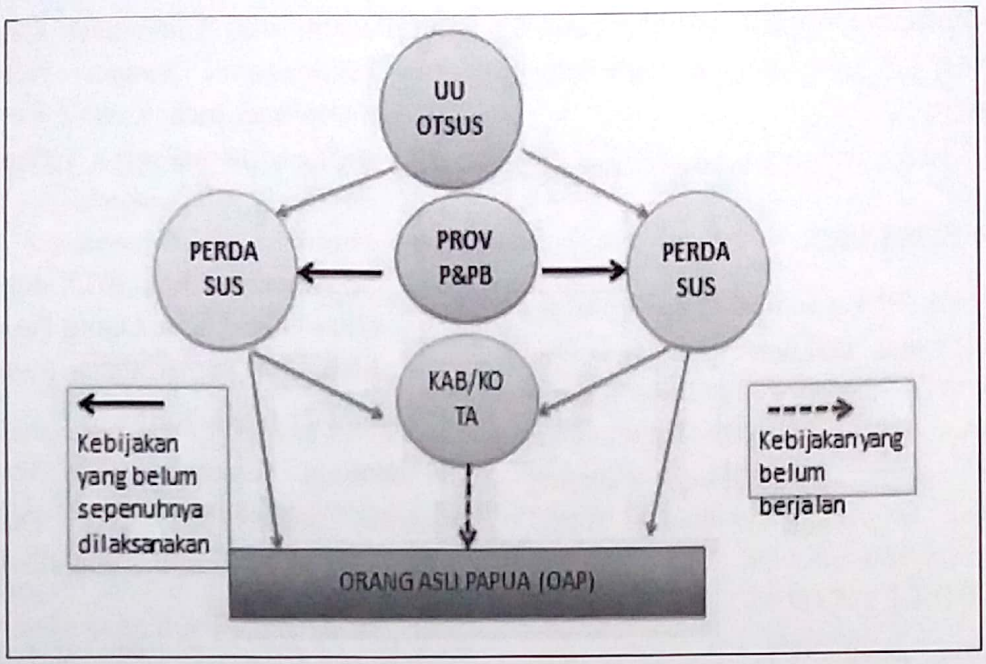
5. Peraturan Gubernur Papua Nomor 5 Tahun 2014 tentang Pengalokasian Dana Otonomi Khusus Kabupaten/ Kota se Provinsi Papua Tahun Anggaran 2014;
6. Peraturan Gubernur Papua Nomor 6 Tahun 2014 tentang Jaminan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Papua;
7. Peraturan Gubernur Papua Nomor 7 Tahun 2014 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Papua;
8. Peraturan Gubernur Papua Nomor 8 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Otonomi Khusus Bidang Kesehatan Sebesar 15% (lima belas perseratus) untuk Kabupaten/Kota se Provinsi Papua;
9. Peraturan Daerah Khusus Provinsi Papua Nomor 25 tahun 2013 Tentang Pembagian Penerimaan dan Pengelolaan Keuangan Dana Otonomi Khusus.

Namun demikian pada implementasinya, secara umum adanya program kebijakan kesehatan yang belum sepenuhnya berjalan menunjukkan percepatan pembangunan yang dilakukan terutama dalam kaitannya dengan program prioritas diantaranya peningkatan pelayanan kesehatan, sehingga masih belum memberikan peningkatan yang optimal. Tersendatnya pembangunan infrastruktur, belum terlaksananya sistem pendidikan khusus yang menjangkau masyarakat Papua, dan terkendalanya penyiapan sarana prasarana pelayanan kesehatan serta masih terisolirnya wilayah-wilayah sasaran. Salah satu penyebab lainnya juga, lambatnya upaya percepatan adalah belum optimalnya pengelolaan dana yang ada, terutama terkait sinkronisasi program/kegiatan serta anggaran pusat dan daerah termasuk pendanaan sektoral pusat melalui K/L dan pemanfaatan dana Otonomi Khusus dan dana tambahan infrastruktur.

Di samping hal tersebut di atas, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya bagi OAP di Provinsi Papua, realitanya belum ada kebijakan bidang kesehatan yang dikhususkan bagi OAP. Khususnya Kabupaten Keerom, kondisi saat ini belum adanya kebijakan yang berjalan terkait pembangunan kesehatan bagi OAP. Namun, pada tahun 2016 pemerintah Kabupaten Keerom telah melakukan ***Pendataan OAP Kabupaten Keerom*** yang diarahkan untuk mengidentifikasi dan mendata penduduk daerah ini yang masuk kelompok OAP yang berada di Kabupaten Keerom. Kegiatan tersebut juga dimaksudkan untuk menyusun peta penyebarannya, sehingga dapat diidentifikasi, didata serta dipetakan untuk mewujudkan optimalisasi kinerja pemerintahan, pembangunan daerah dan pelayanan kepada masyarakat, utamanya bagi OAP, pada saat ini dan dimasa yang akan datang.

Dengan demikian dapat digambarkan kondisi di atas, sebagaimana disajikan pada Gambar 2.

Scanned by CamScanner



Gambar 1.2
Aliran Kebijakan Otonomi Khusus Di Tanah Papua

Sumber: Wasistiono, 2017

SIMPULAN

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa berbagai kebijakan yang telah dikeluarkan dalam rangka penyelenggaran kesehatan oleh pemerintah, pemerintah provinsi sejak dikeluarkan UU 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua, menunjukkan komitmen pemerintah dan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Papua. Namun pada implementasinya, secara umum adanya program kebijakan kesehatan yang belum sepenuhnya berjalan menunjukkan percepatan pembangunan yang dilakukan terutama dalam kaitannya dengan program prioritas diantaranya peningkatan pelayanan kesehatan, sehingga masih belum memberikan peningkatan yang optimal. Terfokus pada peningkatan derajat kesehatan bagi OAP khusus di Kabupaten Keerom, kondisi saat ini belum ada kebijakan khusus yang dikeluarkan oleh Kabupaten Keerom sebagai tindak lanjut dari UU Nomor 21 tahun 2001 dan kebijakan yang telah dikeluarkan oleh Provinsi Papua. Namun, pada tahun 2016 Pemerintah Kabupaten Keerom telah melakukan ***Pendataan OAP Kabupaten Keerom*** yang diarahkan untuk mengidentifikasi dan mendata penduduk daerah ini yang masuk kelompok OAP yang berada di Kabupaten Keerom. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pelaksanaan kegiatan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Keerom masih mengacu pada kebijakan Provinsi Papua yang berlaku secara umum untuk seluruh kabupaten/kota yang ada di Provinsi Papua. Sedangkan masing-masing kabupaten/kota memiliki ciri dan masalah yang berbeda, khususnya Kabupaten Keerom adalah salah satu kabupaten terluar dan terdepan yang

Scanned by CamScanner

tentunya berbeda program pembangunan kesehatan OAP nya dengan kabupaten yang lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

Deda, Andreas Jefri dan Suriel Semuel Mofu, Masyarakat Hukum Adat Dan Hak Ulayat Di Provinsi Papua BaratSebagai Orang Asli Papua Di Tinjau Dari Sisi Adat Dan Budaya;Sebuah Kajian Etnografi Kekinian - Jurnal Administrasi Publik *VOLUME 11 NOMOR 2, OKTOBER 2014*

Djojosoekarto Agung, 2008, Kinerja Otonomi Khusus Papua, Kemitraan bagi Pembaruan Tata Pemerintahan, Jakarta.

Green Mind Community, 2009. *Teori Dan Politik Hukum Tata negara*, Cet. 1,Yogyakarta: Total media; Hal.309

Hendrik L Blum, 1981. *Planning for Health: Generics for the Eighties*. 2nd ed. New York: Human Sciences Press

Howlett, Michael and M. Ramesh, 1995. *Stuying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystem*. Oxford University Press. Toronto-Newyork-Oxford

Inpres 5 Tahun 2007

Kementerian Kesehatan, 2014

Kemitraan, 2012 Nilai-Nilai Dasar Orang Papua Dalam Mengelola Tata Pemerintahan(Governance)*Studi Refleksif Antropologis*, Centre For Learning And Advancing Experimental Democracy – Yogyakarta

Muhammad Abdul Musa'ad, dalam QuoVadis Otsus Papua, 2012, hal. 49.

Prasetya Irawan, 2006. Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial, Edisi I, FisipUI. Depok

Tim Peneliti dari Universitas Cendrawasih bekerjasama dengan UGM yang diterbitkan oleh :*Center for Learning and Advancing Experimental Democracy-Yogyakarta Indonesia Forestry and Governance Institut* – Yogyakarta, tahun 2012, dengan judul Nilai-Nilai Dasar Orang Papua Dalam Mengelola Pemerintahan (*Governance*)

UU Nomor 21 tahun 2001

UU Otsus

Winarno, Budi, 2002, Teori Dan Proses Kebijakan Publik , Yogjakarta: Madia Pressindo.Hal

Walt G and Gilson L, 1994. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 9(4).

Bornemisza O and Sondorp E, 2002. *Health Policy Formulation In Complex Political Emergencies and post conflict countries – literature review.* London School of Hygiene & Tropical Medicine University of London. Department of Public Health and Policy. Health Policy Unit London UK.

Buse Kent, *2009*. Making Health Policy: Understanding Public Health, Second. Edition, London: Open University Press Mc Graw Hill Education

Buse K, May N, Walt G, 2005. *Making Health Policy. Understanding Public Health.* Open University Press McGraw – Hill House. Berkshire England. UK.

Bogdan, Robert dan Steven Taylor. 1992. Pengantar Metode Kualitatif.Surabaya: Usaha Nasional.

Cassels A, 1995. Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of international health development* 7(3): 329–49.

Scanned by CamScanner