



# KAJIAN PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN BERKUALITAS

Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan  
di Provinsi Papua dan Papua Barat



---

# **KAJIAN PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN BERKUALITAS**

**Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan  
di Provinsi Papua dan Papua Barat**

## **Penulis**

Dr. Agus Irianto Sumule

Prof. Dr. Eddy Suratman

Dr. Indra, S.Si, M.Si

Dr. Noldy Tuerah

Dr. William H. Reba, S.H., M.Hum

# **Kajian Peningkatan Pelayanan Kesehatan Berkualitas Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Di Provinsi Papua Dan Papua Barat**

ISBN: 978-623-6080-54-2

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang

©2022 Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan (KOMPAK)

## **Pengarah:**

Ika Retna Wulandary

## **Penulis:**

Dr. Agus Irianto Sumule

Prof. Dr. Eddy Suratman

Dr. Indra, S.Si, M.Si

Dr. Noldy Tuerah

Dr. William H. Reba, S.H., M.Hum

## **Kontributor:**

Aruminingsih

Beby Hanzian

Budi Arwan

Mohammad Dzulfikar Arifi

Ramadian Irvanizar

Theresia Ronny Andayani

## **Kontributor dan Penyunting:**

Devi Suryani A.

Dewi Sudharta

Heracles Lang

Maria Aruan

Publikasi ini adalah produk pengetahuan dari tim penyusun yang namanya tertulis pada buku ini. Temuan, interpretasi, dan ringkasan yang dinyatakan atau disampaikan adalah pandangan pribadi penyusun dan tidak mencerminkan pandangan KOMPAK, Pemerintah Indonesia, Pemerintah Australia, atau lembaga lain yang terlibat dalam penyusunan publikasi ini.

Temuan/kutipan/data/ringkasan sebagaimana dimaksud dalam publikasi ini diperoleh dari berbagai sumber yang dianggap dapat diandalkan. Namun demikian, KOMPAK tidak menjamin dan/atau mewakili, baik tersurat maupun tersirat, mengenai akurasi, kecukupan, keandalan atau kewajaran informasi tersebut dan pendapat yang terkandung dalam publikasi ini.

Publikasi ini didukung oleh Pemerintah Australia melalui Program KOMPAK (Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan). Publikasi ini silakan disalin dan disebarakan untuk tujuan nonkomersial.

Untuk keterangan lebih lanjut mengenai publikasi ini, dapat menghubungi [communication@kompak.or.id](mailto:communication@kompak.or.id). Publikasi juga tersedia di [www.kompak.or.id](http://www.kompak.or.id)

## **Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan (KOMPAK) Program kemitraan Pemerintah Australia-Indonesia**

Jalan Diponegoro No. 72

Jakarta Pusat, 10320

Telepon (021) 8067 5000 | Faksimili (021) 3190 3090

**Bekerja sama dengan Direktorat Regional III, Kedeputusan Bidang Pengembangan Regional, Kementerian PPN/Bappenas**

# KATA PENGANTAR

Era baru Otonomi Khusus Provinsi Papua dan Papua Barat dimulai dengan diberlakukannya Undang-undang Nomor 2 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua. Selain ditujukan untuk menyempurnakan undang-undang sebelumnya, undang-undang tersebut juga dilakukan untuk menjamin keberlanjutan pemberian dana otonomi khusus untuk Provinsi Papua dan Papua Barat, serta mempercepat pembangunan dan meningkatkan pemerataan pembangunan di Papua. Salah satu amanat baru dari undang-undang tersebut adalah bahwa penerimaan dalam rangka Otonomi Khusus harus digunakan berdasarkan rencana induk dengan mengedepankan prinsip pengelolaan keuangan yang baik.

Kesehatan merupakan salah satu bidang pelayanan yang memiliki sifat kekhususan dalam pelaksanaan Otonomi Khusus di Papua, dimana kinerja pelaksanaan pembangunannya selama 20 tahun pelaksanaan Otonomi Khusus masih jauh dari harapan. Terdapat banyak faktor yang menyebabkan kinerja pelayanan kesehatan di Papua masih rendah dibandingkan dengan daerah lain, antara lain terkait dengan jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan, tata kelola fasilitas dan tenaga kesehatan, kondisi geografis, sarana dan prasarana transportasi, sarana dan prasarana pendukung, kesadaran masyarakat, dan lain-lain. Penyusunan rencana induk ke depan khususnya di bidang pelayanan kesehatan yang baik dan realistis tentunya diharapkan menjadi solusi kunci dalam penyelesaian masalah pelayanan kesehatan di Papua.

Terkait dengan hal tersebut, Program Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan (KOMPAK) bekerjasama dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dan Kementerian Dalam Negeri pada tahun 2021 melakukan Kajian Peningkatan Pelayanan Kesehatan Berkualitas pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat untuk menelaah kondisi eksisting pelayanan kesehatan, merancang model pelayanan kesehatan yang ideal dan sesuai dengan kekhasan, dan menyusun kebijakan untuk mengatasi permasalahan (*gap* antara *existing* dan *expected*) dalam pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat. Hal tersebut selaras dengan Program KOMPAK yang merupakan program kerjasama Pemerintah Australia dan Pemerintah Indonesia, yang salah satunya ditujukan untuk mendukung peningkatan pelayanan dasar di bidang kesehatan.

Kami mengucapkan terima kasih banyak kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan penyusunan dan penyempurnaan laporan kajian ini. Kami berharap laporan kajian ini dapat digunakan sebagai dasar pertimbangan dalam pengambilan kebijakan terkait dengan penyusunan Rencana Induk Percepatan Pembangunan Papua (RIPPP) tahun 2022-2041 ke depan, khususnya untuk bidang kesehatan.

**Anna Winoto**  
Tim Leader KOMPAK



---

# RINGKASAN EKSEKUTIF

Permasalahan layanan pendidikan dan kesehatan di provinsi Papua dan Papua Barat merupakan dua topik utama dalam berbagai diskusi perencanaan pembangunan. Salah satu arahan pembangunan terkait wilayah Papua sudah ditetapkan melalui Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2020 tentang Percepatan Pembangunan Kesejahteraan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat yaitu mempercepat pembangunan sumber daya manusia unggul, inovatif dan berkarakter yang mempertimbangkan konteks Papua, yang dikhususkan kepada Orang Asli Papua (OAP). Untuk merumuskan pembangunan yang tepat sasaran dan efektif, diperlukan upaya perbaikan menyeluruh dan memberikan solusi terhadap akar masalah di wilayah Papua. Kajian ini bertujuan untuk mengulas telaah mendalam terhadap kondisi terkini (*existing*), menyusun rekomendasi atas layanan yang ideal (*expected*) serta memberikan rekomendasi kebijakan yang diperlukan untuk mengatasi permasalahan (*gap* antara *existing* dan *expected*) dalam pelayanan pendidikan dan kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat.

Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara *desk study* yaitu mengumpulkan berbagai studi literatur dan data sekunder dari berbagai sumber termasuk lembaga pemangku kepentingan yaitu pemerintah, pemerintah daerah dan organisasi non pemerintah. Sedangkan data primer dikumpulkan melalui *focus group discussion (FGD)* yang juga melibatkan pemangku kepentingan, khususnya praktisi dan tenaga layanan pendidikan dan kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat. Hasil data yang diperoleh kemudian dianalisa dengan menggunakan analisis statistik deskriptif, analisis bahan hukum dan analisis kuadran (*gap analysis*). Metode analisis *gap* difokuskan untuk memetakan dan mengidentifikasi aspek-aspek dalam layanan pendidikan dan kesehatan yang sudah berjalan baik dan aspek-aspek yang belum berjalan sesuai target indikator pembangunan.

Kajian mendalam ini menemukan berbagai permasalahan mendasar terkait layanan pendidikan dan kesehatan di wilayah Papua. Merujuk kepada indikator pembangunan, bila dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia, nilai Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Provinsi Papua Barat pada 2020 berada di urutan ke-33 dan Provinsi Papua berada di urutan terbawah atau urutan ke-34. Provinsi Papua memiliki rata-rata kinerja peningkatan sebesar 0,60 per tahun sedangkan Papua Barat sebesar 0,55 per tahun. Dengan nilai tersebut maka perlu waktu 19 tahun bagi Provinsi Papua dan 12,5 tahun

bagi Provinsi Papua Barat untuk mencapai angka rata-rata IPM nasional yaitu sebesar 71,94. Kondisi geografis tentunya ikut memberikan karakter permasalahan tersendiri bagi wilayah Papua. Provinsi Papua memiliki wilayah terluas dibandingkan provinsi lain di Indonesia, sedangkan provinsi Papua Barat merupakan provinsi kelima terluas. Besarnya luas wilayah ditambah dengan minimnya akses transportasi dan komunikasi tentunya berdampak pada kualitas layanan pendidikan dan kesehatan di wilayah Papua.

**Untuk bidang kesehatan**, permasalahan infrastruktur dan distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata merupakan akar permasalahan yang saling menyebabkan satu sama lain. Di provinsi Papua dan Papua Barat, tidak semua kabupaten/kota memiliki Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Puskesmas pun umumnya cenderung terkonsentrasi di wilayah perkotaan atau kabupaten yang sudah lama eksis. Belum tersedianya dan beroperasinya RSUD di beberapa kabupaten, membuat masyarakat harus dirujuk ke rumah sakit di kabupaten lainnya. Kondisi ini tentunya berimplikasi pada biaya operasional yang cukup tinggi. Orang sakit yang berobat juga biasanya akan ditemani keluarga atau pendamping. Biaya untuk mengakses layanan kesehatan pun menjadi makin mahal. Distribusi yang tidak merata juga terjadi untuk tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan lebih banyak terfokus pada RS atau puskesmas yang berada di pusat kota. Bahkan di beberapa kabupaten, jumlah tenaga kesehatan, termasuk tenaga medis, sangat minim. Banyak RSUD dan Puskesmas yang tidak memiliki dokter spesialis dan bahkan dokter umum. Berdasarkan hasil temuan dari FGD, salah satu faktor yang berkontribusi terhadap minimnya dokter di lokasi terpencil adalah faktor keamanan dan keselamatan.

Persoalan infrastruktur terkait layanan kesehatan tidak hanya berhenti di minimnya jumlah pusat layanan kesehatan. RSUD dan Puskesmas juga menghadapi persoalan kekurangan air bersih dan pasokan listrik. Air bersih menjadi persoalan yang dapat terjadi sewaktu-waktu berkaitan dengan debit air yang berkurang di beberapa kota dan kabupaten di wilayah Papua. Kajian terhadap layanan kesehatan juga menemukan permasalahan yang kerap berulang di beberapa kabupaten/kota yaitu konflik lahan di lokasi pembangunan RSUD. Selain itu, faktor pembiayaan untuk penyediaan obat-obatan di Puskesmas yang hanya tersedia dari Dana Alokasi Khusus (DAK) ikut menjadi faktor pendorong dari minimnya jumlah dan kualitas obat-obatan di provinsi Papua dan Papua Barat. Persoalan identitas kemudian menjadi temuan penting dalam kajian ini. Orang Asli Papua (OAP) masih sangat sedikit yang sudah memiliki Kartu Identitas Penduduk (KTP). Hal ini kemudian berdampak pada minimnya OAP yang dapat mengakses layanan kesehatan gratis dari pemerintah seperti program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keterbatasan akses informasi dan komunikasi juga menghambat proses rujukan dari Puskesmas ke RSUD dalam pelaksanaan JKN.

Berdasarkan temuan, FGD dan analisa terkait masalah kesehatan di wilayah Papua, **kajian ini merekomendasikan pertama, penguatan puskesmas sebagai fasilitas**

**layanan primer, terutama di wilayah-wilayah yang cukup jauh dari RS.** Penguatan tersebut dapat dilakukan dengan menambah sarana dan prasarana, dokter, dan tenaga medis lainnya. Dengan meningkatnya kualitas layanan Puskesmas diharapkan dapat mengurangi jumlah rujukan warga ke RS. Hal ini tentunya akan berperan signifikan, selain karena mampu mengurangi biaya operasional rujukan, juga akan memudahkan akses warga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. **Kedua, program dokter masuk kampung. Setiap puskesmas dan RS akan menyusun jadwal kunjungan ke kampung-kampung** di wilayah kerjanya di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten, untuk selanjutnya juga berkordinasi dengan kepala kampung. **Disamping melakukan pengobatan gratis bagi OAP, kegiatan Dokter Masuk Kampung ini juga dapat dimanfaatkan untuk melakukan pelayanan kesehatan promotif dan preventif bagi warga kampung. Program ini harus dikuatkan dengan menambahkan jumlah dokter umum dan dokter spesialis dengan cara** melakukan rekrutmen dari luar Papua dan melakukan kolaborasi dengan perguruan tinggi di Papua untuk menghasilkan dokter-dokter baru. Tentunya upaya ini harus diimbangi dengan insentif yang memadai dan jaminan perlindungan keamanan para tenaga medis.

**Rekomendasi ketiga adalah pelayanan kesehatan bergerak. Tim ini merupakan gabungan tenaga kesehatan dan non kesehatan yang dapat berasal dari Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, dan puskesmas** yang dapat terdiri dari: dokter spesialis (sesuai kebutuhan dan ketersediaan), dokter dan/atau dokter gigi, perawat, bidan, tenaga sanitasi lingkungan, nutrisionis, apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian, ahli laboratorium dan tenaga kesehatan lainnya. Menguatkan program dokter masuk kampung, program ini ditujukan untuk meraih masyarakat khususnya OAP di wilayah terpencil agar mendapatkan layanan kesehatan yang optimal. Rekomendasi berikutnya adalah **rumah sakit tanpa kelas, yaitu rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan tingkat pertama dan spesialis dasar yang menyediakan pelayanan perawatan tanpa kelas.** RS tanpa kelas akan melayani OAP secara gratis, baik untuk tindakan, operasi, pemeriksaan, dan kamar. Rumah Sakit Tanpa Kelas tetap bisa menerima pasien non OAP, bedanya adalah pasien non OAP dapat menikmati layanan rumah sakit dengan membayar pada tingkat harga yang lebih murah karena tanpa kelas. Sementara pasien OAP diberikan pelayanan dan obat yang seluruhnya gratis.

Untuk melaksanakan rekomendasi tersebut, kajian ini kemudian merekomendasikan **perbaikan tata kelola penyelenggaraan layanan kesehatan, dan yang paling utama diantaranya adalah pembagian tanggung jawab antara pemerintah, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota terutama terkait dengan pembiayaan.** Setiap pemangku kepentingan sebaiknya berkolaborasi untuk kemungkinan opsi pembiayaan lainnya, dan tentunya penggunaan Dana Otsus sebagai sumber dana utama. Upaya ini selanjutnya harus diatur secara detail melalui Peraturan Menteri Kesehatan atau melalui Peraturan Gubernur.



# DAFTAR ISI

|   |     |
|---|-----|
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....   | iii |
| <b>RINGKASAN EKSEKUTIF</b> .....  | v   |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....   | ix  |
| <b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....   | xi  |
| <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....  | 1   |
| 1.1. Latar Belakang .....   | 1   |
| 1.2. Permasalahan .....   | 4   |
| 1.3. Tujuan Kajian.....   | 4   |
| 1.4. Manfaat Kajian .....   | 5   |
| <b>BAB 2 METODE</b> .....   | 7   |
| <b>BAB 3 KONDISI TERKINI PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH PAPUA</b> .....                 | 11  |
| 3.1 Statistik Deskriptif Pelayanan Kesehatan .....                                      | 12  |
| 3.1.1. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....                                 | 12  |
| 3.1.2. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan .....                                 | 14  |
| 3.2 Gambaran Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Hasil FGD: Kondisi Eksisting vs Ideal..... | 19  |
| 3.2.1. Ketersediaan dan Distribusi RS Pemerintah (RSUD).....                            | 19  |
| 3.2.2. Ketersediaan dan Distribusi Tenaga Kesehatan .....                               | 21  |
| 3.2.3. Ketersediaan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan, dan Obat-obatan .....            | 22  |
| 3.2.4. Sistem Rujukan .....   | 24  |
| 3.2.5. Regulasi dan Tata Kelola .....   | 25  |
| 3.2.6. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat .....                            | 26  |
| <b>BAB 4 MODEL PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH PAPUA</b> .....                           | 29  |
| 4.1. Penguatan Pelayanan Kesehatan Reguler .....  | 29  |
| 4.2. Dokter Masuk Kampung.....  | 30  |
| 4.3. Rumah Sakit Tanpa Kelas .....  | 31  |
| 4.4. Pelayanan Kesehatan Bergerak.....  | 33  |
| 4.5. <i>Telemedicine</i> .....  | 34  |
| 4.6. Fasilitas Kesehatan untuk Penyakit spesifik.....                                   | 35  |
| <b>BAB 5 REKOMENDASI KEBIJAKAN</b> .....  | 37  |
| 5.1 Kebijakan mendukung Model Pelayanan Kesehatan.....                                  | 38  |
| 5.2 Tindakan Afirmasi.....  | 41  |
| 5.3 Penanganan dan Pencegahan COVID-19 .....  | 43  |
| 5.4 Penambahan SDM Kesehatan .....  | 44  |
| 5.5 Peningkatan Prasarana dan Sarana Kesehatan.....                                     | 54  |
| 5.6 Penetapan Lokasi Strategis RS Rujukan, RS Non-Rujukan, dan Puskesmas .....          | 56  |
| 5.7 Pengelolaan Kelembagaan.....  | 58  |
| 5.8 <i>Pooling</i> Sumberdaya dan Tata Kelola.....                                      | 59  |
| 5.9 Pendanaan Pembangunan Kesehatan di Wilayah Papua: Analisis <i>Costing</i> .....     | 64  |
| <b>PENUTUP</b> .....  | 67  |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....   | 73  |

## Daftar Tabel

|   |    |
|---|----|
| Tabel 1.1 Perkembangan Fasilitas Kesehatan dan Tenaga Kesehatan di Wilayah Papua, Tahun 2002-2020 .....                               | 1  |
| Tabel 2. 1 Daftar Pertanyaan FGD .....  | 9  |
| Tabel 3.1 Jumlah Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua .....   | 12 |
| Tabel 3.2 Jumlah Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat.....  | 13 |
| Tabel 3. 3 Sebaran Tenaga Medis Pada Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten/Kota di Provinsi Papua .....                                    | 14 |
| Tabel 3. 4 Persebaran Tenaga Medis Pada Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat.....   | 16 |
| Tabel 3. 5 Dokter Umum dan Dokter Gigi di RSUD Dok II Jayapura .....  | 17 |
| Tabel 3. 6 Dokter Spesialis dan Sub Spesialis di RSUD Dok II Jayapura .....   | 17 |
| Tabel 3. 7 Tenaga Kesehatan di Puskesmas.....   | 18 |
| Tabel 3. 8 Rasio Jumlah Tempat Tidur RS terhadap Jumlah Penduduk .....  | 20 |
| Tabel 5. 1 Penduduk Usia Muda yang Merokok .....  | 45 |
| Tabel 5. 2 Data Konsumsi Alkohol oleh Penduduk Usia 15 tahun keatas di Indonesia .....  | 47 |
| Tabel 5. 3 Estimasi Penderita Penyakit Jantung Koroner pada Umur $\geq$ 15 tahun Menurut Provinsi Pada Tahun 2013 .....               | 48 |
| Tabel 5. 4 Integrasi Pendanaan Bidang Kesehatan .....   | 61 |
| Tabel 5.5 Total Kebutuhan Pendanaan Pembangunan Bidang Kesehatan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat 2022-2023 (Rp. Milyar) ..... | 65 |
| Tabel 5.6 Total Kebutuhan Pendanaan Bidang Kesehatan Provinsi Papua Barat menurut Kabupaten/Kota (Rp. Milyar) .....                   | 65 |
| Tabel 5. 7 Total Kebutuhan Pendanaan Bidang Kesehatan Provinsi Papua Barat menurut Kabupaten/Kota (Rp. Milyar).....                   | 66 |

# DAFTAR SINGKATAN

---

|           |   |
|-----------|---|
| AIDS      | <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>                      |
| AKB       | Angka Kematian Bayi   |
| AKI       | Angka Kematian Ibu  |
| APBD      | Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah                          |
| APBN      | Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional                        |
| ATLM      | Ahli Teknik Laboratorium Medik                                  |
| Bappeda   | Badan Perencanaan Pembangunan Daerah                            |
| BKPM      | Badan Penanaman Modal Nasional                                  |
| BPJS      | Badan Penyelenggara Jaminan Sosial                              |
| BPKAD     | Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah                      |
| COVID-19  | <i>Corona Virus Disease 2019</i>                                |
| CSO       | <i>Civil Society Organization</i>                               |
| DAK       | Dana Alokasi Khusus   |
| DAU       | Dana ALokasi Khusus   |
| DTO/I     | Dana Tambahan Infrastruktur/Otsus                               |
| Fasyankes | Fasilitas Pelayanan Kesehatan                                   |
| FGD       | <i>Focus Group Discussion</i>                                   |
| FKRTL     | Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan                    |
| HIV       | human immunodeficiency virus                                    |
| IPM       | Indeks Pembangunan Manusia                                      |
| IPAL      | Instalasi Pengelolaan Air Limbah                                |
| JKN       | Jaminan Kesehatan Nasional                                      |
| KIS       | Kartu Indonesia Sehat   |
| KOMPAK    | Program Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan |
| KPS       | Kartu Papua Sehat   |
| KTP       | Kartu Identitas Penduduk  |
| LSM       | Lembaga Swadaya Masyarakat                                      |
| NIK       | Nomer Induk Kependudukan  |
| OAP       | Orang Asli Papua  |
| ODGJ      | Orang Dengan Gangguan Jiwa                                      |
| Otsus     | Otonomi Khusus  |
| PAD       | Pendapatan Asli Daerah  |
| PPSDM     | Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia                          |
| Polindes  | Pondok Bersalin Desa  |
| Puskesmas | Pusat Kesehatan Masyarakat                                      |
| Pustu     | Pusat Kesehatan Masyarakat                                      |
| PNG       | Papua New Guinea  |
| PNS       | Pegawai Negeri Sipil  |
| PP        | Peraturan Pemerintah  |

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| RI   | Republik Indonesia                    |
| RS   | Rumah Sakit                           |
| RSUD | Rumah Sakit Umum Daerah               |
| SDM  | Sumber Daya Manusia                   |
| SOP  | <i>Standard Operating Procedure</i>   |
| SPM  | Standar Pelayanan Minimum             |
| SPA  | Sarana, prasarana, dan alat kesehatan |
| TBC  | Tuberkulosis                          |
| TKDD | Transfer ke Daerah dan Dana Desa      |
| UU   | Undang-Undang                         |
| WHO  | World Health Organization             |
| WNA  | Warga Negara Asing                    |

# PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat merupakan provinsi terluas di Indonesia. Provinsi Papua yang memiliki luas wilayah sebesar 319.036,05 Km<sup>2</sup> atau sekitar 16,64 persen dari seluruh wilayah Indonesia menempati urutan pertama sebagai provinsi terluas. Sementara Provinsi Papua Barat yang memiliki luas sebesar 102.955,15 Km<sup>2</sup> menempati urutan kelima sebagai provinsi terluas dari 34 provinsi di Indonesia. Wilayah yang luas tersebut tentu saja sangat menyulitkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, termasuk dalam pelayanan kesehatan. Meskipun sulit, tetapi pemerintah telah dan terus berusaha meningkatkan pelayanan kesehatan di wilayah Papua yang antara lain terlihat dari terus meningkatnya jumlah fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan (lihat Tabel 1.1).

**Tabel 1.1 Perkembangan Fasilitas Kesehatan dan Tenaga Kesehatan di Wilayah Papua, Tahun 2002-2020**

| Fasilitas Kesehatan                               | Tahun |        |
|---|-------|--------|
|   | 2002  | 2020   |
| Rumah Sakit                                       | 24    | 65     |
| Puskesmas   | 200   | 646    |
| Puskesmas Pembantu                                | 788   | 1.565  |
| Balai Pengobatan/Poliklinik/Apotik                | 167   | 362    |
| Puskesmas Keliling                                | 284   | -      |
| Tenaga Kesehatan                                  |       |        |
| Dokter  | 414   | 1.047  |
| Paramedis (perawat, bidan farmasi, dan ahli gizi) | 5.127 | 12.645 |

Sumber: Badan Pusat Staistik, Papua Dalam Angka 2002 dan 2021, Papua Barat Dalam Angka 2020 dan 2021.

Data pada Tabel 1.1 menunjukkan bahwa selama periode tahun 2002-2020 telah terjadi peningkatan fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan yang relatif tinggi di wilayah Papua. Jumlah rumah sakit dan Puskesmas telah meningkat hampir tiga kali lipat dari tahun 2002 saat kebijakan Otonomi Khusus (Otsus) mulai diterapkan. Pada periode yang sama, jumlah dokter dan paramedis juga telah meningkat lebih dari dua kali lipat. Harus diakui bahwa peningkatan ini dapat dikatakan berhubungan dengan pelaksanaan Undang-Undang No. 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Papua yang tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kualitas dan kesejahteraan Orang Asli Papua (OAP) yang antara lain tergambar melalui pelayanan kesehatan yang dinikmati oleh OAP.

Akan tetapi meskipun telah terjadi peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan yang relatif tinggi, namun masalah kesehatan di wilayah Papua (Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat) masih sangat mengkhawatirkan. Gejala kesehatan yang mengkhawatirkan itu mencakup kesehatan ibu hamil, gizi buruk, malaria, campak, TBC, dan HIV. Penyakit tersebut menyerang hampir seluruh golongan masyarakat, mulai dari anak dalam kandungan, balita, anak-anak, remaja, hingga orang dewasa, terutama pada OAP. Beberapa peneliti telah mengkonfirmasi hal ini, seperti Triratnawati yang menemukan bahwa tingkat kesehatan ibu dan bayi OAP lebih rendah dibandingkan non OAP dan LSM internasional Médecins du Monde yang menemukan bahwa tingkat kematian bayi OAP sangat tinggi yaitu mencapai 85-150 per 1000 kelahiran dan tingkat kematian ibu OAP tiga kali lebih tinggi dibandingkan wilayah lain di Indonesia, yaitu mencapai 500-1000 kematian per 100.000 persalinan (Sumule, 2019). Khusus pada kasus HIV, Gubernur Papua Barat bahkan pernah menyampaikan bahwa Jumlah OAP yang terinfeksi HIV dan AIDS 3,6 kali lebih tinggi dari non-OAP (Sumule, 2019). Terkait dengan Angka Kematian Ibu (AKI), Lestari (2019) menemukan bahwa cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua (45,69%) dan Papua Barat (48,91%) masih sangat jauh di bawah rata-rata nasional (86,28%). Faktor inilah yang menjadi salah satu penyebab tingginya AKI di wilayah Papua. Padahal salah satu upaya pemerintah untuk menurunkan AKI di Indonesia adalah dengan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (Diaseptana, 2017). Sementara terkait dengan Angka Kematian Bayi (AKB) ternyata indeks kesehatan balita di Papua merupakan yang terendah di Indonesia, bahkan mengalami penurunan dibanding tahun 2013 (Wahyuni, 2021).

Secara teoritis, terdapat empat faktor utama yang mempengaruhi kualitas kesehatan di masyarakat. Keempat faktor utama tersebut ialah faktor perilaku/gaya hidup (*lifestyle*), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya), faktor pelayanan kesehatan (jenis cakupan dan kualitasnya), dan faktor genetik (keturunan). Keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang mempengaruhi kesehatan perorangan dan derajat kesehatan masyarakat. Diantara faktor tersebut ternyata faktor pelayanan kesehatan sudah mulai membaik dalam 20 tahun terakhir ini jika hanya dilihat berdasarkan perkembangan

fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan. Namun karena faktor-faktor lainnya, terutama faktor perilaku manusia yang merupakan faktor determinan paling besar masih sulit ditanggulangi, maka perbaikan faktor pelayanan kesehatan tersebut belum memberikan hasil seperti yang diharapkan.

Artinya, peningkatan jumlah fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan tidak serta merta memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan di wilayah Papua. Terdapat faktor-faktor lain yang diduga berkontribusi menjadi penyebab sulitnya meningkatkan pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat, yaitu:

1. Tata kelola fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang belum baik mengakibatkan manfaat ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan itu tidak dirasakan secara merata di seluruh wilayah terutama oleh OAP. Hal ini terjadi terutama disebabkan oleh fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang umumnya berada di perkotaan, sementara OAP sebagian besar bermukim di kampung-kampung.
2. Kondisi geografis yang luas berupa bukit dan pegunungan mengakibatkan pelayanan kesehatan bagi OAP yang tinggal di pedalaman membutuhkan biaya sangat tinggi.
3. Keterbatasan sarana prasarana mencakup prasarana jalan yang belum memadai dan sarana transportasi yang terbatas sehingga mobilitas OAP ke fasilitas kesehatan menjadi sangat terhambat.
4. Minimnya ketersediaan sarana pendukung pelayanan kesehatan, seperti listrik, air bersih, dan telekomunikasi yang seringkali menghambat penggunaan alat-alat kesehatan.
5. Terbatasnya ketersediaan dan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, seperti Rumah Sakit, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Puskesmas pembantu (Pustu), dan Pondok Bersalin Desa (Polindes) terutama jika dibandingkan dengan luas wilayah.
6. Kurangnya pemahaman dan kesadaran masyarakat akan pentingnya pemanfaatan layanan kesehatan secara rutin, misalnya untuk pemeriksaan ibu hamil dan balita.
7. Kurangnya jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan serta minimnya ketersediaan fasilitas untuk mereka, seperti sarana transportasi dan perumahan.
8. Belum optimalnya jaminan terhadap gangguan keamanan dan kenyamanan bagi petugas kesehatan dalam menjalankan tugas mereka.

Tentu saja menarik untuk mengetahui kondisi eksisting pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat saat ini, faktor apa yang paling dominan menentukan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, apakah diperlukan model pelayanan kesehatan khusus untuk wilayah ini yang berbeda dengan wilayah lain di Indonesia, dan apakah untuk itu perlu pula dilakukan perubahan kebijakan mencakup regulasi (peraturan), tata kelola, instrumen, dan anggaran. Untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut, maka perlu dilakukan kajian peningkatan pelayanan kesehatan berkualitas di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat.

## 1.2. Permasalahan

Beberapa permasalahan yang hendak dijawab dalam kajian ini antara lain:

1. Bagaimana kondisi eksisting pelayanan Kesehatan pada fasyankes di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat? Kondisi eksisting dimaksud mencakup, namun tidak terbatas pada:
  - a) Jumlah unit fasilitas pelayanan kesehatan
  - b) Sumberdaya manusia (tenaga kesehatan)
  - c) Sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA)
  - d) Obat-obatan dan barang medis habis pakai
  - e) Regulasi (peraturan)
  - f) Tata kelola fasilitas kesehatan
  - g) Karakteristik masyarakat yang dilayani (perilaku, sebaran (geografis dan demografis), jenis penyakit, dll.)
2. Bagaimana model pelayanan kesehatan yang ideal, yang sesuai dengan kekhasan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat?
3. Bagaimana implikasi kebijakan untuk mengatasi permasalahan (gap antara existing dan expected) dalam pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat ? Implikasi kebijakan dimaksud mencakup aspek regulasi (peraturan), tata kelola, instrumen, anggaran, dan lain-lain.

## 1.3. Tujuan Kajian

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan di atas, kajian ini bertujuan untuk:

1. Menelaah kondisi eksisting pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat. Kondisi eksisting dimaksud mencakup, namun tidak terbatas pada:
  - a) Jumlah unit fasilitas pelayanan kesehatan
  - b) Sumberdaya manusia (tenaga kesehatan)

- c) Sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA)
  - d) Obat-obatan dan barang medis habis pakai
  - e) Regulasi (peraturan)
  - f) Tata kelola fasilitas kesehatan (RS)
  - g) Karakteristik masyarakat yang dilayani (perilaku, sebaran (geografis dan demografis), jenis penyakit, dll)
2. Merancang model pelayanan kesehatan yang ideal yang sesuai dengan kekhasan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat.
  3. Menyusun implikasi kebijakan untuk mengatasi permasalahan (gap antara *existing* dan *expected*) dalam pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat. Implikasi kebijakan dimaksud mencakup aspek regulasi (peraturan), instrumen, anggaran, dan lain-lain.

#### 1.4. Manfaat Kajian

1. Mendapatkan gambaran kondisi (permasalahan) terkini berkait dengan pelayanan Kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat
2. Mendapatkan model pelayanan Kesehatan yang ideal sesuai dengan kekhasan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat. Model ini penting sebagai bahan pertimbangan bagi pemerintah (baik pusat, provinsi, kabupaten/kota) dalam membantu perumusan kebijakan pembangunan kesehatan, terutama yang berkait dengan pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat.



## METODE

Sebagaimana diuraikan pada bagian terdahulu, kajian ini setidaknya memiliki tiga tujuan utama, yakni: (i) menelaah kondisi eksisting pelayanan kesehatan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat; (ii) merancang model pelayanan kesehatan yang ideal yang sesuai dengan kekhasan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat; dan (iii) menyusun implikasi kebijakan untuk mengatasi permasalahan pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat. Untuk menjawab tujuan tersebut, kajian ini akan menerapkan 3 (tiga) metode utama, yakni analisis statistik deskriptif, analisis yuridis normatif dan empiris, dan analisis kuadran (analisis gap). Secara ringkas ketiga metode tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

- 1) Analisis Statistik deskriptif.** Analisis statistik deskriptif digunakan untuk menggambarkan data-data sekunder dan primer yang diperoleh dari pelaksanaan kajian. Berdasarkan analisis tersebut selanjut diturunkan informasi yang berguna dan relevan sesuai dengan beberapa rumusan masalah, tujuan dan manfaat yang diharapkan dari pelaksanaan kajian ini. Statistik deskriptif utamanya digunakan untuk menganalisis data-data yang diperoleh dari pengumpulan data sekunder pada studi pustaka serta data-data primer yang diperoleh dari *focus group discussion* (FGD).
- 2) Analisis yuridis normatif dan empiris.** Metode yuridis normatif pada dasarnya merupakan penelitian hukum kepustakaan yang dilakukan dengan cara mengkaji bahan-bahan kepustakaan atau data sekunder yang relevan. Dalam kajian ini, metode yuridis normatif dilakukan melalui telaahan terhadap data sekunder berupa peraturan perundang-undangan atau dokumen hukum lain, serta referensi-

refrensi lainnya yang berkaitan dengan isu pembangunan kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat. Sedangkan metode yuridis empiris atau sosio-legal adalah penelitian yang diawali dengan penelitian normatif atau penelaahan terhadap Peraturan Perundang-undangan (normatif) yang dilanjutkan dengan observasi yang mendalam untuk mendapatkan data faktor non-hukum yang terkait dan yang berpengaruh terhadap Peraturan Perundang-undangan yang diteliti, yaitu dengan menggunakan *benchmarking* atau penerapan empiris terkait layanan pendidikan di Provinsi Papua dan Papua Barat.

**3) Analisis kuadran (*gap analysis*).** Analisis kuadran merupakan suatu teknik analisis deskriptif yang yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor kinerja penting apa yang harus ditunjukkan oleh suatu institusi dalam memenuhi kepuasan para pengguna jasa mereka. Meski awalnya metode ini digunakan dalam bidang riset pemasaran dan perilaku konsumen, namun metode ini juga digunakan secara luas pada riset-riset yang terkait dengan pelayanan pada fasyankes, sekolah, hingga analisis atas kinerja birokrasi publik (pemerintahan). Pada kajian ini, metode analisis kuadran difokuskan untuk memetakan aspek-aspek dalam pelayanan kesehatan di Papua dan Papua Barat berkaitan dengan kondisi (ideal) yang diharapkan/seharusnya dengan kondisi eksisting saat ini. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi aspek-aspek mana saja dalam pelayanan kesehatan yang sudah berjalan baik sehingga perlu dipertahankan, dan aspek-aspek mana saja yang belum berjalan sesuai harapan sehingga perlu ditingkatkan ke depannya. Dengan demikian, analisis kuadran ditujukan untuk mendapatkan *gap* antar kondisi eksisting pelayanan kesehatan dengan kondisi idealnya.

Selanjutnya, data yang digunakan pada kajian ini mencakup data sekunder dan data primer. Data sekunder dikumpulkan dari institusi seperti BPS, Dinas Kesehatan daerah, serta institusi-institusi lainnya yang relevan. Data sekunder diklasifikasikan menjadi dua jenis, yakni data statistik dan dokumen. Data statistik mencakup perkembangan pembangunan kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat yang mencakup fasilitas pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan, serta tenaga kesehatan baik di level provinsi maupun kabupaten/kota. Sementara itu, data dokumen mencakup dokumen-dokumen regulasi baik yang berasal dari pusat yang berlaku secara nasional maupun dari daerah yang berlaku pada tingkat regional.

Sementara itu, penggalian data primer dalam kajian ini dilakukan dengan metode *focus group discussion (FGD)* yang melibatkan stakeholder di Papua dan Papua Barat. Stakeholder tersebut meliputi perwakilan dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Provinsi, BPKAD Provinsi dan Kabupaten/Kota, dan Pengelola RS dan Puskesmas daerah. Fokus utama dalam FGD ini adalah untuk mendapatkan data dan informasi sebagai berikut:

1. Gambaran gap antara kondisi *existing* dan *expected* (ideal) dalam pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat
2. Desain model/sistem pelayanan kesehatan yang ideal yang sesuai dengan kekhasan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat?
3. Rumusan implikasi kebijakan untuk mengatasi permasalahan (gap antara kondisi *existing* dan *expected* (ideal)) dalam pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat berdasarkan desain model/sistem yang dihasilkan.

Secara rinci struktur pertanyaan FGD untuk menggali informasi dari peserta disajikan pada Tabel 2.1 berikut.

**Tabel 2. 1 Daftar Pertanyaan FGD**

| No | Daftar Pertanyaan   |
|----|---|
| 1  | <p><b>Identifikasi gap aspek-aspek yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan di RS Daerah Provinsi Papua dan Papua Barat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ketersediaan dan distribusi RS, SDM tenaga kesehatan, sarana, prasarana, alat-alat kesehatan, obat-obatan dan bahan medis habis pakai</li> <li>➤ Sistem Rujukan</li> <li>➤ Regulasi</li> <li>➤ Manajemen Tata Kelola</li> <li>➤ Pemanfaatan Layanan</li> <li>➤ Perilaku Masyarakat</li> </ul> |
| 2  | <p><b>Identifikasi model-model pelayanan kesehatan di RS yang sesuai dengan kekhasan Provinsi Papua dan Papua Barat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sebaran Geografis</li> <li>➤ Sebaran Etnis</li> <li>➤ Sebaran Kelompok Masyarakat</li> <li>➤ Sebaran Jenis Penyakit, dll</li> </ul>  |



## KONDISI TERKINI PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH PAPUA

Kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan manusia. Berbagai cara dilakukan orang untuk mendapatkan taraf kesehatan yang prima. Bila seseorang menderita sakit biasanya mereka akan segera berusaha untuk mengatasi dan mengobati gangguannya atau penyakitnya hingga sembuh. Untuk mencapai kesembuhan yang diharapkan seseorang memerlukan bantuan dari pihak lain yaitu rumah sakit/puskesmas sebagai institusi yang berwenang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat luas. Seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatannya, semakin tinggi pula tuntutan masyarakat atas mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) kepada masyarakat. Fasyankes tidak cukup bila hanya menawarkan pelayanan dengan konsep asal “selamat”, tetapi perlu menawarkan hasil maksimal berupa pelayanan yang berdasarkan kepuasan dengan standar profesi yang tinggi. Fasyankes, dalam hal ini Rumah Sakit (RS) atau Puskesmas, tidak hanya berfungsi sebagai tempat pengobatan, tetapi merupakan tempat untuk meningkatkan status kesehatan individu, sehingga kualitas kesehatan dan hidup manusia Indonesia meningkat pula.

Kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS atau Puskesmas kepada pasien akan menentukan baik-buruknya citra Fasyankes tersebut. RS atau Puskesmas yang mempunyai citra baik adalah yang dapat menciptakan jasa pelayanan kesehatan yang berkualitas, sehingga pasien merasa puas dengan jasa pelayanan yang diterima dan sebaliknya. Dengan demikian, baik-buruknya citra RS atau Puskesmas akan sangat ditentukan oleh tingkat kepuasan pasien selaku pengguna jasa pelayanan.

## 3.1 Statistik Deskriptif Pelayanan Kesehatan

### 3.1.1. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan data BPS dan Dinas Kesehatan Provinsi, saat ini jumlah Rumah Sakit Pemerintah (RSUD) di Provinsi Papua ada sebanyak 30 unit, yang terdiri dari 28 RSUD Kabupaten/Kota dan 2 RSUD Provinsi. Dari 29 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Papua, hanya Kabupaten Puncak yang belum memiliki RSUD. Sementara itu, jumlah RSUD di Provinsi Papua Barat saat ini tercatat sebanyak 12 unit. Dan dari 13 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Papua Barat, hanya Kabupaten Pegunungan Arfak yang belum memiliki RSUD. Data ini menunjukkan bahwa masih terdapat kabupaten di Provinsi Papua dan Papua Barat yang belum memiliki RSUD.

Sementara itu, Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer, dapat dikatakan tersedia pada setiap kabupaten/kota baik di Provinsi Papua maupun Papua Barat. Namun demikian, jumlah Puskesmas antara kabupaten/kota di kedua Provinsi tersebut dapat dikatakan cukup bervariasi (Tabel 3.1 dan Tabel 3.2). Dapat dilihat bahwa Puskesmas umumnya cenderung terkonsentrasi di wilayah perkotaan atau di kabupaten-kabupaten yang sudah lama eksis. Jika dilihat dari jenis Puskesmas, jumlah Puskesmas Rawat Inap di Provinsi Papua lebih rendah dibandingkan dengan Puskesmas Non Rawat Inap. Di beberapa kabupaten di Provinsi Papua, jumlah Puskesmas Rawat Inap sangat terbatas, bahkan terdapat kabupaten (Mamberamo Tengah) yang belum memiliki Puskesmas Rawat Inap. Berbeda dengan Provinsi Papua, jumlah Puskesmas Rawat Inap di Provinsi Papua Barat tercatat lebih banyak dibandingkan dengan Puskesmas non Rawat Inap.

**Tabel 3.1 Jumlah Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua**

| No | Kab/Kota        | Puskesmas Non Rawat Inap | Puskesmas Rawat Inap | Jumlah |
|----|-----------------|--------------------------|----------------------|--------|
| 1  | Merauke         | 9                        | 11                   | 20     |
| 2  | Jayawijaya      | 11                       | 2                    | 13     |
| 3  | Jayapura        | 14                       | 6                    | 20     |
| 4  | Nabire          | 20                       | 6                    | 26     |
| 5  | Kepulauan Yapen | 7                        | 6                    | 13     |
| 6  | Biak Numfor     | 14                       | 6                    | 20     |
| 7  | Paniai          | 15                       | 3                    | 18     |
| 8  | Puncak Jaya     | 6                        | 2                    | 8      |
| 9  | Mimika          | 14                       | 3                    | 17     |
| 10 | Boven Digoel    | 16                       | 4                    | 20     |
| 11 | Mappi           | 6                        | 6                    | 12     |
| 12 | Asmat           | 9                        | 4                    | 13     |

| No            | Kab/Kota           | Puskesmas Non Rawat Inap | Puskesmas Rawat Inap | Jumlah     |
|---------------|--------------------|--------------------------|----------------------|------------|
| 13            | Yahukimo           | 27                       | 4                    | 31         |
| 14            | Pegunungan Bintang | 24                       | 5                    | 29         |
| 15            | Tolikara           | 18                       | 7                    | 25         |
| 16            | Sarmi              | 5                        | 4                    | 9          |
| 17            | Keerom             | 4                        | 6                    | 10         |
| 18            | Waropen            | 7                        | 3                    | 10         |
| 19            | Supiori            | 3                        | 2                    | 5          |
| 20            | Mamberamo Raya     | 3                        | 8                    | 11         |
| 21            | Nduga              | 7                        | 1                    | 8          |
| 22            | Lanny Jaya         | 7                        | 3                    | 10         |
| 23            | Mamberamo Tengah   | 6                        | 0                    | 6          |
| 24            | Yalimo             | 5                        | 2                    | 7          |
| 25            | Puncak             | 6                        | 2                    | 8          |
| 26            | Dogiyai            | 8                        | 2                    | 10         |
| 27            | Intan Jaya         | 5                        | 1                    | 6          |
| 28            | Deiyai             | 9                        | 1                    | 10         |
| 29            | Kota Jayapura      | 12                       | 1                    | 13         |
| <b>Jumlah</b> |                    | <b>297</b>               | <b>111</b>           | <b>408</b> |

Sumber: Pusdatin Kemenkes RI (Data Per 30 Juni 2019)

**Tabel 3.2 Jumlah Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat**

| No            | Kab/Kota       | Puskesmas Non Rawat Inap | Puskesmas Rawat Inap | Jumlah     |
|---------------|----------------|--------------------------|----------------------|------------|
| 1             | Fakfak         | 3                        | 5                    | 8          |
| 2             | Kaimana        | 3                        | 3                    | 6          |
| 3             | Teluk Wondama  | 4                        | 16                   | 20         |
| 4             | Teluk Bintuni  | 10                       | 14                   | 24         |
| 5             | Manokwari      | 4                        | 11                   | 15         |
| 6             | Sorong Selatan | 1                        | 16                   | 17         |
| 7             | Sorong         | 3                        | 16                   | 19         |
| 8             | Raja Ampat     | 1                        | 4                    | 5          |
| 9             | Tambrau        | 3                        | 11                   | 14         |
| 10            | Maybrat        | 0                        | 6                    | 6          |
| 11            | Kota Sorong    | 7                        | 12                   | 19         |
| <b>Jumlah</b> |                | <b>39</b>                | <b>104</b>           | <b>143</b> |

Sumber: Pusdatin Kemenkes RI (Data Per 30 Juni 2019)

### 3.1.2. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Tenaga kesehatan pada Fasyankes merupakan bagian dari sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang prima. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di fasyankes mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis keahlian tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan pelayanan kesehatan dalam Fasyankes (UU nomor 44 tahun 2009).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) nomor 32 tahun 1996 dijelaskan bahwa SDM kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga terapi fisik dan tenaga keteknikan medis. Semua Sumber Daya Manusia bersinergi dengan tenaga non kesehatan dalam memberikan pelayanan di rumah sakit/puskesmas. SDM merupakan faktor produksi yang harus ada dan sangat penting bagi sefasilitas pelayanan kesehatan Fasyankes, karena hampir seluruh kegiatan operasional di Fasyankes dilakukan oleh manusia.

Saat ini, tenaga kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat sangatlah terbatas. Selain terbatas, distribusi tenaga kesehatan juga lebih banyak terfokus pada wilayah-wilayah perkotaan, seperti pada RS atau puskesmas yang berada di pusat kota. Bahkan di beberapa kabupaten, jumlah tenaga kesehatan, termasuk tenaga medis, terbilang sangat minim. Sebaran tenaga medis di RS pada kabupaten/kota di Provinsi Papua dapat dilihat pada Tabel 3.3 di bawah ini :

**Tabel 3. 3 Sebaran Tenaga Medis Pada Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten/Kota di Provinsi Papua**

| No | Nama Kab./Kota | Jumlah Tenaga Medis |             |                  |                      |                                       | Jumlah Per Kab./Kota |
|----|----------------|---------------------|-------------|------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
|    |                | Dokter Umum         | Dokter Gigi | Dokter Spesialis | Dokter Sub Spesialis | Dokter Gigi Spesialis & Sub Spesialis |                      |
| 1  | Merauke        | 27                  | 1           | 16               | 0                    | 0                                     | <b>44</b>            |
| 2  | Nabire         | 13                  | 1           | 12               | 0                    | 0                                     | <b>26</b>            |
| 3  | Wamena         | 21                  | 3           | 7                | 0                    | 2                                     | <b>35</b>            |
| 4  | Yahukimo       | 13                  | 1           | 0                | 0                    | 0                                     | <b>14</b>            |
| 5  | Paniai         | 9                   | 0           | 5                | 0                    | 0                                     | <b>14</b>            |
| 6  | Serui          | 9                   | 0           | 8                | 0                    | 0                                     | <b>17</b>            |
| 7  | Biak           | 17                  | 1           | 12               | 0                    | 0                                     | <b>30</b>            |
| 8  | Puncak Jaya    | 9                   | 2           | 2                | 0                    | 0                                     | <b>13</b>            |

| No | Nama Kab./Kota     | Jumlah Tenaga Medis |             |                  |                      |                                       | Jumlah Per Kab./Kota |
|----|--------------------|---------------------|-------------|------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
|    |                    | Dokter Umum         | Dokter Gigi | Dokter Spesialis | Dokter Sub Spesialis | Dokter Gigi Spesialis & Sub Spesialis |                      |
| 9  | Mimika             | 21                  | 2           | 14               | 0                    | 0                                     | <b>37</b>            |
| 10 | Boven Digoel       | 7                   | 2           | 6                | 0                    | 0                                     | <b>15</b>            |
| 11 | Mappi              | 14                  | 1           | 1                | 0                    | 0                                     | <b>16</b>            |
| 12 | Asmat              | 20                  | 1           | 2                | 0                    | 0                                     | <b>23</b>            |
| 13 | Pegunungan Bintang | 13                  | 1           | 2                | 0                    | 0                                     | <b>16</b>            |
| 14 | Tolikara           | 11                  | 1           | 2                | 0                    | 0                                     | <b>14</b>            |
| 15 | Keerom             | 7                   | 1           | 10               | 0                    | 0                                     | <b>18</b>            |
| 16 | Supiori            | 0                   | 2           | 0                | 0                    | 0                                     | <b>2</b>             |
| 17 | Mamberamo Raya     | 6                   | 0           | 0                | 0                    | 0                                     | <b>6</b>             |
| 18 | Lanny Jaya         | 5                   | 0           | 0                | 0                    | 0                                     | <b>5</b>             |
| 19 | Deyai              | 3                   | 0           | 0                | 0                    | 0                                     | <b>3</b>             |
| 20 | Kota Jayapura      | 39                  | 4           | 40               | 19                   | 5                                     | <b>107</b>           |
| 21 | Kota Jayapura      | 29                  | 7           | 29               | 4                    | 1                                     | <b>70</b>            |
| 22 | Jayapura           | 41                  | 5           | 12               | 0                    | 2                                     | <b>60</b>            |

Sumber : Badan PPSDM Kesehatan, 2020.

Pada Tabel 3.1 terlihat bahwa sebaran tenaga medis antar kabupaten/kota di Provinsi Papua belum merata. Sebaran tenaga medis di kabupaten/kota masih terpusat kabupaten/kota yang sudah lama eksis, seperti Kota Jayapura, Kabupaten Jayapura, Kabupaten Merauke, Kabupaten Mimika, termasuk tenaga medis pada RS yang berada di wilayah kabupaten/kota. Dapat dilihat bahwa Fasyankes di Kota Jayapura memiliki jumlah dokter umum relatif tinggi jika dibandingkan dengan tenaga medis pada Fasyankes di Kabupaten Supiori, Kabupaten Deyai dan Kabupaten Lanny Jaya.

Data pada Tabel 3.3 juga memperlihatkan bahwa ketersediaan dokter umum di Kabupaten Jayapura (khususnya Rumah Sakit Yowari) relatif lebih baik dibandingkan dengan wilayah lainnya. Berdasarkan hasil FGD, peningkatan jumlah dokter umum tersebut terjadi akibat penambahan tenaga kontrak dokter *internship* akibat tingginya permintaan dokter umum. Di sisi lain, ketersediaan dokter umum yang berstatus PNS relatif masih sangat terbatas.

Seperti pada kasus Provinsi Papua, sebaran tenaga medis pada Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat juga terbilang tidak merata. Tenaga medis lebih banyak terserap di Kabupaten/Kota yang sudah lama eksis dan mapan (lihat Tabel 3.2). Secara umum, data pada Tabel 3.3 dan Tabel 3.4 memperlihatkan bahwa sebaran tenaga medis di Kabupaten/

Kota, baik di Provinsi Papua dan Papua Barat masih belum merata. Sebaran tenaga medis masih terpusat di Kabupaten/Kota yang sudah lama eksis, seperti Kota Jayapura, Kabupaten Jayapura, Kabupaten Merauke, Kabupaten Mimika di Provinsi Papua serta Kota Sorong, Kabupaten Sorong, dan Kabupaten Manokwari di Provinsi Papua Barat. Sebaliknya, bagi kabupaten-kabupaten yang relatif baru, ketersediaan tenaga medis masih sangat terbatas, seperti di Kabupaten Pegunungan Arfak, Kabupaten Maybrat dan Kabupaten Tambrau. Bahkan untuk Kabupaten Pegunungan Arfak, tenaga medis masih belum tersedia. Pada tabel tersebut juga terlihat bahwa sebaran dokter umum relatif tidak merata. Bahkan untuk Kabupaten Pegunungan Arfak masih belum tersedia dokter umum. Fakta ini mengindikasikan bahwa Fasyankes masih belum dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas akibat keterbatasan tenaga medis.

**Tabel 3. 4 Persebaran Tenaga Medis Pada Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat**

| No | Nama Kab./ Kota   | Jumlah Tenaga Medis |             |                  |                      |                                       | Jumlah Per Kab./Kota |
|----|-------------------|---------------------|-------------|------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
|    |                   | Dokter Umum         | Dokter Gigi | Dokter Spesialis | Dokter Sub Spesialis | Dokter Gigi Spesialis & Sub Spesialis |                      |
| 1  | FakFak            | 23                  | 3           | 3                | 0                    | 0                                     | <b>29</b>            |
| 2  | Kaimana           | 23                  | 4           | 7                | 0                    | 0                                     | <b>34</b>            |
| 3  | Teluk Wondama     | 17                  | 2           | 2                | 0                    | 0                                     | <b>21</b>            |
| 4  | Teluk Bintuni     | 23                  | 2           | 8                | 0                    | 0                                     | <b>33</b>            |
| 5  | Manokwari         | 67                  | 12          | 18               | 0                    | 0                                     | <b>97</b>            |
| 6  | Sorong Selatan    | 23                  | 2           | 3                | 0                    | 0                                     | <b>28</b>            |
| 7  | Sorong            | 41                  | 4           | 18               | 1                    | 0                                     | <b>64</b>            |
| 8  | Raja Ampat        | 12                  | 1           | 2                | 0                    | 0                                     | <b>15</b>            |
| 9  | Tambrau           | 5                   | 0           | 0                | 0                    | 0                                     | <b>5</b>             |
| 10 | Maybrat           | 3                   | 0           | 0                | 0                    | 0                                     | <b>3</b>             |
| 11 | Manokwari Selatan | 7                   | 1           | 0                | 0                    | 0                                     | <b>8</b>             |
| 12 | Peg. Arfak        | 0                   | 0           | 0                | 0                    | 0                                     | <b>0</b>             |
| 13 | Kota Sorong       | 90                  | 17          | 31               | 0                    | 0                                     | <b>138</b>           |

Data : Badan PPSDM Kesehatan, 2020.

Untuk dapat melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkualitas di RS, salah satu prasyarat utama adalah tersedianya tenaga-tenaga kesehatan, baik secara kuantitas maupun kualitas. Sebagai gambaran yang lebih rinci, Tabel 3.5 dan Tabel 3.6 memperlihatkan ketersediaan tenaga medis (dokter) pada RSUD DOK II Jayapura. Pada tabel tersebut dapat dilihat bahwa tidak hanya dokter spesialis yang ketersediannya relatif terbatas, namun juga dokter umum. Dari kasus ini, dapat dikatakan bahwa RSUD DOK II Jayapura yang sudah cukup lama beroperasi masih mengalami keterbatasan dari sisi tenaga medis.

**Tabel 3. 5 Dokter Umum dan Dokter Gigi di RSUD Dok II Jayapura**

| No | Tenaga Medis  | Jumlah |         |       |
|----|---------------|--------|---------|-------|
|    |               | PNS    | Kontrak | Total |
| 1  | Dokter Umum   | 10     | 29      | 39    |
| 2  | Dokter Gigi   | 4      | -       | 4     |
|    | <b>JUMLAH</b> | 14     | 29      | 43    |

**Tabel 3. 6 Dokter Spesialis dan Sub Spesialis di RSUD Dok II Jayapura**

| No | Tenaga Medis                            | Jumlah    |               |       |
|----|---|-----------|---------------|-------|
|    |   | Spesialis | Sub Spesialis | Total |
| 1  | Dokter Spesialis Penyakit Dalam         | 4         | 1             | 5     |
| 2  | Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekolog | 3         | 6             | 9     |
| 3  | Dokter Spesialis Anak                   | 6         | 2             | 8     |
| 4  | Dokter Spesialis Bedah                  | 5         | 6             | 11    |
| 5  | Dokter Spesialis Mata                   | 2         | 1             | 3     |
| 6  | Dokter Spesialis Anestesi               | 3         | 2             | 5     |
| 7  | Dokter Spesialis Jantung                | 1         | 1             | 2     |
| 8  | Dokter Spesialis THT                    | 2         | 0             | 2     |
| 9  | Dokter Spesialis Radiologi              | 2         | 0             | 2     |
| 10 | Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin      | 3         | 0             | 3     |
| 11 | Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa         | 1         | 0             | 1     |
| 12 | Dokter Spesialis Patologi Klinik        | 2         | 0             | 2     |
| 13 | Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik     | 2         | 0             | 2     |
| 14 | Dokter Spesialis Syaraf                 | 1         | 0             | 1     |
| 15 | Dokter Spesialis Paru                   | 3         | 0             | 3     |
| 16 | Dokter Gigi Spesialis                   | 5         | 0             | 5     |
| 17 | <b>JUMLAH</b>                           | 45        | 19            | 64    |

Data Lapangan; September 2021.

Selain RS, pelayanan kesehatan kepada masyarakat lebih banyak dilaksanakan di Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer. Keberadaan Puskesmas umumnya tersebar di seluruh distrik di Provinsi Papua dan Parua Barat. Tidak hanya di RS, ketersediaan tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan di Puskesmas juga masih sangat terbatas. Sebagai ilustrasi, Puskesmas yang berada di wilayah Kota Jayapura, yaitu Puskesmas Waena, Puskesmas Hamadi, Puskesmas Abe Pantai dan Puskesmas Skow Mabo memiliki jumlah tenaga kesehatan terbatas. Begitu juga Puskesmas Waena dan Puskesmas Hamadi berada di dalam Kota Jayapura, Puskesmas Abe Pantai berada

pada pinggiran Kota Jayapura, serta Puskesmas Skow Mabo kedudukannya berada jauh di luar kota, dekat daerah perbatasan RI dan PNG, semuanya memiliki jumlah tenaga kesehatan yang terbatas. Tabel 3.7 memperlihatkan jumlah tenaga kesehatan dengan perbandingan antara PNS dan tenaga kontrak pada Puskesmas Waena, Puskesmas Hamadi, Puskesmas Abe Pantai dan Puskesmas Skow Mabo. Fakta terbatasnya jumlah tenaga kesehatan Puskesmas di Provinsi Papua dan Papua Barat, mengindikasikan diperlukannya pemenuhan tenaga kesehatan baru dalam jangka pendek untuk memperkuat pelayanan kesehatan di Puskesmas.

**Tabel 3. 7 Tenaga Kesehatan di Puskesmas**

| Tenaga Kesehatan | Puskesmas |         |        |         |            |         |           |         |
|------------------|-----------|---------|--------|---------|------------|---------|-----------|---------|
|                  | Waena     |         | Hamadi |         | Abe Pantai |         | Skow Mabo |         |
|                  | PNS       | Kontrak | PNS    | Kontrak | PNS        | Kontrak | PNS       | Kontrak |
| Dokter Umum      | 3         | 1       | 2      | 0       | 2          | 1       | 2         | 0       |
| Dokter Gigi      | 0         | 1       | 0      | 1       | 1          | 0       | 0         | 0       |
| Perawat          | 10        | 5       | 6      | 3       | 9          | 5       | 7         | 2       |
| Bidan            | 8         | 1       | 5      | 0       | 9          | 1       | 7         | 1       |
| Farmasi          | 3         | 2       | 3      | 1       | 2          | 0       | 2         | 1       |
| Gizi             | 4         | 0       | 5      | 0       | 4          | 0       | 3         | 0       |
| Kemas            | 9         | 1       | 2      | 0       | 0          | 1       | 1         | 0       |
| Kesling          | 2         | 1       | 0      | 0       | 1          | 0       | 1         | 0       |
| Lainnya          | 4         | 4       | 7      | 1       | 0          | 3       | 5         | 2       |
| <b>Jumlah</b>    | <b>43</b> | 16      | 30     | 6       | 28         | 11      | 28        | 6       |

Data Lapangan; September 2021.

Tabel 3.5 menunjukkan bahwa sebaran tenaga kesehatan Puskesmas di Kota Jayapura relatif cukup merata. Namun demikian, ada beberapa tenaga kesehatan yang merupakan tenaga kontrak, misalnya pada Puskesmas Waena jumlah keseluruhan tenaga kesehatan 59 orang, yang berstatus tenaga kontrak sebanyak 16 orang; Puskesmas Hamadi keseluruhan tenaga Kesehatan berjumlah 36 orang, yang berstatus tenaga kontrak sebanyak 6 orang, Puskesmas Abe Pantai keseluruhan jumlah tenaga Kesehatan sebanyak 39 orang, yang berstatus tenaga kontrak sebanyak 11 orang serta Puskesmas Skow Mabo keseluruhan jumlah tenaga kesehatan berjumlah 34 orang, yang berstatus tenaga kontrak sebanyak 6 orang. Sedangkan untuk tenaga dokter gigi di beberapa Puskesmas yang berada di Kota Jayapura masih kosong, sehingga diisi tenaga kontrak. Sedangkan untuk Puskesmas Skow Mabo tenaga dokter gigi sama sekali belum ada baik PNS maupun tenaga kontrak. Sebaran tenaga Kesehatan baik di Provinsi Papua maupun Papua Barat, salah satunya ditentukan oleh insentif yang diberikan pemerintah kabupaten/kota serta jaminan keamanan bagi tenaga medis dalam melakukan tugasnya, khususnya yang berada di wilayah yang terpencil dan sangat terpencil.

## 3.2 Gambaran Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Hasil FGD: Kondisi Eksisting vs Ideal

Untuk mendapatkan gambaran yang lebih nyata dan lengkap, kajian ini juga mengeksplorasi kondisi eksisting dan ideal dari fasilitas pelayanan kesehatan di Papua dan Papua Barat melalui *Focus Group Discussion* (FGD). FGD dilakukan dengan melibatkan stakeholder di daerah. Aspek-aspek yang diobservasi dalam FGD ini mencakup: (i) distribusi dan ketersediaan RS pemerintah, tenaga kesehatan, sarana, prasarana, alat kesehatan, obat dan barang medis habis pakai; (ii) sistem rujukan rumah sakit; (iii) regulasi dan tata kelola pelayanan RS; dan (iv) pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat dan perilakunya dalam memanfaatkan layanan tersebut. Bagian ini secara khusus mengulas aspek-aspek tersebut berdasarkan hasil FGD yang diperoleh.

### 3.2.1. Ketersediaan dan Distribusi RS Pemerintah (RSUD)

**Ketersediaan RSUD sebagai rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan primer yang disediakan oleh pemerintah belum secara menyeluruh tersedia di kabupaten/kota, baik di Provinsi Papua maupun Provinsi Papua Barat.** Pada kasus Provinsi Papua, masih terdapat kabupaten yang belum memiliki RSUD, yakni Kabupaten Puncak. Sementara di Provinsi Papua Barat, kabupaten yang belum memiliki RSUD adalah Kabupaten Pegunungan Arfak. Selain isu ketersediaan, RSUD di beberapa daerah, seperti di Kabupaten Manokwari Selatan, belum dapat beroperasi secara maksimal. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan belum optimalnya RSUD tersebut. Di Kabupaten Manokwari Selatan, RS tersebut memang baru diresmikan pada akhir tahun 2021, sehingga dalam operasionalnya masih terkendala masalah teknis dan ketersediaan sumberdaya manusia, terutama tenaga kesehatan.

Belum tersedianya dan beroperasinya RSUD di beberapa kabupaten, membuat masyarakat harus dirujuk ke rumah sakit di Kabupaten lainnya. Kondisi ini tentunya berimplikasi pada biaya operasional yang cukup tinggi bagi masyarakat yang dirujuk ke rumah sakit di kabupaten/kota lain. Fakta ini mengindikasikan diperlukannya pembangunan RSUD baru di wilayah-wilayah yang saat ini belum memiliki rumah sakit. Idealnya setiap kabupaten/kota di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat memiliki setidaknya satu unit RSUD dan beroperasi sesuai dengan standar pelayanan minimal. Hal ini penting untuk memberikan kemudahan sekaligus meningkatkan akses masyarakat, sehingga warga masyarakat tidak perlu dirujuk ke kabupaten/kota lain yang jaraknya relatif jauh. Di sisi lain, meski terdapat alternatif pilihan dimana kabupaten yang belum memiliki rumah sakit dapat memanfaatkan layanan rumah sakit di kabupaten terdekat, namun, mengingat kondisi geografis wilayah Papua yang umumnya sulit di akses, penyediaan setidaknya satu RSUD di setiap kabupaten perlu menjadi pertimbangan utama.

Untuk mengatasi keterbatasan jumlah RS di provinsi Papua, juga telah diusulkan untuk dibangun 5 (lima) RS rujukan untuk melayani kelima wilayah adat Tabi, Saireri, Mee Pago, La Pago, dan Anim Ha. Meski saat ini perencanaan pembangunan RS tersebut tengah disiapkan, namun dalam pelaksanaannya masih belum berjalan sesuai harapan. Hal ini karena adanya beberapa permasalahan, seperti kurangnya pendanaan dan sulitnya akses ke lokasi serta kepemilikan lahan. Begitu juga dengan rencana pembangunan RS (vertikal) di Kabupaten Jayawijaya yang bersumber dari APBN masih terkendala masalah lahan/tanah. Hal yang sama juga ditemui pada kasus pembangunan RS di Wamena yang mengalami hambatan terkait lahan. Sehingga yang pada awalnya di lahan tersebut telah direncanakan untuk dibangun RS, namun di pertengahan jalan mengalami konflik lahan, sehingga pembangunannya terhambat. Permasalahan pembangunan RS ini mengindikasikan diperlukannya dukungan dan perencanaan yang matang agar tidak menjadi permasalahan di kemudian hari.

**Tabel 3. 8 Rasio Jumlah Tempat Tidur RS terhadap Jumlah Penduduk**

| No. | Kabupaten/Kota    | Jumlah Penduduk*) | Jumlah Tempat Tidur (TT) RS**) | Rasio $\sum TT : \sum Penduduk$ ***) |
|-----|-------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1   | Fakfak            | 85.20             | 150                            | 1,76 : 1000                          |
| 2   | Kaimana           | 62.26             | 70                             | 1,12 : 1000                          |
| 3   | Teluk Wondama     | 41.64             | 116                            | 2,79 : 1000                          |
| 4   | Teluk Bintuni     | 87.08             | 68                             | 0,78 : 1000                          |
| 5   | Manokwari         | 192.66            | 691                            | 3,59 : 1000                          |
| 6   | Sorong Selatan    | 52.47             | 79                             | 1,51 : 1000                          |
| 7   | Raja Ampat        | 64.14             | 108                            | 1,58 : 1000                          |
| 8   | Sorong            | 118.68            | 415                            | 3,50 : 1000                          |
| 9   | Tambrau           | 28.38             | 44                             | 1,55 : 1000                          |
| 10  | Maybrat           | 42.99             | 0                              | 0 :1000                              |
| 11  | Pegunungan Artak  | 38.21             | 0                              | 0 :1000                              |
| 12  | Manokwari Selatan | 35.95             | 30                             | 0,83 : 1000                          |
| 13  | Kota Sorong       | 192.66            | 567                            | 2,94 : 1000                          |

Sumber: \*) SP2020; \*\*) RS Online Agustus 2021; \*\*\*) Acuan Rasio 1:1000

Berdasarkan hasil FGD juga disarankan bahwa **idealnya pemenuhan fasilitas RS tidak hanya dipenuhi dari sisi kuantitas, tetapi juga dari sisi kualitas**. Sebagai contoh, masih terdapat RS di kabupaten di Papua yang belum memiliki tenaga medis spesialis. Di Kabupaten Jayapura terdapat satu RS tipe C, yakni RS Yowari yang belum memiliki dokter spesialis penyakit dalam. Fakta ini mengindikasikan diperlukannya penambahan dokter spesialis baru. Namun demikian, upaya peningkatan jumlah dokter spesialis di RS juga harus diimbangi dengan sarana dan prasarana pendukungnya. Dengan demikian

keberadaan dokter spesialis dapat berperan optimal dalam meningkatkan kualitas pelayanan di RS. Peningkatan kualitas pelayanan di RS juga dapat diupayakan melalui akreditasi RS yang ada saat ini. Peningkatan kualitas pelayanan RS juga perlu dilihat dari peningkatan rasio tempat tidur per 1000 penduduk. Tabel 3.1 memperlihatkan gambaran rasio jumlah tempat tidur per 1000 penduduk di kabupaten/kota Provinsi Papua Barat. Dapat dilihat bahwa distribusi rasio tempat tidur per 1000 penduduk masih belum merata antar RS di setiap kabupaten/kota. Peningkatan kuantitas dan kualitas RS diharapkan dapat meningkatkan standar pelayanan dan sistem rujukan di RS.

Beberapa usulan lainnya untuk mengatasi keterbatasan jumlah RS di Provinsi Papua dan Papua Barat adalah dengan memperkuat Puskesmas sebagai fasilitas layanan primer, terutama di wilayah-wilayah yang cukup jauh dari RS. Penguatan tersebut dapat dilakukan dengan menambah sarana dan prasarana, dokter, dan tenaga medis lainnya. Dengan meningkatnya kualitas layanan Puskesmas diharapkan dapat mengurangi jumlah rujukan warga ke RS. Hal ini tentunya akan berperan signifikan, selain karena mampu mengurangi biaya operasional rujukan, juga akan memudahkan akses warga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

### 3.2.2. Ketersediaan dan Distribusi Tenaga Kesehatan

**Jumlah tenaga kesehatan RS di Provinsi Papua dan Papua Barat dianggap masih belum cukup memadai, terutama ketersediaan Dokter Spesialis. Tidak hanya terbatas dari sisi kuantitas, distribusi tenaga kesehatan juga masih belum merata.**

Pada kasus Papua, permasalahan ketersediaan tenaga kesehatan tidak hanya dalam hal Dokter Spesialis, tetapi juga Dokter Umum yang jumlahnya sangat terbatas. Di Provinsi Papua saat ini tercatat rata-rata hanya terdapat dua sampai tiga dokter umum di setiap RS. Pada kasus lain, ketersediaan Dokter Spesialis Jantung dan Spesialis Penyakit Dalam di Jayapura dianggap masih kurang. Terlebih dalam situasi pandemi Covid-19 dimana Dokter Spesialis, terutama Spesialis Penyakit Dalam, sangat dibutuhkan. Saat ini, Dokter Spesialis jantung di Jayapura hanya ada 2 (dua) dokter, dimana kedua-duanya bertugas di RSUD Dok II Jayapura.

Seperti halnya pada Provinsi Papua, pada kasus Provinsi Papua Barat, meski ketersediaan Dokter umum dan Tenaga Perawat sudah mencukupi, namun ketersediaan dokter spesialis masih terbatas. Sebagai contoh, ketersediaan dokter spesialis paru masih sangat terbatas di RS kabupaten/kota. Hal ini penting karena kondisi Covid-19 yang masih terus berlangsung dan membutuhkan keberadaan dokter spesialis paru. Salah satu penyebab utama terbatasnya (atau belum tersedianya) dokter spesialis di beberapa RS di wilayah Papua adalah faktor rendahnya insentif untuk tenaga medis. Faktor keamanan dan keselamatan bagi tenaga medis dalam melakukan pelayanan kesehatan juga berkontribusi dalam permasalahan ini, sehingga menyebabkan Dokter Spesialis cenderung terkonsentrasi di wilayah perkotaan.

Terbatasnya ketersediaan tenaga kesehatan, terutama dokter spesialis mengindikasikan diperlukannya penambahan dokter spesialis baru. Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan dan dokter spesialis tersebut dapat diupayakan dua pendekatan. *Pertama*, dalam jangka pendek adalah dengan melalui rekrutmen dari luar Papua atau meminta bantuan dari pemerintah pusat. *Kedua*, dalam jangka panjang adalah melakukan kolaborasi dengan perguruan tinggi setempat. Di sini, perguruan tinggi di dorong untuk menghasilkan dokter-dokter spesialis baru. Namun demikian, penyediaan tenaga kesehatan terutama dokter spesialis juga harus diimbangi dengan insentif yang memadai dan menarik. Peningkatan insentif dan fasilitas bagi tenaga kesehatan diharapkan dapat meningkatkan daya tarik mereka. Selain insentif, hal yang juga perlu diperhatikan adalah ketersediaan fasilitas peralatan pendukung untuk tenaga medis, terutama untuk dokter spesialis. Begitu juga dengan faktor keamanan dan keselamatan bagi para tenaga medis yang perlu menjadi perhatian utama. Dalam hal ini, tenaga medis perlu diberikan jaminan keamanan dan keselamatan ketika masuk ke daerah-daerah terpencil atau pedalaman.

### 3.2.3. Ketersediaan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan, dan Obat-obatan

Sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang paripurna. Sarana fasilitas pelayanan kesehatan haruslah memenuhi syarat administratif dan syarat teknis bangunan, yakni harus sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut. Prasarana atau sistem utilitas fasilitas pelayanan kesehatan merupakan sistem dan peralatan yang mendukung pelayanan mendasar perawatan kesehatan yang aman. Sistem ini mencakup distribusi listrik, air, ventilasi dan aliran udara, gas medis, pipa air, pemanasan, limbah, dan sistem komunikasi dan data. Pengelolaan prasarana RS dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja adalah upaya memastikan sistem utilitas aman bagi sumber daya manusia RS, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

Secara umum, **ketersediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan untuk fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat sudah cukup memadai. Namun, masih ada beberapa area yang perlu diperkuat ke depannya.** Sebagai ilustrasi, luasan lahan pada Puskesmas Waena dan Puskesmas Hamadi yang berada di Kota Jayapura sangatlah terbatas, menyebabkan tidak tersedianya lahan parkir bagi tenaga Kesehatan dan pasien yang akan berobat ke Puskesmas tersebut. Kebutuhan akan air bersih dan pasokan listrik juga menjadi permasalahan pada fasilitas pelayanan Kesehatan. Sebagai ilustrasi, Instalasi air bersih pada RSUD Dok II sudah memadai, namun sering terjadi kekurangan air bersih pada waktu-waktu tertentu, disebabkan debit air yang mulai berkurang di Kota Jayapura. Dalam beberapa kasus, ketersediaan air minum dan air bersih di setiap ruangan juga terbatas. Pasokan listrik juga sangat mempengaruhi pelayanan Kesehatan di RSUD Dok II. Keterbatasan pasokan listrik berdampak pada

rusaknya beberapa alat kesehatan. Bahkan ada beberapa alat kesehatan yang rusak, padahal belum pernah difungsikan sejak pengadaannya akibat pasokan listrik yang minim.

Pada kasus Papua, secara umum ketersediaan sarana dan prasarana RS berdasarkan dokumen-dokumen perencanaan baik dari pemerintah daerah maupun pemerintah Pusat (Bappenas dan Kementerian Kesehatan) sudah cukup memadai. Hanya saja pada tataran implementasi, perencanaan tersebut yang seringkali tidak berjalan optimal. Sebagai ilustrasi, di Kabupaten Jayapura, pemerintah daerah telah memiliki dua alat *telemedicine* (dari target empat alat *telemedicine*) yang telah terpasang dan terkoneksi dengan dokter RSUD. Aparat keliling juga sudah dilengkapi dengan fasilitas ambulan, mobil keliling, dan mobil klinik untuk menjangkau lokasi yang sulit. Namun demikian, dalam implementasinya masih belum berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Fakta ini mengindikasikan bahwa fokus penguatan fasilitas pelayanan kesehatan tidak hanya sekedar pemenuhan sarana dan prasarana, tetapi juga memastikan bagaimana sarana dan prasarana tersebut bisa dioptimalkan dalam memenuhi pelayanan kesehatan masyarakat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan memanfaatkan teknologi informasi, terutama untuk daerah-daerah yang sulit dijangkau dengan transportasi.

Sementara itu, ketersediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan di RS Provinsi Papua Barat sejauh ini terbilang sudah cukup memadai. Namun demikian, masih terdapat kekurangan untuk sarana transportasi, terutama ambulan. Saat ini rata-rata baru tersedia 2 unit Ambulan di setiap RS. Idealnya di setiap RS dapat tersedia 5 unit ambulan. Hal ini karena Ambulan tidak hanya digunakan untuk mengantar pasien, tetapi juga membawa jenazah. Selanjutnya, meski ketersediaan listrik dan air sudah cukup memadai, namun masih terdapat permasalahan terkait sarana Instalasi Pengelolaan Air Limbah (IPAL) di RS. Secara umum, meski setiap RS sudah memiliki IPAL, namun keberadaannya secara legal belum memiliki izin. Hal ini utamanya disebabkan oleh sulitnya prosedur pengurusan izin IPAL untuk RS.

Berdasarkan uraian di atas, dapat dikatakan bahwa **kondisi ideal bagi sarana, prasarana, dan alat kesehatan pada Fasyankes adalah terpenuhinya ketersediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan di Fasyankes, baik di RS maupun di Puskesmas sesuai dengan standar minimal atau mencapai 100 persen dari kebutuhan**. Begitu juga permasalahan pemanfaatan sarana, prasarana, dan alat kesehatan untuk kasus tertentu, seperti terbatasnya pasokan listrik di beberapa Fasyankes (RS dan Puskesmas) dapat di atasi.

Sementara itu, **ketersediaan obat-obatan reguler dan bahan medis habis pakai di RS Provinsi Papua dan Papua Barat secara umum sudah cukup memadai**. Namun demikian, ketersediaan obat-obatan antivirus untuk penanganan Covid-19 masih sangat

terbatas. Hal ini penting untuk mengantisipasi dampak Pandemi Covid-19 yang tengah berlangsung. Isu lainnya terkait dengan ketersediaan obat-obatan adalah mekanisme penyediaan obat-obatan di Puskesmas yang saat ini hanya tersedia melalui Dana Alokasi Khusus (DAK). Hal ini dianggap membuat fleksibilitas pengadaan obat-obatan oleh Puskesmas sesuai kebutuhan lapangan di Provinsi Papua dan Papua Barat menjadi terbatas. Isu ini penting karena Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer merupakan ujung tombak dalam melayani masyarakat yang berada di distrik atau di kampung. Fakta ini mengindikasikan diperlukannya suatu mekanisme lain atau sumber pembiayaan lain untuk pengadaan obat-obatan untuk Puskesmas selain dari DAK. **Idealnya ketersediaan obat-obatan, terutama obat-obatan untuk penanganan Covid-19 dapat mencukupi sesuai standar minimal baik di RS maupundi Puskesmas.**

### 3.2.4. Sistem Rujukan

**Sistem rujukan RS dari fasilitas pelayanan kesehatan primer di Provinsi Papua dan Papua Barat saat ini masih belum berjalan sesuai harapan.** Salah satu permasalahan utama dalam sistem rujukan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat adalah kepemilikan kartu BPJS, terutama oleh OAP. Meski masyarakat yang tidak memiliki BPJS masih bisa mendapatkan pelayanan di Puskesmas, namun permasalahan terjadi ketika diperlukan rujukan ke RS. Hal ini karena sebagian besar masyarakat, terutama OAP, belum memiliki BPJS akibat tidak memiliki Nomer Induk Kependudukan (NIK). Sebagaimana diketahui bahwa syarat bagi warga untuk mendapatkan kartu BPJS adalah memiliki NIK. Isu layanan di RS terkait dengan BPJS penting karena sangat terkait dengan pembiayaan. **Idealnya permasalahan kepemilikan BPJS oleh OAP dapat segera teratasi, sehingga OAP dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan di RS sebagaimana masyarakat umumnya.**

Isu lainnya yang berkaitan dengan sistem rujukan ke RS via BPJS adalah standar pembiayaan. **Saat ini, standar pembayaran klaim BPJS ke RS di wilayah Papua sama dengan wilayah lainnya. Padahal jika dilihat dari sisi operasional, wilayah Papua memiliki kondisi wilayah yang sulit di jangkau. Hal ini tentunya akan berdampak pada pembiayaan dalam sistem rujukan.** Dalam konteks ini, **standar pembayaran klaim BPJS ke RS di wilayah Papua idealnya memiliki standar yang berbeda dengan wilayah lainnya.**

Namun demikian, meski sistem rujukan BPJS saat ini masih memiliki beberapa keterbatasan, namun sistem tersebut sejauh ini dapat dikatakan berjalan cukup baik jika dibandingkan dengan Kartu Papua Sehat (KPS) yang dianggap masih kurang mendapat dukungan. **Permasalahan lainnya yang ditemui dalam sistem rujukan adalah terkendalanya akses dan jaringan komunikasi.** Begitu juga dengan **sistem rujukan dari fasilitas pelayanan dasar (Puskesmas) ke RS seringkali tertuju pada RS tertentu, sehingga pelayanan di RS menjadi kurang optimal karena terbatasnya**

**kapasitas.** Pada kasus lainnya, **seringkali juga ditemui rujukan non emergency BPJS yang masih terkendala dengan ketersediaan dokter spesialis.** Fakta ini menyarankan bahwa untuk meningkatkan kualitas sistem rujukan ke depannya, maka permasalahan-permasalahan tersebut dapat segera di atasi.

Sistem rujukan tentunya mengacu pada standar pelayanan yang dimiliki oleh RS dan penentuan RS Rujukan juga perlu mengikuti standar atau kebijakan dari pemerintah daerah maupun kementerian kesehatan. Dalam prakteknya saat ini terdapat sistem rujukan terpadu yang dikelola melalui teknologi informasi, seperti melalui grup *whatsapp*. Media ini digunakan untuk mengkoordinasikan informasi jika terdapat pasien yang memerlukan penanganan darurat untuk mencari ketersediaan rujukan di RS ataupun Puskesmas lainnya.

### 3.2.5. Regulasi dan Tata Kelola

Pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat sejauh ini telah mengacu pada peraturan dan regulasi yang berlaku saat ini. Namun demikian, **dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di wilayah Papua, diperlukan penguatan terhadap regulasi yang ada saat ini.** Sebagai contoh, saat ini penyediaan obat di RS hanya dibatasi oleh dana yang bersumber dari DAK. Dalam hal ini tentunya **diperlukan sumber-sumber pembiayaan baru yang mungkin untuk memperkuat pengadaan obat-obatan dan bahan medis habis pakai.** Begitu juga regulasi yang terkait dengan skema pembiayaan BPJS yang saat ini memiliki standar sama dengan wilayah lainnya (seperti di pulau Jawa). Padahal sebagaimana diketahui biaya operasional pelayanan kesehatan di wilayah Papua relatif tinggi dibandingkan wilayah lainnya. **Regulasi yang dibuat idealnya harus disusun berdasarkan kebutuhan pelayanan kesehatan di tiap wilayah. Sehingga dalam hal ini sangat dimungkinkan setiap kabupaten/kota dapat memiliki regulasi yang berbeda.**

Selanjutnya, terkait regulasi penyediaan atau pembangunan RS baru, dengan adanya UU Otsus, diharapkan setiap kabupaten/kota dapat memiliki RS sendiri sesuai dengan standar yang memadai. Dengan demikian, setiap kabupaten/kota dapat melayani masyarakatnya secara langsung dan tidak perlu dilakukan rujukan ke RS di kabupaten/kota lainnya. Ke depannya juga diperlukan suatu regulasi yang tidak hanya mendukung peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan, namun juga kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan. Karena saat ini meski fasilitas kesehatan sudah cukup memadai, namun jumlah tenaga kesehatan dianggap masih sangat terbatas.

**Manajemen tata kelola pelayanan kesehatan (RS) di Provinsi Papua dan Papua Barat saat ini masih belum berjalan secara optimal.** Dalam kasus Papua Barat misalnya, **saat ini masih banyak RS yang belum memiliki *standard operating procedure (SOP)* terkait pelayanan.** Untuk mengatasi permasalahan ini, diharapkan

Dinas Provinsi dan Komite Medik dapat membantu atau membimbing pihak RS tersebut dalam menyusun SOP. Hal ini penting karena SOP membantu staf menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari. SOP juga mampu meningkatkan akuntabilitas dengan mendokumentasikan tanggung jawab khusus dalam melaksanakan tugas-tugas pelayanan kesehatan di RS. **Tata kelola pelayanan kesehatan (RS) di Provinsi Papua dan Papua Barat juga harus mencakup kontrol terhadap pelayanan di RS di daerah. Setiap RS perlu dipastikan agar mampu melayani pasien sesuai dengan tipenya atau kapasitasnya.** Dengan demikian kondisi dimana RS melayani pasien yang tidak sesuai atau melebihi kapasitasnya harus dapat dihindari. **Permasalahan lainnya dalam tata kelola RS di wilayah Papua adalah terhambatnya proses akreditasi RS akibat pandemi COVID-19.**

Berdasarkan hasil FGD juga terdapat usulan dimana perlunya pembinaan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan oleh Dinas Provinsi terkait. Dan pembinaan ini setidaknya dapat dilakukan secara berkala, minimal satu tahun sekali. Selain itu, untuk memperkuat pelayanan di fasilitas kesehatan juga diperlukan edukasi terhadap pasien, sehingga pasien dapat mendapatkan pelayanan sesuai standar yang ada. Selanjutnya, terkait dengan pendanaan operasional pelayanan kesehatan, diperlukan suatu mekanisme *sharing* pendanaan. Sehingga sumber pendanaan untuk pelayanan kesehatan tidak hanya berasal dari satu sumber saja, tetapi juga dari sumber-sumber lainnya, misalnya lembaga bantuan, donor, dan lain-lain. Hal ini penting karena operasional pelayanan kesehatan di wilayah Papua berbeda dengan wilayah lainnya. Dengan adanya sumber-sumber pendanaan lainnya diharapkan dapat memperkuat pelayanan kesehatan di wilayah Papua ke depannya.

### 3.2.6. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat

Selama ini pelayanan kesehatan RS di Provinsi Papua dan Papua Barat dilakukan tanpa memisahkan akses dan pelayanan kesehatan untuk OAP dan non-OAP. Perbedaan akses dan layanan hanya terjadi berdasarkan kepemilikan BPJS dan non-BPJS. Namun demikian, untuk kasus pelayanan kesehatan di Puskesmas, saat ini tidak terjadi pemisahan pelayanan, baik untuk OAP dan non-OAP maupun pasien BPJS dan non-BPJS. Bahkan sejauh ini pelayanan kesehatan di Puskesmas dilakukan tanpa mengenakan retribusi kepada pasien. Proses pelayanan masyarakat di RS juga telah menjadi isu penting di Provinsi Papua dan Papua Barat. Dalam banyak kasus, pasien OAP seringkali menyertakan (di antar) pihak keluarga ketika dirujuk ke RS. Hal ini tentunya menimbulkan konsekuensi pembiayaan bagi keluarga pasien. Fakta ini mengindikasikan bahwa pemerintah daerah perlu memperhatikan kebutuhan keluarga pasien yang berkunjung ke RS.

Selanjutnya, dalam hal pemanfaatan layanan kesehatan di RS, terdapat perbedaan perilaku masyarakat berdasarkan karakteristiknya. Di sini, masyarakatnya yang lebih heterogen di suatu wilayah/distrik cenderung lebih pro aktif dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sebaliknya, untuk wilayah/distrik yang masyarakatnya lebih homogen cenderung pasif atau jarang menggunakan pelayanan kesehatan secara maksimal. Selain itu karakteristik wilayah/distrik, perilaku masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di RS juga cenderung dipengaruhi oleh agama, pendidikan, kondisi ekonomi masyarakat, dan lain sebagainya.



## MODEL PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH PAPUA

Berdasarkan uraian bab sebelumnya diketahui bahwa telah terjadi peningkatan fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan yang relatif tinggi di wilayah Papua, baik di Provinsi Papua maupun Provinsi Papua Barat. Jumlah RS dan Puskesmas telah meningkat hampir tiga kali lipat dari kondisi tahun 2002 saat kebijakan Otonomi Khusus mulai diterapkan. Pada saat yang sama jumlah dokter dan paramedis juga telah meningkat lebih dari dua kali lipat. Akan tetapi, meskipun telah terjadi peningkatan fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan secara signifikan, namun realitasnya masalah kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat masih tetap mengkhawatirkan. Oleh karena itu, perlu dicari model pelayanan kesehatan yang tepat untuk wilayah Papua, yaitu model pelayanan yang sesuai dengan karakteristik wilayah dan juga karakteristik masyarakatnya yang mampu mengatasi persoalan-persoalan yang ada saat ini. Berdasarkan hasil FGD, diperoleh beberapa usulan model pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat. Bagian ini secara khusus menyajikan uraian dari model-model pelayanan kesehatan tersebut.

### 4.1. Penguatan Pelayanan Kesehatan Reguler

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri ataupun secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan, mencegah serta menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Sementara pelayanan kesehatan perorangan atau pribadi merupakan pelayanan kesehatan yang berfokus untuk melayani

kesehatan individu yang pada umumnya memiliki masalah kesehatan atau penyakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang intensif. Dalam pelayanan kesehatan perorangan atau pribadi ini lebih berorientasi pada penyembuhan dan pengobatan serta pemulihan yang ditujukan langsung kepada individu yang membutuhkan.

Di Provinsi Papua dan Papua Barat, pelayanan kesehatan selama ini dilaksanakan oleh pemerintah dan pemerintah daerah dengan model pelayanan kesehatan reguler melalui penyediaan rumah sakit umum, rumah sakit khusus, puskesmas rawat inap, puskesmas non rawat inap, puskesmas pembantu, rumah bersalin, klinik, balai pengobatan, laboratorium kesehatan, dan lain-lain dilengkapi dengan fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan yang terus meningkat. Model pelayanan kesehatan reguler ini masih tetap diperlukan untuk membangun kondisi kesehatan masyarakat Papua khususnya OAP di masa depan karena mudah diakses oleh OAP khususnya yang tinggal di perkotaan. Namun karena sebagian besar OAP tinggal di kampung-kampung yang relatif sulit terjangkau serta jauh dari fasilitas kesehatan, maka model pelayanan kesehatan reguler ini harus dilengkapi dengan model pelayanan kesehatan lain yang memungkinkan OAP dapat menikmati pelayanan kesehatan.

Meskipun demikian, perbaikan tata kelola fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan perlu dilakukan agar manfaat ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan itu dirasakan secara merata oleh OAP. Artinya, keberadaan rumah sakit umum, rumah sakit khusus, puskesmas rawat inap, puskesmas non rawat inap, puskesmas pembantu, rumah bersalin, klinik, balai pengobatan, laboratorium kesehatan, dan lain-lain juga keberadaan dokter, dokter spesialis, perawat, bidan, apoteker, ahli gizi, dan lain-lain, khususnya yang dimiliki pemerintah dan pemerintah daerah, sedapat mungkin distribusinya diatur sesuai dengan penyebaran domisili OAP. Sebetulnya inilah kondisi ideal yang diinginkan terkait dengan tata kelola fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah. Sepanjang kondisi ideal ini masih sulit terpenuhi, maka model pelayanan kesehatan reguler bagi OAP perlu ditambah dengan model pelayanan kesehatan lain yang dapat meningkatkan akses OAP terhadap layanan kesehatan.

## 4.2. Dokter Masuk Kampung

**Dokter Masuk Kampung** adalah suatu bentuk kegiatan yang dilakukan untuk memastikan tersedianya pelayanan kesehatan bagi OAP yang umumnya tinggal di kampung-kampung. Dokter Masuk Kampung merupakan kegiatan pelayanan yang terintegrasi, dilaksanakan oleh Dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang ada di Puskesmas dan Rumah Sakit, yang dilaksanakan minimal satu bulan sekali di seluruh kampung di wilayah Papua.

Sasaran pelayanan kesehatan yang dilakukan dalam kegiatan ini adalah masyarakat kampung, termasuk diantaranya kelompok khusus seperti ibu hamil, penderita HIV, Lansia,

Penderita TB Paru, Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), dan kelompok lainnya. Setiap Puskesmas dan Rumah Sakit akan menyusun jadwal kunjungan ke kampung-kampung di wilayah kerjanya di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten, untuk selanjutnya juga berkordinasi dengan kepala kampung terkait pelaksanaan kegiatan **Dokter Masuk Kampung. Disamping melakukan pengobatan gratis bagi OAP, kegiatan Dokter Masuk Kampung ini juga dapat dimanfaatkan untuk melakukan pelayanan kesehatan promotif dan preventif bagi warga kampung, yaitu** serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan promosi kesehatan dan kegiatan pelayanan kesehatan untuk pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. **Selanjutnya, apabila melalui kegiatan Dokter Masuk Kampung ini ditemukan pasien yang membutuhkan tindakan lebih lanjut dapat ditindaklanjuti untuk dibawa ke Puskesmas atau rumah sakit terdekat.**

Kegiatan ini diharapkan akan meningkatkan akses OAP terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi pelayanan promotif, preventif, dan kuratif, juga akan meningkatkan cakupan indikator keluarga sehat di kampung. Jenis pelayanan yang akan diberikan dalam kegiatan Dokter Masuk Kampung antara lain penyuluhan kesehatan untuk intervensi perubahan perilaku, pelayanan konsultasi kesehatan, pelayanan pengobatan oleh Dokter Umum/Dokter Spesialis, pelayanan KIA dan KB, pemeriksaan tekanan darah, gula darah, kolesterol, dan asam urat serta pelayanan Posyandu Balita dan Lansia. Adapun target pelayanan **kegiatan ini** mencakup seluruh kampung yang ada di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat.

Terhadap sebagian komunitas OAP yang memiliki kebiasaan melakukan migrasi sementara pada waktu-waktu tertentu, sekitar 2 bulan lebih lamanya, masuk ke hutan mencari bahan pangan, kemudian kembali lagi ke tempat asal (kampung mereka), kegiatan ini membutuhkan penyesuaian mengandalkan koordinasi dengan kepala kampung. Jadwal pelaksanaan Dokter Masuk Kampung dilakukan persis pada saat mereka kembali ke kampung, dimana petugas kesehatan akan melakukan pemeriksaan kesehatan, melakukan kegiatan promotif dan preventif secara regular. Bagi OAP yang kampungnya relatif dekat dengan Puskesmas atau Rumah Sakit, pelayanan kesehatan akan dilakukan dengan pendekatan regular. Dimana unit layanan kesehatan menunggu inisiatif kunjungan OAP mendapatkan pelayanan kesehatan di Pustu/Puskesmas atau Rumah Sakit.

### 4.3. Rumah Sakit Tanpa Kelas

Model Rumah Sakit Tanpa Kelas merupakan Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan tingkat pertama dan spesialis dasar yang menyediakan pelayanan perawatan tanpa kelas secara kemampuan ekonomi yang memberikan pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan, dan rawat inap serta pelayanan penunjang lainnya untuk peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin

upaya pelayanan kesehatan perorangan. Dalam Rumah Sakit Tanpa Kelas perbedaan kelas hanya terletak pada perbedaan penyakit saja bukan berdasarkan kemampuan ekonomi pasiennya. Dengan demikian, Rumah Sakit Tanpa Kelas lebih mengedepankan pelayanan secara profesional tanpa membedakan kelas-kelas yang ada.

Model Rumah Sakit Tanpa Kelas patut dipertimbangkan di wilayah Papua terutama untuk melayani OAP agar OAP memperoleh pelayanan yang sama secara gratis, baik untuk tindakan, operasi, pemeriksaan, dan kamar. Dengan model pelayanan seperti ini diharapkan tidak ada lagi OAP yang mengeluh tidak mendapatkan pelayanan kesehatan dikarenakan tidak memiliki uang untuk membayar. Rumah Sakit Tanpa Kelas tetap bisa menerima pasien non OAP, bedanya adalah pasien non OAP dapat menikmati layanan rumah sakit dengan membayar pada tingkat harga yang lebih murah karena tanpa kelas. Sementara pasien OAP diberikan pelayanan dan obat yang seluruhnya gratis.

Penyediaan Rumah Sakit Tanpa Kelas sebenarnya telah memiliki payung hukum yang kuat, yaitu Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Dalam UU tersebut diatur bahwa semua Rumah Sakit termasuk Rumah Sakit Tanpa Kelas mempunyai kewajiban untuk melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan dan membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien, memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Meskipun payung hukumnya sudah jelas namun dalam implementasinya, keberadaan Rumah Sakit Tanpa Kelas ini harus dipastikan tetap memiliki mutu (kualitas) layanan yang bagus. Hal ini perlu dipastikan untuk menjawab keraguan atau pandangan umum yang biasanya beranggapan bahwa layanan di rumah sakit tanpa kelas kualitasnya lebih rendah dibandingkan layanan di rumah sakit biasa.

Khusus di wilayah Papua, hal yang perlu menjadi perhatian dalam penyelenggaraan Rumah Sakit Tanpa Kelas adalah aspek pembiayaan yang sebagian besar berasal dari pemerintah dan pemerintah daerah karena Rumah Sakit Tanpa Kelas diprioritaskan bagi OAP sehingga pendapatan langsung dari pasien akan rendah sebab hanya bersumber dari pasien non OAP. Tata kelola penyelenggaraan Rumah Sakit Tanpa Kelas termasuk pembagian tanggung jawab antara pemerintah, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota terutama terkait dengan pembiayaan termasuk kemungkinan penggunaan Dana Otsus sebagai sumber dana utama dalam model pelayanan kesehatan ini perlu di atur secara detail melalui Peraturan Menteri Kesehatan atau cukup melalui Peraturan Gubernur.

#### 4.4. Pelayanan Kesehatan Bergerak

Pemerataan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat merupakan salah satu sasaran yang ingin dicapai dalam pembangunan kesehatan, termasuk di wilayah Papua. Permasalahan utama yang dihadapi di Papua dalam hal pemerataan layanan adalah terkait akses yang sulit, karena kendala geografis dan keterbatasan sarana transportasi untuk menjangkau daerah tersebut. Agar dapat memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan di Papua, khususnya di kawasan terpencil dan sangat terpencil yang memiliki kesulitan akan akses terhadap pelayanan kesehatan, dibutuhkan pola pelayanan kesehatan yang sifatnya khusus dan mampu menjangkau daerah-daerah tersebut dengan cepat, dilengkapi dengan fasilitas dan tenaga medis yang handal berupa Pelayanan Kesehatan Bergerak.

Pelayanan Kesehatan Bergerak adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak di wilayah Papua dalam rangka meningkatkan akses dan ketersediaan pelayanan kesehatan bagi OAP yang tinggal di daerah terpencil dan sangat terpencil yang tidak memiliki fasilitas kesehatan dan daerah yang tidak mendapat pelayanan kesehatan. Tim ini merupakan gabungan tenaga kesehatan dan non kesehatan yang dapat berasal dari Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, dan Puskesmas dengan jenis keahlian dan jumlah sesuai kebutuhan. Tenaga kesehatan yang tergabung dalam Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak dapat terdiri dari: dokter spesialis (sesuai kebutuhan dan ketersediaan), dokter dan/atau dokter gigi, perawat, bidan, tenaga sanitasi lingkungan, nutrisisionis, apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian, Ahli Teknik Laboratorium Medik (ATLM), tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku dan atau tenaga kesehatan lainnya. Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak juga didukung dengan tenaga non kesehatan seperti tenaga administrasi, pengemudi, dan tenaga porter.

Mobilisasi Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak dilakukan dengan menggunakan berbagai moda transportasi seperti alat transportasi udara, perairan, darat, atau kombinasi. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bergerak dapat dilakukan di kampung, tetapi apabila dibutuhkan pelayanan spesifik dan/atau lanjutan dapat dilakukan di Puskesmas dan jaringannya ataupun di rumah sakit sesuai dengan hasil analisis situasi dan jenis pelayanan yang diberikan. Pola Pelayanan Kesehatan Bergerak ini sebaiknya dilakukan oleh kabupaten/kota namun tetap dibawah kordinasi provinsi dengan memanfaatkan Dana Otonomi Khusus yang telah ditentukan penggunaannya dengan besaran setara 1,25% dikalikan DAU nasional pada tahun anggaran berjalan. Dalam pelaksanaannya, Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak sebaiknya bekerjasama dengan yayasan-yayasan seperti yayasan keagamaan dan bersama-sama bergerak ke kampung-kampung memberikan pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan khusus (spesialistik), pelayanan gawat darurat, pelayanan rujukan dan evakuasi medis, pemberdayaan masyarakat, dan peningkatan pengetahuan dan/atau keterampilan petugas Puskesmas. Tata kelola

model Pelayanan Kesehatan Bergerak ini termasuk pendanaannya sebaiknya diatur secara detail melalui Peraturan Gubernur.

#### 4.5. *Telemedicine*

*Telemedicine* adalah *platform* layanan kesehatan secara online yang dilakukan tenaga kesehatan untuk memantau kondisi pasien yang kesulitan datang secara langsung ke fasilitas kesehatan. Layanan ini diberikan secara gratis bagi OAP yang karena hambatan geografis atau kondisi transportasi tidak bisa datang ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya untuk konsultasi dengan dokter, atau karena kondisi kesehatan pasien yang tidak memungkinkan melakukan perjalanan jauh. Keberhasilan layanan *telemedicine* ini membutuhkan ketersediaan fasilitas internet dan obat hingga ke kampung-kampung, yang bagi sebagian besar kampung di wilayah Papua masih menjadi masalah. Layanan *telemedicine* ini juga dapat dioptimalkan untuk mempermudah komunikasi antara fasilitas kesehatan sehingga hambatan pelayanan yang dialami fasilitas kesehatan tertentu misalnya Puskesmas dapat diinformasikan ke fasilitas kesehatan lainnya, seperti rumah sakit untuk membantu mengatasi hambatan layanan tersebut. Dengan demikian layanan *telemedicine* selain membantu komunikasi antara pasien dengan fasilitas kesehatan juga akan membantu komunikasi antar fasilitas kesehatan.

Pemerintah daerah dapat membangun platform *telemedicine* sendiri untuk menjalankan kegiatan ini atau bekerja sama dengan Platform *telemedicine* yang sudah ada, seperti Alodokter, GetWell, Good Doctor dan GrabHealth, Halodoc, KlikDokter, KlinikGo, Link Sehat, Milvik Dokter, ProSehat, SehatQ, dan YesDok. Dalam pelaksanaannya kegiatan ini harus dikordinir oleh Dinas Kesehatan provinsi bekerjasama dengan Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang akan membangun mekanisme komunikasi dengan kepala kampung terutama terkait dengan pemahaman OAP dan fasilitas kesehatan dalam menggunakan platform *telemedicine*.

Penggunaan platform *telemedicine* oleh OAP dan fasilitas kesehatan dimulai dengan memasukkan data pasien beserta keluhan kesehatan yang sedang dialami. Kemudian aplikasi akan mengarahkan pasien berkonsultasi online dengan fasilitas kesehatan tertentu. Setelah memperoleh arahan secara online, pasien akan memperoleh sebuah kode untuk tindak lanjut ke fasilitas kesehatan tertentu atau untuk mendapatkan obat gratis yang sebelumnya sudah disediakan di fasilitas kesehatan tertentu atau di tempat penampungan obat di kampung. Jika obat yang dibutuhkan tidak tersedia dalam penampungan obat di kampung tersebut, melalui platform *telemedicine* ini pasien dapat meminta pengiriman obat yang dapat dipenuhi melalui persediaan obat di kampung lain atau fasilitas kesehatan terdekat. Mekanisme tata kelola model Pelayanan *Telemedicine* ini termasuk pendanaannya sebaiknya diatur secara rinci melalui Peraturan Gubernur.

## 4.6. Fasilitas Kesehatan untuk Penyakit spesifik

**Provinsi** Papua dan Papua Barat merupakan lokasi endemis malaria dan beberapa jenis penyakit menular yang mengkhawatirkan. Jenis penyakit tersebut antara lain:

1. **Malaria, dengan jumlah** kasus cenderung menurun, namun masih banyak daerah di Papua yang belum bebas penyakit akibat gigitan nyamuk tersebut. Pemerintah telah melakukan percepatan eliminasi malaria dengan membentuk tim bela kampung untuk memberantas malaria dengan memberdayakan masyarakat membantu tenaga medis menjadi relawan untuk memberantas penyakit ini.
2. **Tuberkulosis, salah satu jenis** penyakit yang masih jadi masalah di Papua. Penderita penyakit gangguan pernapasan ini umumnya sudah berobat ke dokter namun seringkali malas mematuhi pengobatan terus menerus selama 6 bulan. Jika penderita merasa sudah sehat, mereka langsung berhenti, padahal pengobatan masih perlu berlangsung hingga enam bulan.
3. **HIV**, angka penderita HIV di Papua lumayan besar dan masih terus bertambah.
4. **Kusta**, jumlah penderita penyakit ini juga tinggi. Penyakit ini dapat menyebabkan lesi kulit dan kerusakan saraf. Akibatnya, banyak penderita penyakit langka ini mengalami stigma dari orang lain.
5. **Frambusia, yaitu** penyakit kulit akibat kurang menjaga kebersihan. Penyakit ini masih banyak terjadi di kampung-kampung di wilayah Papua. Sebagai langkah pencegahan, pemerintah memberikan obat khusus agar menurunkan jumlah penderita frambusia.

Untuk mengatasi perkembangan beberapa penyakit dimaksud, maka Provinsi Papua dan Papua Barat patut mempertimbangkan untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang diarahkan secara khusus menangani jenis penyakit spesifik. Penyediaan fasilitas kesehatan tersebut dilakukan atas kerjasama antara pemerintah dan pemerintah daerah. Jenis fasilitas kesehatan apa yang perlu disediakan di suatu daerah sangat tergantung pada jenis penyakit spesifik paling dominan yang diderita oleh OAP di daerah tersebut. Mekanisme tata kelola penyediaan Fasilitas Kesehatan untuk Penyakit spesifik ini termasuk pendanaannya sebaiknya diatur secara detail melalui Peraturan Gubernur.



## REKOMENDASI KEBIJAKAN

Keterbatasan kapasitas kelembagaan bidang kesehatan—institusi, regulasi, SDM kesehatan, prasarana dan sarana kesehatan, ketidakterediaan unit layanan kesehatan, serta lemahnya tata kelola keuangan dan administrasi—merupakan faktor yang dianggap sebagai penyebab utama ketidakmampuan unit layanan kesehatan yang tersebar di sebagian wilayah Papua dalam menyediakan layanan kesehatan berkualitas kepada OAP, sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM). Kenyataan ini yang telah berlangsung relatif dalam waktu lama dan menghasilkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di wilayah Papua relatif rendah di antara provinsi lain di Indonesia.

Wilayah Papua memiliki karakteristik yang jika dilihat dari aspek geografi, kependudukan dan penyebaran permukiman, aksesibilitas, kapasitas kelembagaan kesehatan. Hal ini membuat wilayah Papua relatif berbeda dibanding dengan daerah lainnya di Indonesia, maupun daerah di negara lain. Kompleksitas yang terjadi dalam berbagai aspek telah memengaruhi pengembangan bidang kesehatan. Hal ini tentunya membutuhkan dukungan berbagai kebijakan strategis nasional dan daerah yang terintegrasi untuk wujudkan pelayanan Kesehatan bagi masyarakat OAP sesuai dengan SPM.

Bagian ini pada dasarnya berupaya untuk merumuskan rekomendasi kebijakan terkait dengan *gap* dalam pelayanan kesehatan serta usulan model pelayanan kesehatan di wilayah Papua berdasarkan hasil yang telah disajikan pada bab terdahulu. Pembahasan difokuskan pada rekomendasi kebijakan untuk mewujudkan model pelayanan kesehatan yang ideal di wilayah Papua, diikuti dengan kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan tindakan afirmasi bidang kesehatan yang membebaskan beban biaya bagi

OAP (*free health services for all OAP*), penguatan dan penambahan tenaga kesehatan, perbaikan dan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan, peningkatan pengelolaan kelembagaan pelayanan kesehatan, penetapan lokasi strategis RS rujukan, non-rujukan, dan Puskesmas, *pooling* sumberdaya penguatan pelayanan kesehatan, dan peningkatan tata kelola keuangan dan administrasi bidang kesehatan.

## 5.1 Kebijakan mendukung Model Pelayanan Kesehatan

Sebagaimana diulas pada Bab 4, terdapat beberapa model pelayanan kesehatan yang terdiri beberapa pendekatan dan/atau kombinasi (gabungan) dari beberapa pendekatan—seperti: Pelayanan Kesehatan Reguler, Dokter Masuk Kampung, Rumah Sakit Tanpa Kelas, Pelayanan Kesehatan Bergerak (*Outreach*), dan *Telemedicine*—yang mungkin diterapkan di wilayah Papua. Untuk mewujudkan hal tersebut, tentunya diperlukan kebijakan umum dari pemerintah pusat dan daerah untuk mendukung pelaksanaan model pelayanan kesehatan tersebut. Selain itu, juga diperlukan dukungan kebijakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, melalui penambahan tenaga kesehatan—termasuk tenaga promotif dan preventif—di unit layanan kesehatan terdekat dengan permukiman masyarakat OAP. Kebijakan tersebut tentunya perlu dilakukan secara bertahap dalam upaya pemenuhan dan peningkatan kebutuhan fasilitas dan peralatan kesehatan pendukung utama pelaksanaan pelayanan kesehatan.

Beberapa rekomendasi kebijakan yang terkait dengan dukungan untuk model pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan bersama pemerintah pusat dan daerah antara lain:

- 1) Pemerintah Pusat mengeluarkan kebijakan umum pendukung utama pelaksanaan pelayanan kesehatan yang bervariasi pendekatannya dilaksanakan untuk melayani masyarakat OAP.
- 2) Pemerintah Provinsi mendukung kebijakan nasional melalui penetapan Perdasus dan Surat Keputusan Gubernur untuk pelaksanaan pelayanan Kesehatan sesuai dengan kewenangan Pemprov.
- 3) Pemerintah Provinsi menetapkan kebijakan daerah menambah kebutuhan tenaga kesehatan di tempatkan di seluruh unit layanan kesehatan.
- 4) Pemerintah Kabupaten/Kota berkewajiban mendukung kebijakan nasional dan provinsi untuk memudahkan pelaksanaan pelayanan Kesehatan dengan beberapa pendekatan sesuai kebutuhan OAP di kampung dan distrik sebagai wilayah kerja Pemerintah Kabupaten/Kota dan Distrik;
- 5) Pemerintah Kabupaten/Kota mendukung dan menetapkan kebijakan daerah penambahan kebutuhan tenaga kesehatan yang di tempatkan di seluruh unit layanan kesehatan yang tersebar di wilayah distrik.

Sementara itu *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan di atas, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)   | Sumber Pendanaan   |
|--|--|
| A. Pemerintah Provinsi terkait dengan model pelayanan kesehatan bagi OAP   |  |
| 1. Membangun Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prov Rujukan dan Non-Rujukan;  | Gabungan dari dana: APBD Prov, APBN Kementerian Kesehatan, DAK Fisik, dan Dana Otsus ( <i>Block Grant</i> dan/atau DTO/I);     |
| 2. Pelayanan perawatan pasien dengan Model <i>Telemedicine</i> ;   | APBD Prov RSUD, Dana Otsus <i>Specific Grant</i> ;   |
| 3. Tim Tenaga Kesehatan mengunjungi masyarakat dan pasien melakukan pelayanan kesehatan di daerah permukiman OAP ( <i>Outreach</i> );  | APBD Prov Dinas Kesehatan, DAK Non-Fisik, dan <i>Specific Grant</i> ;  |
| 4. Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat OAP di RSUD Prov dengan pendekatan reguler (masyarakat berkunjung ke RSUD Prov);  | APBD Prov RSUD, DAK Non-Fisik, dan <i>Specific Grant</i> ;   |
| 5. Menambah kebutuhan Tenaga Kesehatan di tempatkan di Unit Layanan Kesehatan;   | APBD Prov, APBN Kemenkes, dan <i>Block Grant</i> ;   |
| B. Pemerintah Kabupaten/Kota terkait dengan model pelayanan kesehatan bagi OAP   |  |
| 1. Membangun dan meningkatkan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Rujukan dan Non-Rujukan Kab/Kota, serta Puskesmas Rawat Inap dan Rawat Jalan di Distrik;                              | Gabungan dari dana: APBD Kab/Kota, APBN Kementerian Kesehatan, DAK Fisik, dan Dana Otsus ( <i>Block Grant</i> dan/atau DTO/I); |
| 2. Tim Tenaga Kesehatan mengunjungi pasien di daerah permukiman OAP melakukan pelayanan Kesehatan ( <i>Outreach</i> )  | APBD Kab/Kota Dinas Kesehatan, DAK Non-Fisik, dan <i>Specific Grant</i> ;  |
| 3. Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat OAP di RSUD Kabupaten/Kota dan seluruh Puskesmas dengan pendekatan reguler (masyarakat berkunjung ke RSUD dan/atau Puskesmas di Distrik); | APBD Kab/Kota RSUD dan Puskesmas, <i>Specific Grant</i> , DAK Non-Fisik;   |
| 4. Menambah kebutuhan Tenaga Kesehatan di tempatkan di Unit Layanan Kesehatan tersebar di seluruh Unit Layanan Kesehatan sampai ke distrik;  | APBD Kab/Kota, APBD Prov, APBN Kemenkes, dan <i>Block Grant</i> ;  |

Selanjutnya, kebijakan peningkatan pemberdayaan kesehatan masyarakat OAP dapat dilakukan oleh Pemda (provinsi dan kabupaten/kota) bekerjasama dengan Tokoh Masyarakat dan Agama. Kebijakan ini dapat efektif dilakukan dengan meningkatkan komunikasi terbuka antara Dinas Kesehatan dan Unit Layanan Kesehatan/Puskesmas dengan Tokoh Masyarakat, Agama, CSO, dan LSM. Beberapa Rekomendasi Kebijakan dan Kegiatan Terkait dengan Peningkatan Pemberdayaan Kesehatan masyarakat OAP dapat dilakukan Kerjasama Pemda dan Tokoh Masyarakat, Agama, CSO dan LSM. Sementara

itu *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan ini, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)  | Sumber Pendanaan  |
|---|---|
| A. Pemerintah Provinsi terkait dengan pelaksanaan peningkatan pemberdayaan kesehatan masyarakat OAP   |   |
| Mendukung Kerjasama Pemda dengan Potensi <i>Stakeholders</i> (Tokoh Masyarakat, Agama, CSO, dan LSM), melalui alokasi dana APBD Prov mendukung peningkatan pemberdayaan Kesehatan masyarakat OAP kepada Lembaga-Lembaga Non-Pemerintah yang melakukan kegiatan pelayanan Kesehatan kepada OAP di daerah;                                    | Gabungan dari dana: APBD Prov dan Dana Otsus ( <i>Block/Specific Grant</i> );           |
| B. Pemerintah Kabupaten/Kota terkait dengan pelaksanaan peningkatan pemberdayaan kesehatan masyarakat OAP   |   |
| 1. Mendukung Kerjasama Pemkab/Kota dengan Potensi <i>Stakeholders</i> (Tokoh Masyarakat, Agama, CSO, dan LSM), melalui alokasi dana APBD Kabupaten/Kota mendukung peningkatan pemberdayaan Kesehatan masyarakat OAP kepada Lembaga-Lembaga Non-Pemerintah yang melakukan kegiatan pelayanan Kesehatan di wilayah permukiman masyarakat OAP; | Gabungan dari dana: APBD Kabupaten/Kota dan Dana Otsus ( <i>Block/Specific Grant</i> ); |
| 2. Realisasi kerjasama PemKab/Kot dengan Potensi <i>Stakeholders</i> (Tokoh Masyarakat, Agama, CSO, dan LSM) dengan mendukung dana ditetapkan melalui APBD daerah serta melakukan dialogue dan komunikasi reguler dengan stakeholders, dapat membangun <i>collaborative governance</i> berkelanjutan;                                       | Dana APBD Kabupaten/Kota pada Dians Kesehatan dan Dinas Infokom;                        |

Berdasarkan rekomendasi kebijakan di atas, diharapkan dapat diperoleh kondisi ideal sebagai berikut:

- 1) Pemerintah nasional dapat mengatur secara umum tentang penguatan SDM Kesehatan di wilayah Papua sesuai dengan standar kualifikasi nasional.
- 2) Pemerintah daerah dapat menindaklanjuti kebijakan nasional dalam bentuk penetapan Perdasus/Perdasi serta Peraturan Kepala Daerah (Provinsi, Kabupaten, dan Kota) tentang kebutuhan penguatan SDM Kesehatan dan penempatannya tersebar di seluruh Unit Layanan Kesehatan terdepan (*front line*) yang berhadapan langsung dengan masyarakat OAP.
- 3) Adanya peningkatan jumlah tenaga kesehatan yang melaksanakan tugas Promotif dan Preventif tersebar di seluruh wilayah distrik dan kampung.

- 4) Dalam jangka pendek-menengah, diharapkan terjadi peningkatan perilaku masyarakat hidup bersih dan sehat, serta dapat mengurangi jumlah OAP berkunjung ke Unit Layanan Kesehatan untuk perawatan kesehatan.
- 5) Sementara menunggu waktu untuk penambahan SDM Kesehatan di seluruh Unit Layanan Kesehatan, sumberdaya tenaga kesehatan yang telah ditempatkan di seluruh Unit Layanan Kesehatan, dapat dimanfaatkan secara optimal dengan menambah waktu kerja atau pengaturan jadwal kerja dan memberikan tambahan insentif kepada petugas Kesehatan oleh setiap Pemda.

## 5.2 Tindakan Afirmasi

**Afirmasi Bidang Kesehatan bagi OAP** dapat direalisasikan melalui pelaksanaan pelayanan kesehatan tanpa dibebankan biaya bagi semua OAP di seluruh unit layanan kesehatan tersebar di seluruh kampung sampai di wilayah perkotaan (*free health services for all OAP*). Pelaksanaan pendekatan ini membutuhkan komitmen yang nyata dari Pemda (kabupaten/kota dan provinsi) untuk: *Pertama*, menetapkan penduduk OAP penerima jaminan asuransi kesehatan melalui JKN-KIS/BPJS dan KPS; *Kedua*, memilah data OAP pengguna JKN-KIS/BPJS dan pengguna KPS terbaharui (*up-to-dated*) setiap tahun; *Ketiga*, mengintegrasikan data OAP penerima jasa asuransi JKN-KIS/BPJS dan KPS dalam sistem pelayanan kesehatan diakses di seluruh unit layanan kesehatan yang tersebar di wilayah Papua.

Syarat utama pelaksanaan pelayanan kesehatan tanpa beban biaya bagi OAP dapat dilakukan melalui pengaturan dan penetapan Pemda bagi OAP penerima KPS dan penerima JKN-KIS/BPJS yang setiap tahun ditetapkan oleh Pemda. Data kependudukan OAP inilah yang menjadi dasar penggunaan asuransi kesehatan bagi OAP di seluruh unit layanan kesehatan berkelanjutan. Kebijakan melalui model afirmasi bagi OAP merupakan wujud nyata keberpihakan pemerintah dan pemerintah daerah diberikan khusus kepada OAP.

Beberapa rekomendasi kebijakan dan kegiatan terkait dengan afirmasi bidang kesehatan melalui penetapan asuransi kesehatan kepada seluruh masyarakat OAP antara lain:

- 1) Pemerintah Nasional mengeluarkan kebijakan umum pendukung utama pelaksanaan integrasi asuransi Kesehatan melalui JKN-KIS/BPJS dan/atau KPS bagi masyarakat OAP.
- 2) Pemerintah Provinsi mendukung dan melakukan kebijakan integrasi asuransi Kesehatan masyarakat OAP dengan menetapkan masyarakat OAP penerima asuransi JKN-KIS/BPJS dan OAP penerima KPS yang diusulkan dari Pemkab/kota.

- 3) Pemerintah Kabupaten/Kota berkewajiban mendukung kebijakan nasional dan provinsi untuk integrasi asuransi Kesehatan masyarakat OAP, melalui penetapan OAP penerima JKN-KIS dan OAP penerima KPS, yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Bupati/Walikota. Data OAP penerima JKN-KIS dan penerima KPS ditetapkan setiap tahun disampaikan ke Pemprov dan dilanjutkan ke Pemerintah Nasional.

Sementara itu *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan di atas, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)   | Sumber Pendanaan   |
|--|--|
| A. Pemerintah Provinsi terkait dengan integrasi data penerima asuransi Kesehatan bagi masyarakat OAP   |  |
| 1. Menetapkan masyarakat OAP penerima asuransi JKN-KIS dan OAP penerima KPS berdasarkan usulan dari Pemkab/Kot kemudian ditetapkan Pemprov untuk di sampaikan ke Pemerintah; | Dana APBD Prov melalui Dinas Kependudukan dan Dinas Kesehatan;                                 |
| 2. Memberikan pelayanan Kesehatan di seluruh Unit layanan kesehatan kepada masyarakat OAP dengan menggunakan asuransi Kesehatan JKN-KIS dan/atau KPS;                        | Dana APBD Prov, APBN Kemenkes, DAK Non-Fisik, dan Dana Otsus <i>Specific Grant</i> ;           |
| B. Pemerintah Kabupaten/Kota terkait dengan integrasi asuransi Kesehatan bagi OAP  |  |
| 1. Menetapkan masyarakat OAP penerima asuransi JKN-KIS dan OAP penerima KPS berdasarkan data lapangan ditetapkan Pemkab/Kot untuk di sampaikan ke Pemerintah Provinsi.       | Dana APBD Kabupaten/Kota;  |
| 2. Memberikan pelayanan Kesehatan di seluruh Unit layanan kesehatan kepada masyarakat OAP dengan menggunakan asuransi Kesehatan JKN-KIS dan/atau KPS;                        | Dana APBD Kabupaten/Kota, APBN Kemenkes, DAK Non-Fisik, dan Dana Otsus <i>Specific Grant</i> ; |

Berdasarkan rekomendasi kebijakan di atas, diharapkan dapat diperoleh kondisi ideal sebagai berikut:

1. Seluruh OAP dapat menerima asuransi Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan di seluruh Unit layanan kesehatan dengan menggunakan asuransi kesehatan KPS dan/atau JKN-KIS/BPJS.
2. Alokasi dana untuk KPS dapat ditetapkan setiap tahun melalui APBD berdasarkan data pemutakhiran masyarakat OAP dikeluarkan oleh Pemda (Kabupaten/Kota).

### 5.3 Penanganan dan Pencegahan COVID-19

**Penguatan pencegahan penyebaran dan penanganan COVID-19 pada masyarakat OAP** menjadi kewajiban utama Pemda, baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota sebagai komitmen Pemda mendukung pelaksanaan program nasional. Diperkirakan program kesehatan untuk penanggulangan penyebaran COVID-19 tetap berlangsung hingga beberapa tahun ke depan. Dengan kata lain, program penanganan dan pencegahan penyebaran COVID-19 perlu menjadi prioritas daerah dengan mengalokasikan anggaran penggunaan penanganan COVID-19 melalui APBD provinsi dan kabupaten/kota. Khusus pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanggulangan COVID-19 sebaiknya tidak dibebankan pada dana Otsus tetapi dialokasikan melalui APBD dengan menggunakan dana transfer dan dana lainnya.

Implementasi pelayanan kesehatan berkualitas berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) untuk OAP dapat dilakukan oleh Pemerintah dan Pemda melalui integrasi sumber dana yang berasal dari JKN-KIS/BPJS dan KPS menjadi suatu sistem terpadu. Ini dapat digunakan untuk menjangkau pelayanan kesehatan sampai ke tingkat distrik dan kampung. Beberapa rekomendasi kebijakan dan kegiatan terkait dengan penanganan dan pencegahan COVID-19 antara lain:

- 1) Pemerintah setiap tahun menetapkan melalui APBN alokasi dana untuk pencegahan dan Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) menetapkan kebijakan pendukung utama pelaksanaan pencegahan penyebaran COVID-19 dan pelaksanaan vaksin kepada masyarakat.
- 2) Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) menetapkan melalui APBD dan APBD-P (Perubahan) tentang alokasi dana untuk pelaksanaan pencegahan, pengobatan pasien terdampak COVID-19, serta pelaksanaan vaksin pada masyarakat.

Sementara itu *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan ini, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)   | Sumber Pendanaan   |
|--|--|
| A. Pemerintah Provinsi terkait dengan Penanganan pencegahan dan penyebaran COVID-19, serta pelaksanaan vaksin di daerah                    |  |
| Pemprov melalui unit layanan kesehatan kewenangan provinsi melakukan penanganan, pencegahan penyebaran COVID-19, serta pelaksanaan vaksin; | APBN Kemenkes dan Kementerian Teknis lainnya, dan APBD Provinsi; |

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)  | Sumber Pendanaan  |
|---|---|
| <p>B. Pemerintah Kabupaten/Kota terkait dengan Penanganan pencegahan penyebaran COVID-19, serta pelaksanaan Vaccine di daerah</p> <p>Pemerintah Kabupaten/Kota melalui unit layanan kesehatan kewenangan Kabupaten/Kota melakukan penanganan, pecegahan, dan penyebaran COVID-19, serta pelaksanaan Vaksin;</p> | <p>APBN Kemenkes dan Kementerian Teknis lainnya, dan APBD Kabupaten/Kota;</p> |
| <p>CATATAN: Dana Otsus tidak digunakan untuk penanganan COVID-19, tetapi hanya menggunakan dana dari APBN dan APBD.</p>   |   |

Berdasarkan rekomendasi kebijakan di atas, diharapkan dapat diperoleh kondisi ideal sebagai berikut:

- 1) Sebagian dana dari APBD dan dana transfer dapat dialokasikan untuk penyelesaian penyebaran COVID-19, menyebabkan pengurangan alokasi anggaran untuk bidang kegiatan diluar bidang kesehatan, sosial, dan pemulihan ekonomi lokal.
- 2) Semua penduduk mendapat jaminan kesehatan sehingga terhindar dari penyebaran COVID-19 dengan menerapkan protokol kesehatan.
- 3) Pelayanan kesehatan umum kepada masyarakat dapat dilayani secara terpisah dengan pelayanan pasien penderita COVID-19 di unit layanan kesehatan.

## 5.4 Penambahan SDM Kesehatan

**Penambahan petugas kesehatan** yang terbatas di seluruh unit layanan kesehatan perlu menjadi prioritas utama. Sasaran ini perlu dilakukan melalui kolaborasi antara pemerintah nasional, provinsi, dan kabupaten dan kota. Hal ini utamanya ditujukan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang bertugas di *front line* pada unit layanan kesehatan yang berhadapan langsung dengan masyarakat OAP. Hal yang sama juga perlu diwujudkan untuk tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang berkedudukan di pusat kota kabupaten dan provinsi. Namun demikian, pemerintah juga perlu mewujudkan pembangunan RSUD di kabupaten yang belum memiliki RSUD. Idealnya, setiap kabupaten memiliki Rumah Sakit Umum Daerah sebagai pusat rujukan pelayanan dari setiap Puskesmas berlokasi di seluruh wilayah distrik/kecamatan.

**Prioritas penyediaan tenaga kesehatan khususnya tenaga kesehatan bidang promotif dan preventif perlu dilakukan secara bertahap di setiap distrik/kecamatan** dan ditargetkan dapat menjangkau setiap kampung/desa. Petugas kesehatan promotif dan preventif secara khusus dapat melakukan tugas untuk menciptakan suatu kondisi atau keadaan kepada masyarakat OAP di kampung tentang kehidupan dan perilaku

hidup bersih—permukiman dan rumah bersih, perilaku hidup bersih, konsumsi makanan sehat dan bersih. Dengan demikian, perilaku hidup bersih dapat menjadi kewajiban yang dilaksanakan masyarakat OAP dalam kehidupannya sehari-hari. Mewujudkan kehidupan bersih kepada masyarakat OAP perlu menjadi kegiatan utama untuk mempromosikan perilaku hidup bersih dan sehat, melalui tindakan dilakukan petugas promotif dan preventif di distrik dan kampung.

Sejauh ini, penambahan tenaga kesehatan untuk melaksanakan kegiatan promotif dan preventif di wilayah Papua belum berjalan sesuai harapan. Hal ini karena umumnya pelaksanaan kegiatan lebih tertumpu pada kegiatan kuratif dan rehabilitatif—yang membutuhkan tindakan penanganan kesehatan lebih sulit dan memerlukan dana lebih besar di unit layanan kesehatan. Masalah ini lebih banyak disebabkan oleh perilaku tentang pola hidup masyarakat dalam transisi budaya dari tradisional ke modern yang saat ini sangat dibutuhkan dalam tindakan pendampingan dan penanganan.

Pembentukan perilaku pola hidup melalui informasi perilaku hidup sehat, kesehatan dasar gizi seimbang, bahaya kebiasaan meminum alkohol, mengisap rokok, serta perlunya menjaga kebugaran tubuh dalam beradaptasi terhadap berbagai kemajuan yang ditawarkan oleh perkembangan modernisasi perlu menjadi pengetahuan umum bagi masyarakat di wilayah Papua. Banyak keluarga yang terbatas dan kurang berpengetahuan tentang pemberian asupan sarapan pagi kepada anaknya dengan makanan berbahan baku lokal yang bergizi dan sehat. Seringkali terjadi keluarga memberikan asupan makan pagi kepada anaknya dengan makanan dan minuman instan sebelum berangkat ke sekolah. Perilaku orang tua melakukan tindakan dengan memberikan asupan makanan dan minuman instan disebabkan oleh keterbatasan pengetahuan dan pola pengasuhan anak yang relatif tertinggal atau belum paham dampaknya terhadap kesehatan gizi anak-anak.

**Tabel 5. 1 Penduduk Usia Muda yang Merokok**

| Kelompok Umur UN | Persentase Merokok Pada Penduduk Umur ≥ 15 Tahun Menurut Kelompok Umur (Persen) |       |       |
|------------------|---|-------|-------|
|                  | 2018  | 2019  | 2020  |
| 0-4              | -   | -     | -     |
| 5-9              | -   | -     | -     |
| 10-14            | -   | -     | -     |
| 15-19            | 20.59   | 10.54 | 10.61 |
| 20-24            | 33.41   | 28.77 | 28.65 |
| 25-29            | 34.98   | 32.79 | 31.81 |
| 30-34            | 36.66   | 34.71 | 34.20 |
| 35-39            | 36.23   | 35.28 | 35.00 |

| Kelompok Umur UN | Persentase Merokok Pada Penduduk Umur ≥ 15 Tahun Menurut Kelompok Umur (Persen) |       |       |
|------------------|---|-------|-------|
|                  | 2018  | 2019  | 2020  |
| 40-44            | 35.69   | 34.36 | 34.23 |
| 45-49            | 34.56   | 32.58 | 32.45 |
| 50-54            | 33.28   | 31.32 | 31.41 |
| 55-59            | 32.78   | 30.03 | 29.69 |
| 60-64            | 30.22   | 28.76 | 27.31 |
| 65+              | 24.38   | 21.61 | 21.18 |
| Indonesia        | 32.20   | 29.03 | 28.69 |

Saat ini, tingkat kesehatan masyarakat di Provinsi Papua menurut laporan pemerintah sampai saat ini tergolong masih rendah<sup>1</sup>. Hal itu dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya kebiasaan merokok di usia muda, antara 10-14 tahun.

Di lain pihak, rendahnya status kebugaran jasmani para remaja juga terlihat dari serangkaian tes, akibat kurangnya minat untuk berolahraga. Tak ketinggalan, pola makan yang keliru akibat hubungan erat dengan etnik, faktor tradisional maupun cara penyajian yang tidak sehat, menjadi salah satu penghambat.

Berkenaan dengan hal itu, Gubernur Papua Lukas Enembe meminta masyarakat untuk mulai memikirkan masalah kesehatan sejak dini, sebab penyakit jantung dan pembuluh darah telah menjadi salah satu masalah kesehatan dan penyebab kematian yang utama yang datanya terus meningkat.

*“Sebab ada peningkatan prevalensi jantung bawaan yang membutuhkan perhatian lebih saat ini. Bahkan data tersebut menunjukkan perlunya pemberian perhatian yang serius pada upaya pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah”. “Bukan saja pada aspek kuratif dan rehabilitatif, tetapi justru pada hal penyuluhan kesehatan dan pencegahan supaya jumlah kasus seperti itu tidak terus meningkat, tapi makin dikurangi,” terang Staf Ahli Gubernur Bidang Kemasyarakatan dan Sumber Daya Manusia, Anni Rumbiak pada Pendidikan Pelatih Dasar Klub Jantung Sehat, Kamis 02/11/2020, di Jayapura.*

Selain itu, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memprediksi bahwa pada tahun 2030 sekitar 23,6 juta orang akan meninggal karena penyakit Kardiovaskuler. Sementara prediksi para ahli, penyakit jantung dalam kurung waktu lima tahun mendatang akan menderung tetap menjadi perhatian utama masyarakat, khususnya pengambil keputusan

<sup>1</sup> <https://www.papua.go.id/view-detail-berita-5051/tingkat-kesehatan-masyarakat-papua-masih-rendah.html>

dalam bidang kesehatan. Kematian para tokoh Papua secara mendadak menimbulkan polemik politik dengan tuduhan adanya upaya genosida yang sengaja dirancang oleh pemerintah. Sebagai contoh beberapa tokoh Papua yang meninggal secara mendadak antara lain:

1. Pastor Nato Gobay jatuh tiba-tiba di kamar mandi setelah 30 menit sebelumnya memimpin ibadah di Gereja Katolik Nabire dan meninggal
2. Pastor Yulianus Mote jatuh di bandara udara Wamena, selanjutnya menjalani pengobatan tetapi tidak tertolong dan meninggal
3. Pastor Neles Tebay Jatuh di ruang kuliah dan diusahakan pengobatan namun sebulan kemudian meninggal
4. Uskup Mimika Mgr, John Philip Saklil jatuh di halaman rumah uskup dan meninggal
5. Bupati Boven Digul yang meninggal di Hotel di Jakarta.
6. Habel Suwae mantan Bupati Jayapura, Staf Khusus Kepada Badan Investasi dan Penanaman Modal Nasional (BPKM) meninggal di dalam kamar apartemen di Jakarta.
7. Bupati Yahukimo, meninggal sewaktu tidur di Hotel di Jakarta

Selain hal di atas, kematian akibat pemahaman kesehatan kardiovaskular yang rendah, kasus kematian lainnya juga disebabkan oleh masalah kebiasaan meminum minuman beralkohol. Hal ini tampak dari kecelakaan lalu lintas dan kematian yang disebabkan oleh faktor pengemudi dipengaruhi alkohol di Kota Jayapura tahun 2018 tercatat sebanyak 58 orang dan tahun 2019 sebanyak 72 orang (**Sumber** KBRN Jayapura 02 Januari 2020). Kondisi ini hanya dilaporkan dari kota Jayapura, sesungguhnya masih banyak di kota-kota lain di Papua dan Papua Barat. Hal ini dapat dilihat juga dari statistik nasional yang menunjukkan bahwa masyarakat pedesaan masih suka mengkonsumsi minuman beralkohol.

**Tabel 5. 2 Data Konsumsi Alkohol oleh Penduduk Usia 15 tahun keatas di Indonesia**

| Klasifikasi Perkotaan/Perdesaan+ | Konsumsi Alkohol oleh Penduduk Umur ≥ 15 Tahun Dalam Satu Tahun Terakhir (Liter Per Kapita) |      |      |
|----------------------------------|---|------|------|
|                                  | 2018  | 2019 | 2020 |
| Perkotaan                        | 0.28  | 0.23 | 0.22 |
| Perdesaan                        | 0.72  | 0.64 | 0.61 |
| Perkotaan+Perdesaan              | 0.48  | 0.41 | 0.39 |

Sumber: BPS 2021

Sementara itu, kondisi penyakit tidak menular di Provinsi Papua Barat dapat dilihat dari laporan penyakit Katastrofik yang dilaporkan tahun 2020 oleh Ronny Risamasu dari Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat<sup>2</sup>. Data dari Dinas Kesehatan menunjukkan bahwa penyakit Katastrofik pemegang rekor di Provinsi Papua Barat. Pada tahun 2019, 185.131 kasus ditangani di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) Provinsi Papua Barat yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap. Sedangkan di tahun 2018 sebanyak 174.562 kasus ditangani. Sementara itu, selama bulan Januari sampai dengan bulan Agustus 2020 telah ditangani sebanyak 67.956 kasus. Karena pandemic COVID-19 jumlah kasus yang ditangani FKRTL cenderung menurun. Data-data tersebut diperoleh dari dashboard Profil Kesehatan Daerah yang dapat diakses oleh Bidang Pelayanan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat.

**Tabel 5. 3 Estimasi Penderita Penyakit Jantung Koroner pada Umur  $\geq$  15 tahun Menurut Provinsi Pada Tahun 2013**  
**Data Penyakit Kardiovaskuler**

| No | Provinsi             | % Diagnosis Dokter (D) | % Diagnosis/ Gejala (D/G) | Estimasi Jumlah Absolut (D) | Estimasi Jumlah Absolut (D/G) |
|----|----------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1  | Aceh                 | 0,7                    | 2,3                       | 22.240                      | 73.073                        |
| 2  | Sumatera Utara       | 0,5                    | 1,1                       | 44.698                      | 98.336                        |
| 3  | Sumatera Barat       | 0,6                    | 1,2                       | 20.567                      | 41.133                        |
| 4  | Riau                 | 0,2                    | 0,3                       | 8.214                       | 12.321                        |
| 5  | Jambi                | 0,2                    | 0,5                       | 4.625                       | 11.563                        |
| 6  | Sumatera Sela tan    | 0,4                    | 0,7                       | 21.919                      | 38.358                        |
| 7  | Bengkulu             | 0,3                    | 0,6                       | 3.748                       | 7.495                         |
| 8  | Lampung              | 0,2                    | 0,4                       | 11.121                      | 22.242                        |
| 9  | Kep. Bangka Belitung | 0,6                    | 1,2                       | 5.669                       | 11.338                        |
| 10 | Kep. Riau            | 0,4                    | 1,1                       | 5.476                       | 15.058                        |
| 11 | DKI Jakarta          | 0,7                    | 1,6                       | 53.265                      | 121.748                       |
| 12 | Jawa Barat           | 0,5                    | 1,6                       | 160.812                     | 514.597                       |
| 13 | Jawa Tengah          | 0,5                    | 1,4                       | 120.447                     | 337.252                       |
| 14 | DI Yogyakarta        | 0,6                    | 1,3                       | 16.663                      | 36.104                        |
| 15 | Jawa Timur           | 0,5                    | 1,3                       | 144.279                     | 375.127                       |
| 16 | Banten               | 0,5                    | 1                         | 40.370                      | 80.740                        |
| 17 | Bali                 | 0,4                    | 1,3                       | 12.272                      | 39.885                        |
| 18 | Nusa Tenggara Barat  | 0,2                    | 2,1                       | 6.405                       | 67.257                        |
| 19 | Nusa Tenggara Timur  | 0,3                    | 4,4                       | 9.350                       | 137.130                       |

<sup>2</sup> <https://dinkes.papuabarprov.go.id/artikel/penyakit-katastrofik-pemegang-rekor-di-papua-barat>

| No | Provinsi           | % Diagnosis Dokter (D) | % Diagnosis/Gejala (D/G) | Estimasi Jumlah Absolut (D) | Estimasi Jumlah Absolut (D/G) |
|----|--------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 20 | Kalimantan Barat   | 0,3                    | 0,9                      | 9.218                       | 27.653                        |
| 21 | Kalimantan Tengah  | 0,3                    | 1,7                      | 4.825                       | 27.340                        |
| 22 | Kalimantan Selatan | 0,5                    | 2,2                      | 13.612                      | 59.892                        |
| 23 | Kalimantan Timur   | 0,5                    | 1                        | 13.767                      | 27.535                        |
| 24 | Sulawesi Utara     | 0,7                    | 1,7                      | 11.892                      | 28.880                        |
| 25 | Sulawesi Tengah    | 0,8                    | 3,8                      | 14.888                      | 70.719                        |
| 26 | Sulawesi Selatan   | 0,6                    | 2,9                      | 34.434                      | 166.429                       |
| 27 | Sulawesi Tenggara  | 0,4                    | 1,7                      | 6.158                       | 26.170                        |
| 28 | Gorontalo          | 0,4                    | 1,8                      | 3.019                       | 13.584                        |
| 29 | Sulawesi Barat     | 0,3                    | 2,6                      | 2.402                       | 20.817                        |
| 30 | Maluku             | 0,5                    | 1,7                      | 5.308                       | 18.049                        |
| 31 | Maluku Utara       | 0,2                    | 1,7                      | 1.436                       | 12.208                        |
| 32 | Papua Barat        | 0,3                    | 1,2                      | 1.672                       | 6.690                         |
| 33 | Papua              | 0,2                    | 1,3                      | 4.298                       | 27.936                        |
|    | <b>INDONESIA</b>   | <b>0,5</b>             | <b>1,5</b>               | <b>883.447</b>              | <b>2.650.340</b>              |

Sumber: Diolah berdasarkan Data Riset Kesehatan Dasar 2013. Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI dan Data Penduduk Sasaran. Pusdatin Kementerian Kesehatan RI.

Berdasarkan diagnosis dokter, prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang. Berdasarkan diagnosis dokter, estimasi jumlah penderita penyakit jantung koroner terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Barat sebanyak 160.812 orang (0,5%), sedangkan Provinsi Maluku Utara memiliki jumlah penderita paling sedikit, yaitu sebanyak 1.436 orang (0,2%). Berdasarkan diagnosis/gejala, estimasi jumlah penderita penyakit jantung koroner terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 375.127 orang (1,3%), sedangkan jumlah penderita paling sedikit ditemukan di Provinsi Papua Barat, yaitu sebanyak 6.690 orang (1,2%).

Dari jumlah kasus di tahun 2019, 20.633 kasus disebabkan penyakit jantung, 5.981 kasus adalah penyakit stroke dan 1.085 kasus adalah penyakit gagal ginjal. Sedangkan dari jumlah kasus di tahun 2020, 7.161 kasus adalah penyakit jantung, 1.362 kasus adalah penyakit stroke dan 342 kasus adalah penyakit gagal ginjal. Dari Buku Analisis Beban Penyakit Nasional dan Sub Nasional Indonesia 2017 tersebut dapat diketahui pula tentang lima faktor risiko terbesar menurut penyebab kematian di Papua Barat adalah (1) *high fasting plasma glucose*, (2) *high systolic blood pressure*, (3) *dietary risks*, (4) *high body-mass index*, dan (5) *tobacco*. Hal ini semakin menguatkan fakta bahwa telah terjadi transisi Epidemiologi di Papua Barat, di mana Penyakit Tidak Menular (PTM) telah

mendominasi (66,3%) jenis penyakit pada tahun 2017, dibandingkan tahun 1990 yang hanya 35,48%. Sementara, Penyakit Menular, maternal, neonatal dan gizi, yang pada tahun 1990 mendominasi dengan 56,71%, pada tahun 2017 tinggal 25,81%. Sementara itu, dalam jumlah yang lebih sedikit penyakit katastrofik lainnya adalah kanker, cirrhosis hepatitis, leukemia, haemofilia dan thalassemia.

Sedangkan jika dilihat data pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) pada tahun 2019, hipertensi esensial menempati urutan kedua dalam sepuluh diagnosa teratas dengan jumlah kasus sebanyak 20.761. Sedangkan, pada periode yang sama di tahun 2020, hipertensi esensial menempati urutan kedua (11.893 kasus) dan non-insulin-dependent diabetes mellitus (3.131 kasus) menempati urutan kelima yang di tahun 2019 belum masuk dalam sepuluh diagnosa teratas. Hipertensi dan diabetes mellitus adalah penyakit yang menjadi faktor risiko bagi timbulnya sebagian penyakit katastrofik dijelaskan diatas. Kedua penyakit ini adalah sebagian penyakit yang terdampak pelayanannya, karena 2 tahun terakhir (2020-2021) kebijakan daerah bidang Kesehatan lebih terkait dan terfokus pada penanganan dan pencegahan penyebaran pandemic COVID-19.

Penyakit-penyakit katastrofik di atas tentunya akan memerlukan biaya perawatan dan pengobatan yang mahal. Dan akan memiliki prognosa penyakit yang buruk, bila tidak tertangani sejak dini. Identifikasi dini faktor risiko perlu dilakukan. Melalui peningkatan pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif kepada masyarakat sampai di wilayah perkampungan, pedalaman dan perkotaan, tentang prilaku hidup sehat dan bersih di lingkungan rumah dan permukiman.

Keterbatasan ketersediaan tenaga kesehatan di kebanyakan unit layanan kesehatan seperti Rumah Sakit (RSUD) dan Puskesmas terletak di pusat lokasi pemerintahan daerah di ibukota provinsi, kabupaten, dan distrik/kecamatan. Semakin terbatas ketersediaan tenaga Kesehatan di tempatkan di Pustu dan Poskesdes tersebar di wilayah kampung atau wilayah perdesaan. Kenyataan ini menjadi tantangan utama dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk wujudkan pelayanan kesehatan berkualitas berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) kepada masyarakat Orang Asli Papua (OAP).

Rekomendasi kebijakan dan kegiatan terkait dengan penambahan SDM kesehatan dapat dilakukan melalui *collaborative governance* antara pemerintah pusat dan daerah sebagai berikut:

1. Pemerintah pusat dan Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) menetapkan kebijakan pendukung utama pelaksanaan penyediaan Tenaga Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan di seluruh Unit layanan kesehatan tersebar di daerah, bekerjasama dengan Lembaga Masyarakat (LSM dan CSO) melakukan kegiatan bidang Kesehatan, Pendidikan Tinggi, serta Pihak Swasta.

2. Pemerintah daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) menetapkan konsep perencanaan penyediaan kebutuhan tenaga kesehatan, serta pelaksanaan wujudkan penyediaan SDM Kesehatan berkelanjutan di setiap kabupaten. Proses jangka panjang penyediaan SDM Kesehatan dibutuhkan kerjasama dan dukungan kuat dari pemerintah dan pemerintah provinsi dan kabupaten/kota.
3. Pemerintah pusat dan daerah membuka ruang kerja sama dengan semua stakeholders memiliki komitmen untuk mendorong terwujudnya ketersediaan tenaga Kesehatan berkomitmen melaksanakan tugas mewujudkan masyarakat OAP yang sehat dan berkualitas, melalui; membuka kesempatan diprioritaskan bagi generasi muda/milenial berasal dari setiap kabupaten yang berminat melanjutkan Pendidikan terkait dengan bidang Kesehatan (dokter, bidan, perawat, Pendidikan Kesehatan, serta teknologi sarana kesehatan). Generasi milenial lokal setelah melanjutkan Pendidikan difasilitasi oleh pemerintah, bersedia ditempatkan kembali bekerja dan mengabdikan di daerah asal mereka pada unit-unit layanan kesehatan.
4. Pemerintah daerah (provinsi dan seluruh kabupaten/kota) menetapkan target dalam jangka menengah tahun 2027, dapat memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan khusus melakukan promotif dan preventif, di setiap kampung/desa memiliki tenaga promotif dan preventif. Proses perubahan perilaku masyarakat untuk hidup sehat memerlukan waktu relatif panjang.

Sementara itu *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan ini, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)   | Sumber Pendanaan                                |
|--|---|
| A. Pemerintah Provinsi sehubungan dengan Penyediaan kebutuhan Tenaga Kesehatan di seluruh Unit layanan kesehatan yang tersebar di daerah   |   |
| 1. Pemprov menetapkan kebijakan penambahan Tenaga Kesehatan bekerjasama dengan potensial stakeholders, untuk memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan di Unit layanan kesehatan kewenangan Provinsi.          | APBD Provinsi dan Dana Otsus Block Grant;       |
| 2. Pemprov melalui dinas Kesehatan menetapkan perencanaan kebutuhan Tenaga Kesehatan di Unit layanan kesehatan kewenangan provinsi   | APBD Provinsi dan Dana Otsus Block Grant;       |
| B. Pemerintah Kabupaten/Kota sehubungan dengan Penyediaan kebutuhan Tenaga Kesehatan di seluruh Unit layanan kesehatan yang tersebar di daerah, antara lain;   |   |
| 1. PemKab/Kot menetapkan kebijakan penambahan Tenaga Kesehatan bekerjasama dengan potensial stakeholders, untuk memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan di Unit layanan kesehatan kewenangan Kabupaten/Kota. | APBD Kabupaten/Kota dan Dana Otsus Block Grant; |

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)  | Sumber Pendanaan  |
|---|---|
| 2. PemKab/Kot melalui dinas Kesehatan menetapkan perencanaan kebutuhan Tenaga Kesehatan di Unit layanan kesehatan kewenangan Kabupaten/Kota | APBD Kabupaten/Kota dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> ; |

Berdasarkan rekomendasi kebijakan di atas, diharapkan dapat diperoleh kondisi ideal sebagai berikut:

1. Tindakan kolaborasi dapat dilakukan dengan membuka pintu seluas-luasnya pihak diluar pemda dan pemerintah, dapat mengurangi beban Pemda melaksanakan pelayanan Kesehatan bagi masyarakat OAP.
2. Pelayanan Kesehatan dapat menyebar meluas menjangkau wilayah permukiman OAP di daerah.
3. Partisipasi OAP meningkat dan bersedia bekerja sebagai tenaga kesehatan melaksanakan pelayanan kesehatan di kampung-kampung.

Selanjutnya, kebijakan pemerintah dan pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) untuk mendorong *collaborative governance* dalam mewujudkan pemenuhan kebutuhan SDM kesehatan perlu menjadi prioritas utama. Di sini, penyediaan SDM Kesehatan dapat berasal dari setiap kabupaten, terutama generasi milenial yang berkemampuan melanjutkan studi di bidang kesehatan. Kebijakan pemenuhan SDM kesehatan ini juga harus memenuhi standar yang ada, terutama yang terkait dengan pengembangan kapasitas SDM dan penempatan serta ijin kerja bagi tenaga kesehatan WNA.

Rekomendasi kebijakan pemerintah pusat menetapkan standarisasi nasional SDM tenaga kesehatan antara lain:

1. Pemenuhan kebutuhan SDM Kesehatan yang terbatas tersedia di seluruh unit layanan kesehatan Distrik dan Kabupaten ditetapkan melalui standarisasi, pengembangan SDM dan penempatan dilakukan menggunakan standar nasional, sama seperti dilakukan di daerah lain. Untuk memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan ditempatkan menyebar keseluruh Unit layanan kesehatan melayani pelayanan kesehatan kepada Orang Asli Papua (OAP).
2. Kebijakan penetapan dan pemberian insentif bagi SDM kesehatan menjadi prioritas dilakukan bersama kolaborasi Pemerintah dan Pemda, dengan memperhatikan tingkat kesulitas geografis yang diatur dengan regulasi nasional dan daerah. Kebijakan pemberian insentif kepada SDM kesehatan ditempatkan di wilayah Papua untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi Orang Asli Papua (OAP) menjadi kebijakan khusus sebagai bagian dari realisasi kebijakan afirmasi oleh pemerintah pusat dan daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota).

Sementara itu *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan ini, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)   | Sumber Pendanaan  |
|--|---|
| A. Pemerintah Provinsi sehubungan dengan Penyediaan kebutuhan Tenaga Kesehatan di seluruh Unit layanan kesehatan yang tersebar di daerah.  |   |
| 1. Pemprov menetapkan kebijakan pemberian insentif bagi SDM Tenaga Kesehatan ditempatkan di seluruh Unit layanan kesehatan kewenangan Provinsi.  | APBD Provinsi dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> ;       |
| 2. Pemprov melalui dinas Kesehatan menetapkan kebutuhan insentif tambahan bagi SDM Tenaga Kesehatan ditempatkan pada Unit layanan kesehatan kewenangan provinsi dengan memperhatikan kondisi geografis dan aksesibilitas ditetapkan melalui APBD Provinsi                  | APBD Provinsi dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> ;       |
| B. Pemerintah Kabupaten/Kota sehubungan dengan kebijakan penetapan pemberian insentif bagi SDM Tenaga Kesehatan ditempatkan di seluruh Unit layanan kesehatan kewenangan Kabupaten/Kota.   |   |
| 1. PemKab/Kota menetapkan kebijakan pemberian insentif bagi SDM Tenaga Kesehatan ditempatkan di seluruh Unit layanan kesehatan kewenangan Kabupaten/Kota.  | APBD Kabupaten/Kota dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> ; |
| 2. PemKab/Kota melalui dinas Kesehatan menetapkan kebutuhan insentif tambahan bagi SDM Tenaga Kesehatan ditempatkan pada Unit layanan kesehatan kewenangan Kabupaten/Kota dengan memperhatikan kondisi geografis dan aksesibilitas, ditetapkan melalui APBD Kabupaten/Kota | APBD Kabupaten/Kota dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> ; |

Berdasarkan rekomendasi kebijakan di atas, diharapkan dapat diperoleh kondisi ideal sebagai berikut:

1. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi OAP tersebar di seluruh wilayah dapat lebih optimal.
2. OAP mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar nasional berdasarkan SPM.
3. Adanya pemberian *reward* kepada SDM kesehatan sebagai apresiasi kepada mereka bersedia bekerja melayani OAP di wilayah perkampungan.

## 5.5 Peningkatan Prasarana dan Sarana Kesehatan

**Penambahan dan peningkatan prasarana dan sarana Kesehatan** sebagai syarat pendukung para tenaga kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat OAP, berdasarkan SPM—perlu diwujudkan oleh pemerintah daerah. Kebutuhan penambahan dan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan dibutuhkan di setiap unit layanan kesehatan. Kebutuhan ini ditemui merata hampir pada sebagian besar unit layanan kesehatan yang telah terbangun dan tersebar di sebagian distrik dan kabupaten. Namun demikian, di sisi lain, ketersediaan sumberdaya untuk membangun tambahan prasarana dan menyediakan sarana peralatan kesehatan yang dibutuhkan relatif terbatas (*limited resources*).

Memperhatikan fakta di atas, tentunya dibutuhkan suatu strategi yang memungkinkan pemerintah daerah dan pemerintah dapat meingimplementasikannya dalam jangka waktu pendek dan menengah. Alternatif strategi dapat dilaksanakan dalam jangka pendek-menengah, yaitu dengan melakukan perbaikan Unit layanan kesehatan yang tersedia di setiap distrik dan kabupaten, sehingga memenuhi standar kelayakan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan. Tindakan yang serupa dilakukan untuk pemenuhan kebutuhan sarana peralatan kesehatan yang wajib tersedia di setiap unit layanan kesehatan sehingga memenuhi standar minimal.

Setelah melakukan upaya peningkatan dan perbaikan prasarana/infrastruktur dan sarana kesehatan di unit layanan kesehatan yang telah ada/eksisting, tahap selanjutnya adalah membangun sarana dan prasarana baru di daerah-daerah yang layak dibangun. Hal ini dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan kesehatan secara regional dan lokal, serta diutamakan pada kabupaten yang belum memiliki fasilitas rumah sakit, serta memperhatikan rentang jangkauan pelayanan di wilayah sekitar lokasi Rumah Sakit dan Puskesmas di wilayah distrik. Aspek lokasi strategis penetapan lokasi bangunan Rumah Sakit dan Puskesmas juga perlu dilakukan dengan memperhatikan pengembangan pusat wilayah budaya dan ekologi. Selain itu, penetapan lokasi-lokasi Puskesmas rawat Inap dan rawat jalan dengan memperhatikan akses jarak dengan lokasi rumah sakit dan lokasi penyebaran permukiman penduduk OAP.

Pelaksanaan pemenuhan kebutuhan prasarana dan sarana kesehatan di setiap unit layanan kesehatan, membutuhkan konsep perencanaan dan pemenuhan kebutuhan kesehatan secara menyeluruh dalam satu wilayah provinsi (mencakup kabupaten dan distrik), yang memungkinkan dilaksanakan dalam jangka waktu menengah dan panjang. Memenuhi kebutuhan perbaikan prasarana dan sarana di setiap lokasi memerlukan waktu tertentu, yang sulit dapat direalisasikan dalam jangka waktu pendek. Dengan memperhatikan aksesibilitas, konektivitas yang relatif terbatas di kebanyakan wilayah kabupaten dan distrik.

**Beberapa rekomendasi kebijakan dan kegiatan terkait dengan pembangunan dan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan di kabupaten dan kota antara lain:**

1. Pemerintah Nasional membantu penyediaan kebutuhan sarana Kesehatan melengkapi kebutuhan pada prasarana yang di lakukan oleh Pemda;
2. Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) menetapkan kebijakan pembangunan prasarana Kesehatan sesuai dengan kewenangan Pemprov dan PemKab/Kota di tetapkan melalui APBD Provinsi, Kabupaten, dan Kota;

Sementara itu *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan di atas, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)  | Sumber Pendanaan  |
|---|---|
| A. Pemerintah Provinsi sehubungan dengan Penyediaan kebutuhan Prasarana Kesehatan di seluruh Unit layanan kesehatan kewenangan provinsi, antara lain:   |   |
| Perencanaan dan Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Rujukan dan Non-Rujukan di daerah yang terbatas ketersediaan Prasarana Kesehatan   | Dana berasal dari APBD Provinsi dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> dan/atau DTO/I.       |
| B. Pemerintah Kabupaten/Kota sehubungan dengan Penyediaan kebutuhan Prasarana Kesehatan di seluruh Unit layanan kesehatan kewenangan Kabupaten/Kota, antara lain:                               |   |
| Perencanaan dan Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Rujukan dan/atau, Non-Rujukan, Puskesmas Rawat Inap dan Rawat Jalan di daerah/distrik yang terbatas ketersediaan Prasarana Kesehatan | Dana berasal dari APBD Kabupaten/Kota dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> dan/atau DTO/I. |

Berdasarkan rekomendasi kebijakan di atas, diharapkan dapat diperoleh kondisi ideal sebagai berikut:

1. Semua wilayah sampai ke distrik dan kampung akan memiliki Unit layanan kesehatan berlokasi dekat dengan wilayah permukiman masyarakat OAP.
2. Unit layanan kesehatan yang sudah terbangun terlebih dahulu di wilayah distrik dapat ditingkatkan pemanfaatan Prasarana dan Sarananya kesehatan untuk melayani OAP.

## 5.6 Penetapan Lokasi Strategis RS Rujukan, RS Non-Rujukan, dan Puskesmas

Peningkatan Pelayanan Kesehatan di RSUD perlu dilakukan secara bertahap pada RS eksisting hingga memenuhi standar kelayakan sesuai dengan predikat tipenya. Hal yang sama juga perlu dilakukan pada Unit layanan kesehatan Puskesmas (rawat jalan dan rawat Inap) dan Pustu, sebelum masuk pada tahapan pembangunan RS dan Puskesmas Baru.

Lokasi kedudukan rumah sakit regional untuk mendukung pelayanan kesehatan rujukan dari wilayah kabupaten sekitar, rencana pembangunan rumah sakit non-rujukan, dan Puskesmas rawat Inap dan rawat jalan harus saling terintegrasi dan menunjang peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada OAP. Perlu dilakukan prioritas lokasi pembangunan RS baru dengan memperhatikan posisi strategis berdasarkan wilayah adat dan ekologi dalam perencanaan pembangunan RS Rujukan, Non-Rujukan, dan Puskesmas untuk pelaksanaan pembangunan jangka menengah dan Panjang. Pelaksanaan pembangunan infrastruktur Kesehatan (RS Rujukan, RS Non-Rujukan, dan Puskesmas dilaksanakan secara bertahap oleh Pemda (provinsi dan kabupaten/kota. Selain pembangunan RS Regional, Pemda juga perlu menyiapkan RS tersebar di seluruh kabupaten yang belum memiliki RS serta peningkatan dan perbaikan RS yang sudah ada di wilayah kabupaten.

Pemilihan lokasi strategis pada setiap pengembangan wilayah perlu memperhatikan strategi pengembangan wilayah berdasarkan klaster wilayah budaya dan ekologi. Sehingga dalam jangka menengah dan panjang seluruh wilayah Papua, memiliki lokasi-lokasi pusat pengembangan wilayah adat yang menjadi pusat pelayanan dasar publik dan administrasi untuk melayani OAP. Hal ini kemudian diharapkan berkembang menjadi pusat-pusat pengembangan ekonomi baru berbasis sumberdaya alam lokal tersebar di wilayah Papua.

Berdasarkan uraian diatas, rekomendasi kebijakan dan kegiatan terkait dengan penetapan lokasi strategis untuk pembangunan RSUD rujukan, non-rujukan kabupaten, dan puskesmas di distrik oleh pemerintah daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) antara lain:

1. Menetapkan bersama lokasi RSUD Rujukan dan Unit Layanan Kesehatan Pendukung di Lokasi Strategis setiap klaster wilayah budaya dan ekologi yang memiliki lokasi mudah dijangkau dari RS Non-Rujukan kabupaten sekitar.
2. Penetapan RS Non-Rujukan disetiap kabupaten—yang belum memiliki RS—perlu ditempatkan pada lokasi mudah dijangkau dari setiap Distrik. Hal yang sama dilakukan untuk penetapan pembangunan Puskesmas baru di wilayah distrik.

3. Menetapkan lokasi untuk pembangunan RSUD Provinsi, RSUD Kabupaten/Kota, serta Puskesmas sesuai dengan pengembangan kluster wilayah Budaya dan Ekologi, serta ditetapkan dalam dokumen perubahan Tata Ruang Provinsi dan Kabupaten/Kota;

Sementara itu *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan di atas, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)   | Sumber Pendanaan  |
|--|---|
| A. Pemerintah Provinsi terkait dengan penetapan lokasi untuk kebutuhan pembangunan Prasarana Kesehatan (RSUD dan Puskesmas) di seluruh lokasi Budaya dan Ekologi, serta di wilayah distrik yang belum memiliki Puskesmas.  |   |
| 1. Perencanaan dan Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Rujukan dan Non-Rujukan di wilayah kluster dan menjadi kewenangan provinsi;  | Dana berasal dari APBD Provinsi dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> dan/atau DTO/I.       |
| 2. Penetapan lokasi pembangunan prasarana Kesehatan di tetapkan dalam dokumen Tata Ruang Provinsi;   | Dana ari APBD Provinsi dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> dan/atau DTO/I.                |
| B. Pemerintah Kabupaten/Kota terkait dengan penetapan lokasi untuk kebutuhan pembangunan Prasarana Kesehatan (RSUD dan Puskesmas) di seluruh lokasi, serta di wilayah strategis Kabupaten/Kota distrik dan pembangunan Puskesmas di lokasi distrik belum memiliki Puskesmas. |   |
| 1. Perencanaan dan Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Rujukan dan Non-Rujukan di wilayah kluster dan menjadi kewenangan Kabupaten/Kota;  | Dana berasal dari APBD Kabupaten/Kota dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> dan/atau DTO/I. |
| 2. 2.Penetapan lokasi pembangunan prasarana Kesehatan di tetapkan dalam dokumen Tata Ruang Kabupaten/kota;   | Dana berasal dari APBD Kabupaten/Kota dan Dana Otsus <i>Block Grant</i> dan/atau DTO/I. |

Berdasarkan rekomendasi kebijakan di atas, diharapkan dapat diperoleh kondisi ideal sebagai berikut:

1. Seluruh wilayah kabupaten memiliki RSUD yang mudah akses ke RSUD Rujukan di sekitar klaster wilayah adat dan ekologi;
2. Seluruh Puskesmas memiliki RSUD rujukan yang terdekat dengan lokasi Puskesmas;

## 5.7 Pengelolaan Kelembagaan

**Peningkatan Pengelolaan Kelembagaan Kesehatan** pada semua Unit layanan kesehatan dengan menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan terbaik perlu menjadi prioritas pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota). Strategi ini dapat dilakukan oleh tim Kesehatan di *frontline* yang berhadapan langsung dengan komunitas OAP. Mewujudkan pelayanan menyenangkan bagi OAP merupakan salah satu strategi untuk mempercepat kesembuhan dan hidup sehat, serta menjadi sarana untuk mengajak OAP untuk terlibat langsung melakukan perilaku hidup bersih dan sehat serta memelihara lingkungan rumah dan permukiman yang bersih. Tindakan ini menjadi bagian penting dari mewujudkan masyarakat OAP hidup sehat berkelanjutan.

Kebijakan mewujudkan pelayanan kesehatan yang memadai dan menyenangkan bagi OAP dapat dilakukan melalui perbaikan secara bertahap pelaksanaan pelayanan kesehatan di Unit layanan kesehatan, melakukan kunjungan berulang ke permukiman dan rumah tinggal OAP, perbaikan dan peningkatan tata kelola pelayanan, serta tata kelola ketersediaan obat dan alat kesehatan sekali pakai. Manajemen pelayanan kesehatan di *frontline* tentunya memerlukan dukungan pengawasan dan monitoring secara regular. Kebijakan peningkatan pelayanan unit layanan kesehatan dengan standar nasional dapat ditetapkan melalui surat keputusan Kementerian Kesehatan yang ditindak lanjuti dengan dukungan kebijakan daerah yang memudahkan dilaksanakan di tingkat layanan dasar (*frontline*).

Sementara itu *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan di atas, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)   | Sumber Pendanaan  |
|--|---|
| Pemerintah Provinsi terkait dengan perbaikan dan peningkatan manajemen pelaksanaan pelayanan Kesehatan di Unit layanan kesehatan.  |   |
| Pemda (Provinsi dan Kabupaten/Kota) melakukan perbaikan dan peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan di Unit layanan kesehatan, melakukan kunjungan berulang ke permukiman dan rumah tinggal OAP (outreach), perbaikan dan peningkatan tata kelola pelayanan dan peningkatan tata kelola ketersediaan obat dan alat kesehatan sekali pakai; | Dana berasal dari APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, Dana Otsus <i>Block Grant</i> . |
| Pemda (Kabupaten/Kota) melakukan perbaikan manajemen pelayanan kesehatan di <i>frontline</i> didukung dengan pengawasan dan monitor secara regular;  | Dana berasal dari APBD Kabupaten/Kota, Dana Otsus <i>Block Grant</i> .                |

Berdasarkan rekomendasi kebijakan di atas, diharapkan dapat diperoleh kondisi ideal sebagai berikut:

1. Seluruh unit layanan kesehatan (RSUD, Puskesmas, Pustu, Poskesdes, dan Posyandu, memiliki standar operasional prosedur (SOP) berstandar nasional.
2. Pelayanan disetiap Unit layanan kesehatan menggunakan SOP minimum untuk melayani OAP;
3. Seluruh Unit layanan kesehatan secara bertahap melaksanakan pelayanan Kesehatan berdasarkan SOP nasional dan professional;
4. Masyarakat OAP menerima pelayanan di seluruh Unit layanan kesehatan dengan standar pelayanan minimum nasional;

## 5.8 Pooling Sumberdaya dan Tata Kelola

Kebijakan khusus melalui integrasi sumberdaya untuk membangun dan meningkatkan pelayanan kesehatan bagi OAP menjadi pilihan strategis untuk percepatan pemenuhan kebutuhan pelayanan Kesehatan, terutama di wilayah permukiman OAP yang terisolasi. Mengingat terbatasnya sumberdaya, khususnya sumberdaya dana Pemerintah dan Pemerintah Daerah, tentunya dapat memengaruhi percepatan pembangunan dan peningkatan pelayanan Kesehatan. Sehingga dalam hal ini diperlukan alternatif pilihan yang dapat memberikan ruang kepada seluruh stakeholders untuk terlibat langsung dan aktif dalam pelaksanaan pembangunan dan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat OAP.

Strategi pemanfaatan *collaborative governance*, diharapkan dapat menjawab dan menyelesaikan masalah pelaksanaan peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat OAP. Peran aktif dari Lembaga Non Pemerintah dan pihak swasta dapat ditindaklanjuti melalui perluasan ruang kerjasama dengan Pemerintah Daerah. Dengan ini diharapkan dapat memperluas dan menjangkau masyarakat OAP sampai ke wilayah pedalaman dan terisolasi, sehingga dapat memberikan kemudahan bagi OAP dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini tentunya perlu didukung oleh pemerintah dan pemerintah daerah melalui penetapan regulasi kerjasama dan jaminan kerjasama berkelanjutan.

Peningkatan dan percepatan pelaksanaan pelayanan kesehatan di wilayah Papua juga perlu dilakukan melalui perbaikan dan peningkatan pengelolaan keuangan yang berasal dari berbagai sumber pendanaan. Pengelolaan keuangan bidang Kesehatan yang tidak relevan dengan pendekatan konvensional yang selama ini dilaksanakan perlu diperbaiki melalui sistem yang terintegrasi dan mudah dimonitoring dan dievaluasi. Di sini, setiap rencana pelaksanaan kegiatan dan sub-kegiatan diwajibkan memiliki perencanaan penggunaan anggaran berdasarkan Rencana Induk (RI) yang telah diakomodasi dalam dokumen RPJMD dan RKPD untuk kegiatan tahunan. Sehingga perencanaan kebutuhan keuangan pelaksanaan kegiatan dan sub-kegiatan telah terintegrasi melalui SIPD Plus (gabungan sumber pendanaan dari Otsus dan dari luar Otsus), antar OPD teknis dengan Bappeda dan Badan Pengelola Keuangan Daerah.

Peran aktif lembaga non pemerintah dan swasta yang bekerjasama dengan Pemerintah Daerah diharapkan dapat mengembangkan, meningkatkan, dan memperkuat pelayanan kesehatan menjangkau seluruh wilayah permukiman OAP sampai wilayah kampung pedalaman. Pemerintah daerah perlu membuka ruang yang lebih luas bagi pelibatan LSM dan swasta pada bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Hal ini tentunya membutuhkan dukungan kebijakan daerah untuk menjamin keberlanjutan kolaborasi Pemda dan Lembaga Non Pemerintah dan Swasta, seperti kepastian dukungan keuangan pemerintah daerah, jaminan keamanan, serta perizinan kemudahan penggunaan tenaga kesehatan WNA memenuhi standar kualifikasi yang ditetapkan pemerintah.

Model penggunaan dana terintegrasi dari berbagai sumber pendanaan diharapkan dapat menjadi kunci peningkatan dan percepatan pelaksanaan pembangun bidang kesehatan di wilayah Papua. Peran Badan Perencana Daerah dan Badan Pengelola Keuangan Daerah, diharapkan dapat terintegrasi dilaksanakan dengan dukungan sumberdaya manusia yang memadai pada setiap daerah. Integrasi sumberdaya dana dari berbagai sumber dialokasikan untuk meningkatkan pelaksanaan pelayanan Kesehatan sampai ke kampung bagi OAP. Tujuan kebijakan nasional memperkuat konsolidasi sumber pendanaan dan penguatan pelaksanaan pengelolaan keuangan bidang Kesehatan. Kebijakan daerah memudahkan implementasi kebijakan nasional melalui penetapan sumber dana dan penggunaannya di Unit layanan kesehatan, serta penguatan pelaksanaan monev pemanfaatan dana pertanggungjawaban pengelolaan keuangan bidang Kesehatan yang berasal dari berbagai sumber pendanaan.

Di sisi lain, pemerintah dan pemerintah daerah perlu mendorong integrasi sumber-sumber pendanaan dan pembiayaan bidang kesehatan dari semua sumber yang tersedia pada setiap tingkatan pemerintahan dan Lembaga Non-Pemerintah serta pihak Swasta yang relatif besar potensinya. Hal ini penting untuk meningkatkan pelayanan Kesehatan menjangkau sampai seluruh wilayah permukiman OAP. Sumber pendanaan dari berbagai sumber (pemerintahan dan non-pemerintah) membutuhkan strategi perencanaan dan penggunaan dana yang terintegrasi dilakukan pemerintah provinsi, kabupaten/kota, distrik, dan kampung. Peran perencana pembangunan daerah menjadi kunci utama bekerja sama dengan Badan pengelola Keuangan dan OPD teknis. Kebutuhan *platform system* integrasi penggunaan dana pada setiap kabupaten/kota dan provinsi penyiapan SDM perencana, monitoring dan evaluasi perlu menjadi prioritas pemerintah daerah.

Integrasi pendanaan dari berbagai sumber sesuai dengan prioritas peruntukan sumber dana, dapat dilakukan melalui perencanaan alokasi anggaran pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Hal ini penting agar tidak terjadi tumpang tindih dalam peruntukannya. Publikasi dan akses terbuka juga perlu diupayakan sehingga dapat dimonitor oleh masyarakat untuk lakukan monev pemanfaatan dana dari berbagai sumber; serta didukung dengan *system on-line* terintegrasi antara OPD, Badan Pengelola

Keuangan Daerah, Bappeda, dan APIP. Sistem dapat dibangun seperti halnya SIPD yang digunakan Pemda saat ini, namun system ini khusus untuk bidang Kesehatan—yang digunakan bersama dan terintegrasi antara Dinas, seluruh Unit layanan kesehatan (dari Puskesmas sampai Rumah Sakit Umum Daerah) dan Lembaga teknis Kesehatan lainnya di kabupaten dan provinsi.

Usulan kebijakan di atas tentunya membutuhkan dukungan regulasi daerah (provinsi dan kabupaten/kota), untuk memudahkan dalam penggunaan seluruh stakeholder terkait. Terdapat banyak sumber pendanaan bidang Kesehatan yang tersebar mulai dari tingkat nasional sampai pada di tingkat kampung/desa, seperti ditunjukkan pada Tabel 5.3. Pembangunan dan peningkatan pelayanan kesehatan bagi OAP melalui integrasi sumber-sumber pendanaan pelayanan kesehatan, menjadi tantangan tersendiri bagi Pemda (provinsi dan Kabupaten/Kota) mengoptimalkan pemanfaatan dana tersedia untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi OAP.

**Tabel 5. 4 Integrasi Pendanaan Bidang Kesehatan**

| No | Sumber Pendanaan         | Peruntukan Kegiatan dan Sub-Kegiatan |
|----|--------------------------|--------------------------------------|
| 1. | TKDD dan PAD:            |                                      |
|    | a. Dana Kampung/Desa     |                                      |
|    | b. APBD Kabupaten/Kota   |                                      |
|    | c. APBD Provinsi         |                                      |
|    | d. APBN K/L              |                                      |
|    | e. APBN (DAK Non-Fisik)  |                                      |
|    | f. APBD (DAK Fisik)      |                                      |
| 2. | DANA OTSUS:              |                                      |
|    | a. <i>Specific Grant</i> |                                      |
|    | b. <i>Block Grant</i>    |                                      |
|    | c. DBH SDA               |                                      |
|    | d. DTO/I                 |                                      |
| 3. | DANA MASYARAKAT:         |                                      |
|    | a. NGO, CSO              |                                      |
|    | b. Swasta/Private        |                                      |

Dinamika pada aspek perencanaan penganggaran menjadi tantangan tersendiri bagi Badan Perencana Daerah, Badan Pengelola Keuangan Daerah, APIP/Inspektorat Daerah, dan OPD teknis. Kebutuhan dukungan system terintegrasi dan terpadu menjadi prioritas disiapkan oleh Pemda, memenuhi kebutuhan Tata Kelola perencanaan keuangan bidang kesehatan untuk memudahkan pencapaian target ditetapkan dalam dokumen Rencana Induk Kesehatan (*grand design*), RPJP, serta RPJMD.

## Rekomendasi Kebijakan

**Kebijakan memperbaiki strategi pelaksanaan tata kelola keuangan bidang Kesehatan**, dapat dilakukan melalui; *Pertama*, integrasi pendanaan dari berbagai sumber sesuai dengan memperhatikan prioritas peruntukan sumber dana; *Kedua*, perencanaan alokasi anggaran pada tingkat provinsi, kabupaten/kota yang tidak terjadi tumpang tindih peruntukannya namun dilakukan integrasi pemanfaatan dana pada Unit layanan kesehatan; dan *Ketiga*, publikasi dan akses terbuka berbasis *system online* memudahkan dapat diikuti/dimonitor oleh masyarakat untuk lakukan monev pemanfaatan dana dari berbagai sumber, dalam mewujudkan pelayanan kesehatan berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) yang wajib diberikan kepada Orang Asli Papua (OAP).

**Prioritas kebijakan daerah perlu dilakukan.** Percepatan dan peningkatan pembangunan bidang kesehatan bagi OAP memerlukan komitmen afirmasi pemerintah dan pemerintah daerah berkolaborasi wujudkan pelayanan bidang kesehatan sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM) menjangkau sampai ke permukiman masyarakat OAP di kampung-kampung. Sesuai dengan amanat Rencana Induk (*grand design*) pembangunan otonomi khusus di wilayah Papua. Pemerintah berkewajiban mengeluarkan kebijakan strategis nasional percepatan dan peningkatan pelayanan kesehatan di wilayah Papua terkait dengan penguatan SDM tenaga Kesehatan, peningkatan prasarana dan sarana Kesehatan, penguatan dan peningkatan pengelolaan kelembagaan pelayanan Kesehatan, serta peningkatan dan penguatan tata kelola keuangan bidang kesehatan. Komitmen pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) melalui peraturan khusus daerah dapat menunjang dan memperkuat kebijakan nasional di atas serta kebijakan khusus terkait dengan prioritas penetapan lokasi pembangunan Rumah Sakit rujukan regional di wilayah adat dan ekologi bagi kabupaten yang belum memiliki Rumah Sakit Umum Daerah serta lokasi-lokasi Puskesmas rawat Inap dan rawat jalan, penguatan manajemen integrasi sumberdaya pendanaan mendanai bidang Kesehatan dari berbagai sumber, serta penguatan dan peningkatan tata kelola keuangan bidang Kesehatan.

Secara ringkas rekomendasi kebijakan dan kegiatan terkait dengan pooling sumberdaya dan tata kelola keuangan bidang kesehatan dapat dilakukan pemerintah dan pemda antara lain:

1. Perlunya integrasi pendanaan dari berbagai sumber sesuai dengan memperhatikan prioritas peruntukan sumber dana;
2. Perlunya perencanaan alokasi anggaran pada tingkat provinsi, kabupaten/kota yang tidak terjadi tumpang tindih peruntukannya namun dilakukan integrasi pemanfaatan dana pada Unit layanan kesehatan;
3. Perlunya publikasi dan akses terbuka berbasis *system online* memudahkan dapat diikuti/dimonitor oleh masyarakat untuk lakukan monev pemanfaatan dana dari berbagai sumber, dalam mewujudkan pelayanan kesehatan berdasarkan SPM yang wajib diberikan kepada OAP.

Sementara itu, *action plan* dan perkiraan sumber pendanaan untuk mengimplementasikan kebijakan di atas, secara ringkas disajikan oleh matriks berikut:

| Kegiatan (Sesuai Kewenangan)  | Sumber Pendanaan  |
|---|---|
| A. Pemerintah Provinsi terkait dengan peningkatan manajemen integrasi sumberdaya untuk perbaikan pelaksanaan pelayanan Kesehatan di Unit layanan kesehatan, antara lain:  |   |
| 1. 1.Pemda Provinsi dan Kabupaten/Kota) melakukan perbaikan dan peningkatan integrasi pendanaan dari berbagai sumber sesuai dengan memperhatikan prioritas peruntukan sumber dana;  | Dana berasal dari APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, Dana Otsus <i>Block Grant</i> . |
| 2. Pemda (Provinsi dan Kabupaten/Kota) melakukan perencanaan alokasi anggaran pada tingkat provinsi, kabupaten/kota untuk tidak terjadi tumpang tindih peruntukan pendanaan namun dilakukan integrasi pemanfaatan dana pada Unit layanan kesehatan;   | Dana berasal dari APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, Dana Otsus <i>Block Grant</i> . |
| 3. Pemda (Provinsi dan Kabupaten/Kota) melakukan publikasi dan akses terbuka berbasis system on-line memudahkan dapat diikuti/dimonitor oleh masyarakat untuk lakukan monev pemanfaatan dana dari berbagai sumber, dalam mewujudkan pelayanan kesehatan berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) yang wajib diberikan kepada Orang Asli Papua (OAP). | Dana berasal dari APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, Dana Otsus <i>Block Grant</i> . |

Berdasarkan rekomendasi kebijakan di atas, diharapkan dapat diperoleh kondisi ideal sebagai berikut:

1. Memperbaiki tata kelola keuangan daerah khususnya bidang Kesehatan dengan menggunakan system pengelolaan keuangan yang terintegrasi.
2. Memberikan pelatihan (*capacity building*) kepada petugas pengelola keuangan bidang Kesehatan di setiap unit layanan kesehatan.
3. Meningkatkan kapasitas perencana bidang Kesehatan mengintegrasikan sumber dana yang berbeda serta peruntukannya untuk tidak terjadi tumpang tindih atau pendanaan ganda dalam pelaksanaan kegiatan dan sub-kegiatan.
4. Mempercepat pelaksanaan dan peningkatan pelayanan Kesehatan di setiap unit layanan kesehatan bagi OAP.

## 5.9 Pendanaan Pembangunan Kesehatan di Wilayah Papua: Analisis Costing

Bagian ini menyajikan analisis kebutuhan pendanaan pembangunan kesehatan di wilayah Papua dengan menggunakan pendekatan *costing*. Tujuannya adalah untuk memperkirakan kebutuhan pendanaan pembangunan kesehatan berdasarkan kebutuhan riil selama 10 (sepuluh) tahun ke depan (2022-2031) di wilayah Papua. Kebutuhan riil tersebut diperkirakan berdasarkan *gap* antara kondisi eksisting saat ini dengan target-target pembangunan bidang kesehatan di setiap Kabupaten/Kota Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat yang akan dicapai pada tahun 2031. Target pembangunan bidang kesehatan tersebut diklasifikasikan menjadi target pembangunan fisik dan non fisik. Cakupan target pembangunan fisik meliputi:

- 1) Pembangunan unit baru RS di Kabupaten/Kota yang tidak memiliki RS, dengan target minimal 1 RS di setiap Kabupaten/Kota.
- 2) Pembangunan unit baru Puskesmas di Kabupaten/Kota dengan target:
  - ☑ Minimal terdapat 1 Puskesmas di setiap kecamatan
  - ☑ Minimal mencapai rasio 1 Puskesmas per 10.000 penduduk
- 3) Penambahan tempat tidur baru untuk Rumah Sakit di Kabupaten/Kota. Target penambahan tempat tidur minimal mencapai rasio 3 tempat tidur per 1000 penduduk.
- 4) Pembangunan Pondok Bersalin Desa (Polindes) dengan target setiap desa yang sebelumnya tidak memiliki Polindes dan sulit mengakses Polindes ke desa terdekat, dapat memiliki Polindes.
- 5) Penambahan kelengkapan sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA) RS di Kabupaten/Kota hingga 100% terpenuhi
- 6) Penambahan kelengkapan sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA) Puskesmas di Kabupaten/Kota hingga 100% terpenuhi

Sementara itu cakupan target pembangunan non fisik yang diperhitungkan dalam *costing* ini mencakup:

- 1) Terpenuhi 100% pelayanan kesehatan setiap tahunnya untuk pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, balita, usia pendidikan dasar, usia produktif, usia lanjut, penderita hipertensi, penderita diabetes melitus, orang dengan gangguan jiwa berat, orang terduga tuberculosis (TBC), dan orang berisiko terinfeksi HIV.
- 2) Terpenuhi 100% operasional pelayanan kesehatan setiap tahunnya yang mencakup pendataan penerima layanan, kunjungan lapangan, pencatatan dan pelaporan, monitoring dan evaluasi, skrining kesehatan, peningkatan kapasitas GDM, dan pelatihan penyakit/tidak Menular.

Tabel 5.3 menyajikan rekapitulasi hasil *costing* pendanaan bidang kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat. Dapat dilihat bahwa secara keseluruhan kebutuhan pendanaan pembangunan bidang kesehatan di kedua provinsi tersebut selama 10 tahun ke depan (2022-2031) adalah sebesar Rp. 38.350,4 Milyar atau rata-rata per tahun sebesar Rp. 3.835,0 Milyar. Dapat dilihat bahwa dari total kebutuhan tersebut, pangsa untuk Provinsi Papua mencapai sekitar Rp 31.767,6 Milyar (82.8%), dan sisanya sebesar Rp. 6.582,8 Milyar (17,2%) adalah untuk Provinsi Papua Barat. Sementara itu, Tabel 5.2 dan Tabel 5.3 berturut-turut menyajikan hasil *costing* kebutuhan pendanaan bidang kesehatan menurut kabupaten/kota di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat.

**Tabel 5.5 Total Kebutuhan Pendanaan Pembangunan Bidang Kesehatan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat 2022-2023 (Rp. Milyar)**

| Rincian                    | Papua Barat   | Papua          | Total          |
|----------------------------|---------------|----------------|----------------|
| Faskes                     | 5424,9        | 28666,2        | 34091,1        |
| Pelayanan                  | 340,2         | 1092,2         | 1432,4         |
| Operasional                | 817,7         | 2009,2         | 2827,0         |
| <b>Total</b>               | <b>6582,8</b> | <b>31767,6</b> | <b>38350,4</b> |
| <b>Rata-rata Per Tahun</b> | <b>658,3</b>  | <b>3176,8</b>  | <b>3835,0</b>  |

**Tabel 5.6 Total Kebutuhan Pendanaan Bidang Kesehatan Provinsi Papua Barat menurut Kabupaten/Kota (Rp. Milyar)**

| No | Kab/Kota           | Total   | Rata-Rata Per Tahun | Share  |
|----|--------------------|---------|---------------------|--------|
| 1  | Provinsi Papua     | 6353,52 | 635,35              | 20,00% |
| 2  | Merauke            | 523,13  | 52,31               | 1,65%  |
| 3  | Jayawijaya         | 1551,31 | 155,13              | 4,88%  |
| 4  | Jayapura           | 236,69  | 23,67               | 0,75%  |
| 5  | Nabire             | 218,89  | 21,89               | 0,69%  |
| 6  | Kepulauan Yapen    | 249,60  | 24,96               | 0,79%  |
| 7  | Biak Numfor        | 362,93  | 36,29               | 1,14%  |
| 8  | Paniai             | 931,44  | 93,14               | 2,93%  |
| 9  | Puncak Jaya        | 2435,73 | 243,57              | 7,67%  |
| 10 | Mimika             | 415,73  | 41,57               | 1,31%  |
| 11 | Boven Digoel       | 297,51  | 29,75               | 0,94%  |
| 12 | Mappi              | 424,67  | 42,47               | 1,34%  |
| 13 | Asmat              | 521,91  | 52,19               | 1,64%  |
| 14 | Yahukimo           | 1682,25 | 168,23              | 5,30%  |
| 15 | Pegunungan Bintang | 1588,89 | 158,89              | 5,00%  |
| 16 | Tolikara           | 3000,26 | 300,03              | 9,44%  |

| No           | Kab/Kota         | Total           | Rata-Rata Per Tahun | Share       |
|--------------|------------------|-----------------|---------------------|-------------|
| 17           | Sarmi            | 375,48          | 37,55               | 1,18%       |
| 18           | Keerom           | 177,07          | 17,71               | 0,56%       |
| 19           | Waropen          | 493,22          | 49,32               | 1,55%       |
| 20           | Supiori          | 121,95          | 12,19               | 0,38%       |
| 21           | Mamberamo Raya   | 196,50          | 19,65               | 0,62%       |
| 22           | Nduga            | 1003,29         | 100,33              | 3,16%       |
| 23           | Lanny Jaya       | 2281,96         | 228,20              | 7,18%       |
| 24           | Mamberamo Tengah | 443,02          | 44,30               | 1,39%       |
| 25           | Yalimo           | 1258,04         | 125,80              | 3,96%       |
| 26           | Puncak           | 2171,32         | 217,13              | 6,83%       |
| 27           | Dogiyai          | 473,87          | 47,39               | 1,49%       |
| 28           | Intan Jaya       | 926,15          | 92,62               | 2,92%       |
| 29           | Deiyai           | 482,82          | 48,28               | 1,52%       |
| 30           | Kota Jayapura    | 568,47          | 56,85               | 1,79%       |
| <b>Total</b> |                  | <b>31767,62</b> | <b>3176,76</b>      | <b>100%</b> |

**Tabel 5. 7 Total Kebutuhan Pendanaan Bidang Kesehatan Provinsi Papua Barat menurut Kabupaten/Kota (Rp. Milyar)**

| No           | Kab/Kota             | Total          | Rata-Rata Per Tahun | Share       |
|--------------|----------------------|----------------|---------------------|-------------|
| 1            | Provinsi Papua Barat | 658,28         | 65,83               | 10,00%      |
| 2            | Fakfak               | 283,44         | 28,34               | 4,31%       |
| 3            | Kaimana              | 199,94         | 19,99               | 3,04%       |
| 4            | Teluk Wondama        | 264,85         | 26,48               | 4,02%       |
| 5            | Teluk Bintuni        | 537,34         | 53,73               | 8,16%       |
| 6            | Manokwari            | 605,34         | 60,53               | 9,20%       |
| 7            | Sorong Selatan       | 221,57         | 22,16               | 3,37%       |
| 8            | Sorong               | 645,27         | 64,53               | 9,80%       |
| 9            | Raja Ampat           | 296,83         | 29,68               | 4,51%       |
| 10           | Tambrauw             | 607,94         | 60,79               | 9,24%       |
| 11           | Maybrat              | 663,08         | 66,31               | 10,07%      |
| 12           | Manokwari Selatan    | 267,80         | 26,78               | 4,07%       |
| 13           | Pegunungan Arfak     | 540,90         | 54,09               | 8,22%       |
| 14           | Kota Sorong          | 790,24         | 79,02               | 12,00%      |
| <b>Total</b> |                      | <b>6582,82</b> | <b>658,28</b>       | <b>100%</b> |

## PENUTUP

Kajian ini bertujuan untuk menelaah kondisi terkini pelayanan kesehatan di wilayah Papua (Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat). Gambaran kondisi tersebut selanjutnya digunakan sebagai dasar untuk menyusun model pelayanan kesehatan yang ideal yang sesuai dengan kekhasan wilayah Papua. Kajian ini juga ditujukan untuk menyusun rekomendasi kebijakan dalam upaya mengatasi permasalahan dalam pelayanan kesehatan di wilayah Papua. Terdapat tiga metode utama yang digunakan, yakni analisis statistika deskriptif, analisis yuridis normatif dan analisis kuadran (*gap analysis*). Data yang digunakan adalah sekunder yang dikumpulkan dari institusi resmi seperti BPS dan Dinas Kesehatan daerah, serta data primer yang digali melalui kegiatan FGD yang melibatkan beberapa stakeholder di daerah.

Kajian ini menghasilkan beberapa temuan utama. Ketersediaan RS pemerintah (RSUD) sebagai rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan primer belum secara menyeluruh tersedia di kabupaten/kota, baik di Provinsi Papua maupun Papua Barat. Masih terdapat daerah yang belum memiliki RSUD, yakni Kabupaten Puncak di Provinsi Papua dan Kabupaten Pegunungan Arfak di Papua Barat. Selain isu ketersediaan, juga ditemui masih ada RSUD yang belum beroperasi secara optimal di beberapa wilayah. Hal ini dikarenakan karena RSUD tersebut masih terbilang baru, sehingga dalam operasionalnya masih terkendala masalah teknis dan ketersediaan sumberdaya manusia, terutama tenaga kesehatan. Belum tersedianya dan beroperasinya secara optimal RSUD di beberapa kabupaten, membuat masyarakat harus dirujuk ke rumah sakit di Kabupaten lainnya. Kondisi ini tentunya berimplikasi pada biaya operasional yang cukup tinggi bagi masyarakat yang dirujuk ke rumah sakit di kabupaten/kota lain. Idealnya setiap kabupaten/kota di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat memiliki

setidaknya satu unit RSUD dan beroperasi sesuai dengan standar pelayanan minimal. Hal ini penting untuk memberikan kemudahan sekaligus meningkatkan akses masyarakat, sehingga warga masyarakat tidak perlu dirujuk ke kabupaten/kota lain yang jaraknya relatif jauh. Di sisi lain, meski terdapat alternatif pilihan dimana kabupaten yang belum memiliki rumah sakit dapat memanfaatkan layanan rumah sakit di kabupaten terdekat, namun, mengingat kondisi geografis wilayah Papua yang umumnya sulit di akses, penyediaan setidaknya satu RSUD di setiap kabupaten perlu menjadi pertimbangan utama.

Pemenuhan fasilitas RSUD idealnya juga tidak hanya dipenuhi dari sisi kuantitas, tetapi juga dari sisi kualitas. Dalam hal ini perlu diupayakan peningkatan kualitas RSUD yang ditunjukkan dari adanya akreditasi untuk setiap RSUD. Selanjutnya, jumlah tenaga kesehatan RSUD di Provinsi Papua dan Papua Barat dianggap masih belum cukup memadai, terutama ketersediaan Dokter Spesialis. Tidak hanya terbatas dari sisi kuantitas, distribusi tenaga kesehatan juga masih belum merata. Sejauh ini tenaga kesehatan hanya terkonsentrasi di wilayah perkotaan atau kabupaten-kabupaten yang sudah lama eksis. Fakta ini mengindikasikan diperlukannya penambahan tenaga kesehatan dan dokter spesialis baru, terutama di wilayah-wilayah yang jumlahnya masih terbatas. Dalam upaya pemenuhan tersebut, selain insentif, hal yang juga perlu diperhatikan adalah ketersediaan peralatan pendukung tenaga medis, terutama untuk dokter spesialis, serta faktor keamanan dan keselamatan bagi tenaga kesehatan.

Secara umum, ketersediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan untuk fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat sudah cukup memadai. Namun, masih ada beberapa area yang perlu diperkuat ke depannya. Begitu juga dengan ketersediaan obat-obatan reguler dan bahan medis habis pakai di RS Provinsi Papua dan Papua Barat sudah cukup memadai. Namun demikian, ketersediaan obat-obatan antivirus untuk penanganan Covid-19 masih sangat terbatas. Hal ini penting untuk mengantisipasi dampak Pandemi Covid-19 yang tengah berlangsung. Isu lainnya terkait dengan ketersediaan obat-obatan di Puskesmas adalah mekanisme penyediaannya yang saat ini hanya melalui jalur Dana Alokasi Khusus (DAK). Hal ini membuat fleksibilitas pengadaan obat-obatan oleh Puskesmas sesuai kebutuhan lapangan di Provinsi Papua dan Papua Barat menjadi terbatas. Fakta ini mengindikasikan diperlukannya mekanisme lain atau sumber pembiayaan lain untuk pengadaan obat-obatan di Puskesmas selain dari DAK.

Sistem rujukan RS dari fasilitas pelayanan kesehatan primer di wilayah Papua saat ini juga dianggap masih belum berjalan sesuai harapan. Salah satu permasalahan utama dalam sistem rujukan di Papua dan Papua Barat adalah kepemilikan kartu BPJS, terutama oleh OAP. Hal ini karena sebagian besar masyarakat, terutama OAP, belum memiliki BPJS akibat tidak memiliki Nomer Induk Kependudukan (NIK). Sebagaimana diketahui bahwa syarat bagi warga untuk mendapatkan kartu BPJS adalah memiliki NIK. Isu lainnya yang

berkaitan dengan sistem rujukan ke RS via BPJS adalah standar pembiayaan. Saat ini, standar pembayaran klaim BPJS ke RS di wilayah Papua sama dengan wilayah lainnya. Padahal jika dilihat dari sisi operasional, wilayah Papua memiliki kondisi wilayah yang sulit di jangkau. Hal ini tentunya akan berdampak pada pembiayaan dalam sistem rujukan. Dalam konteks ini, standar pembayaran klaim BPJS ke RS di wilayah Papua idealnya memiliki standar yang berbeda dengan wilayah lainnya

Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di wilayah Papua, juga diperlukan penguatan terhadap regulasi yang ada saat ini. Sebagai contoh, saat ini penyediaan obat di RS hanya dibatasi oleh dana yang bersumber dari DAK. Dalam hal ini tentunya diperlukan sumber-sumber pembiayaan baru yang mungkin untuk memperkuat pengadaan obat-obatan dan bahan medis habis pakai. Begitu juga regulasi yang terkait dengan skema pembiayaan BPJS yang saat ini memiliki standar sama dengan wilayah lainnya (seperti di pulau Jawa). Padahal sebagaimana diketahui biaya operasional pelayanan kesehatan di wilayah Papua relatif tinggi dibandingkan wilayah lainnya.

Manajemen tata kelola pelayanan kesehatan (RS) di Provinsi Papua dan Papua Barat saat ini juga dianggap masih belum beroperasi secara optimal. Saat ini masih banyak RS yang belum memiliki *standard operating procedure* (SOP) terkait pelayanan. Terkait pelayanan, selama ini akses pelayanan kesehatan RS masih dibedakan berdasarkan kepemilikan BPJS dan non-BPJS. Selanjutnya, dalam hal pemanfaatan layanan kesehatan di RS, terdapat perbedaan perilaku masyarakat berdasarkan karakteristiknya. Di sini, masyarakatnya yang lebih heterogen di suatu wilayah/distrik cenderung lebih pro aktif dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sebaliknya, untuk wilayah/distrik yang masyarakatnya lebih homogen cenderung pasif atau jarang menggunakan pelayanan kesehatan secara maksimal. Selain itu, perilaku masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di RS juga cenderung dipengaruhi oleh agama, pendidikan, kondisi ekonomi masyarakat, dan lain sebagainya.

Berdasarkan temuan di atas dapat dikatakan bahwa meski secara umum telah terjadi peningkatan fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan, namun kondisi pelayanan kesehatan di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat masih belum sesuai harapan. Oleh karena itu, untuk mengatasi beragam isu dan masalah dalam upaya mendorong peningkatan pelayanan kesehatan di wilayah Papua, perlu dicari model pelayanan kesehatan yang tepat, yang tidak hanya sesuai dengan karakteristik wilayah dan namun juga karakteristik masyarakatnya, terutama OAP. Kajian ini menawarkan beberapa model pelayanan kesehatan tersebut, yakni:

- a) **Penguatan Pelayanan Kesehatan Reguler.** Pelayanan kesehatan reguler selama ini dilaksanakan melalui penyediaan rumah sakit umum, rumah sakit khusus, puskesmas rawat inap, puskesmas non rawat inap, puskesmas pembantu, rumah bersalin, klinik, balai pengobatan, laboratorium kesehatan,

dan lain-lain dilengkapi dengan fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan yang terus meningkat. Model pelayanan kesehatan reguler ini masih tetap diperlukan untuk membangun kondisi kesehatan masyarakat Papua khususnya OAP di masa depan karena mudah diakses oleh OAP khususnya yang tinggal di perkotaan. Namun karena sebagian besar OAP tinggal di kampung-kampung yang relatif sulit terjangkau serta jauh dari fasilitas kesehatan, maka model pelayanan kesehatan reguler ini harus dilengkapi dengan model pelayanan kesehatan lain yang memungkinkan OAP dapat menikmati pelayanan kesehatan.

- b) Dokter Masuk Kampung.** Dokter Masuk Kampung adalah suatu bentuk kegiatan yang dilakukan untuk memastikan tersedianya pelayanan kesehatan bagi OAP yang umumnya tinggal di kampung-kampung. Dokter Masuk Kampung merupakan kegiatan pelayanan yang terintegrasi, dilaksanakan oleh Dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang ada di Puskesmas dan Rumah Sakit, yang dilaksanakan minimal satu bulan sekali di seluruh kampung di wilayah Papua.
- c) Rumah Sakit Tanpa Kelas.** Model Rumah Sakit Tanpa Kelas merupakan Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan tingkat pertama dan spesialis dasar yang menyediakan pelayanan perawatan tanpa kelas secara kemampuan ekonomi yang memberikan pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan, dan rawat inap serta pelayanan penunjang lainnya untuk peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin upaya pelayanan kesehatan perorangan. Dalam Rumah Sakit Tanpa Kelas perbedaan kelas hanya terletak pada perbedaan penyakit saja bukan berdasarkan kemampuan ekonomi pasiennya. Dengan demikian, Rumah Sakit Tanpa Kelas lebih mengedepankan pelayanan secara profesional tanpa membedakan kelas-kelas yang ada.
- d) Pelayanan Kesehatan Bergerak.** Pelayanan Kesehatan Bergerak adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak di wilayah Papua dalam rangka meningkatkan akses dan ketersediaan pelayanan kesehatan bagi OAP yang tinggal di daerah terpencil dan sangat terpencil yang tidak memiliki fasilitas kesehatan dan daerah yang tidak mendapat pelayanan kesehatan.
- e) Telemedicine.** *Telemedicine* adalah *platform* layanan kesehatan secara online yang dilakukan tenaga kesehatan untuk memantau kondisi pasien yang kesulitan datang secara langsung ke fasilitas kesehatan. Layanan ini diberikan secara gratis bagi OAP yang karena hambatan geografis atau kondisi transportasi tidak bisa datang ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya untuk konsultasi dengan dokter, atau karena kondisi kesehatan pasien yang tidak memungkinkan melakukan perjalanan jauh.

- f) **Fasilitas Kesehatan untuk Penyakit spesifik.** Model ini ditujukan untuk mengatasi permasalahan penyakit-penyakit spesifik di wilayah Papua. Sebagaimana diketahui Provinsi Papua dan Papua Barat merupakan lokasi endemis malaria dan beberapa jenis penyakit menular yang mengkhawatirkan. Untuk mengatasi perkembangan beberapa penyakit dimaksud, maka Provinsi Papua dan Papua Barat patut mempertimbangkan untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang diarahkan secara khusus menangani jenis penyakit spesifik.

Berdasarkan uraian di atas, setidaknya terdapat tujuh rekomendasi kebijakan utama—setiap kebijakan terdiri dari beberapa sub-kebijakan—untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di wilayah Papua, terutama bagi OAP. Kebijakan tersebut sejatinya dapat dikeluarkan dan ditetapkan baik oleh pemerintah pusat ataupun pemerintah daerah.

**Pertama**, dukungan dan tambahan SDM kesehatan (petugas dan tenaga Kesehatan). Kebijakan umum dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang tidak membedakan kebijakan SDM kesehatan dengan daerah lain yang sesuai dengan standar nasional yang berlaku. Sub-kebijakan yang dibutuhkan mendukung pembangunan kesehatan di wilayah Papua, antara lain dilakukan dengan meningkatkan jumlah tenaga kesehatan khusus melaksanakan kegiatan promotif dan preventif.

**Kedua**, kebijakan pengembangan dan peningkatan prasarana (rumah sakit rujukan dan non-rujukan, Puskesmas rawat Inap dan rawat jalan) serta penyediaan dan peningkatan sarana Kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas. Sementara sub-kebijakan yang terkait adalah dengan mendorong perbaikan dan peningkatan sarana dan prasarana kesehatan (rumah sakit dan Puskesmas) telah terbangun (eksisting) yang dilaksanakan secara berahap.

**Ketiga**, mengembangkan model pelayanan dan meningkatkan pelayanan kesehatan bagi OAP dengan menjangkau sampai ke wilayah terisolasi. Implementasinya dapat dilalukan melalui tiga sub-kebijakan yang efektif dapat dilaksanakan yaitu; pelayanan kesehatan konvensional dan/atau regular yang dilaksanakan selama ini; dan pelayanan kesehatan melalui petugas Kesehatan mengunjungi (*outreach*) wilayah permukiman masyarakat OAP di kampung-kampung. Pendekatan *outreach* berbeda dengan pendekatan konvensional/regular dimana pelayanan kesehatan dilakukan dengan menunggu OAP berkunjung ke unit layanan kesehatan. Sedangkan pendekatan *outreach*, petugas mengunjungi (*outreach*) ke permukiman OAP. Dalam pendekatan ini, masyarakat OAP juga dibebaskan dari biaya dengan mengoptimalkan pemanfaatan JKN-KIS/BPJS dan KPS. Pendekatan ini juga dapat dilakukan untuk penguatan dan peningkatan penanganan dan pencegahan COVID-19.

**Keempat**, kebijakan penguatan dan peningkatan peran kelembagaan unit layanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dan Pustu/Poskesdes) disekitar permukiman OAP. Di sini, Dinas Kesehatan sebagai lembaga pengampu dan bertanggung jawab terhadap pembangunan Kesehatan di daerah. Kelembagaan unit layanan kesehatan yang berhadapan langsung dengan masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM). Kunci menciptakan masyarakat OAP, selain dipengaruhi oleh perilaku masyarakat OAP sendiri, juga peran aktif unit layanan kesehatan yang di dukung dengan tim tenaga Kesehatan yang memadai.

**Kelima**, kebijakan pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) menetapkan lokasi-lokasi pembangunan Rumah Sakit rujukan regional pada wilayah-wilayah adat dan ekologi yang belum memiliki Rumah Sakit umum, serta daerah-daerah yang belum memiliki Puskesmas. Penempatan Rumah Sakit di pusat-pusat klaster wilayah adat dan ekologi sebagai pendukung persiapan dikembangkan menjadi pusat pertumbuhan ekonomi baru tersebar di antara klaster wilayah-wilayah adat.

**Keenam**, penguatan kebijakan integrasi sumber-sumber pendanaan bidang Kesehatan dari berbagai sumber pendanaan sesuai peruntukannya yang diintegrasikan melalui perencanaan pembangunan bidang Kesehatan dan sumber pendanaan yang dikelola di setiap kabupaten/kota dan provinsi.

**Ketujuh**, pemerintah daerah memberikan prioritas kebijakan pada beberapa aspek prioritas yaitu, SDM tenaga kesehatan, peningkatan prasarana dan sarana kesehatan, pelaksanaan pelayanan kesehatan, penguatan kelembagaan unit layanan kesehatan, lokasi strategis pembangunan rumah sakit dan puskesmas, integrasi pendanaan dan penguatan tata kelola keuangan bidang kesehatan.



## DAFTAR PUSTAKA

Katalog Dalam Terbitan. Panduan pelayanan kesehatan bergerak.—  
Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2020

Pencapaian status kesehatan ibu dan bayi sebagai salah satu  
perwujudan keberhasilan program kesehatan ibu dan anak. Tri Rini Puji  
Lestari. Jakarta. Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, 2020

Kajian permasalahan kesehatan ibu hamil di Papua. Yohanes Medika  
Seta Diaseptana. Fakultas Farmasi, Universitas Sanata Dharma,  
Yogyakarta, 2017

Pengelompokan Wilayah Menurut Kesehatan Balita di Provinsi Papua  
Dengan Metode K-Means Cluster. Diah Wahyuni, Badan Pusat Statistik  
Provinsi Papua. 2021

BPS. Provinsi Papua Dalam Angka 2021

BPS. Provinsi Papua Barat Dalam Angka 2021

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

[https://www.papua.go.id/view-detail-berita-5051/tingkat-kesehatan-  
masyarakat-papua-masih-rendah.html](https://www.papua.go.id/view-detail-berita-5051/tingkat-kesehatan-masyarakat-papua-masih-rendah.html)

[https://dinkes.papuabaratprov.go.id/artikel/penyakit-katastrofik-  
pemegang-rekor-di-papua-barat](https://dinkes.papuabaratprov.go.id/artikel/penyakit-katastrofik-pemegang-rekor-di-papua-barat)

Pelayanan Kesehatan bagi Orang Asli Papua (OAP) di Provinsi Papua  
Barat: Hal-hal apa saja yang perlu kita perhatikan? Agus Sumle. 2019



ISBN 978-623-6080-54-2 (PDF)



9 786236 080542

**KOMPAK**

*Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan  
Kemitraan Pemerintah Australia - Indonesia*