

IMPLEMENTASI KEBIJAKSANAAN BIDANG KESEHATAN DALAM PENINGKATAN DERAJAT DAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DI KABUPATEN SORONG PROVINSI PAPUA BARAT

Oleh

Naomi Netty Howay¹

Murtir Jeddawi², Khasan Effendy³, Sampara Lukman⁴

¹⁾ Inspektorat Kabupaten Maybrat-Papua Barat
Program Doktor Ilmu Pemerintahan Institut Pemerintahan Dalam Negeri
alaramelan@gmail.com

^{2, 3, 4)} Institut Pemerintahan Dalam Negeri

ABSTRACT

The health service program in Sorong Regency has not been able to run optimally due to lack of facilities /infrastructure, especially in the district and village areas, the quality of the medical, distribution of medicines, work patterns and information systems for health services and health status is not optimal. This research uses the Qualitative Explanatory method with the Inductive approach and analyzed with an interactive model. Grindle said, 1980, there were 6 (six) main indicators and 2 (two) indicators in implementing policies namely; Interests affected, Site of decision making, programs implemented and public resources, Extent of change envisioned, Power, interests and strategies of actors involved, Institution and regime characteristics, compliance and responsiveness, Impact on society, individual and groups, Change and its acceptance. The NAOMI model in implementing health policy is based on the distinctiveness of the Papua region by taking into account the needs of Papuan Indigenous People and Non-native Papuans

Keywords: health services, public policy, Naomi's Model

ABSTRAK

Program pelayanan kesehatan di Kabupaten Sorong belum dapat berjalan optimal karena kurangnya sarana/prasarana, terutama di wilayah distrik dan kampung, kualitas para medis, distribusi obat-obatan, pola kerja dan sistem informasi pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan belum optimal. Penelitian ini menggunakan metode Kualitatif Eksplanatorif dengan pendekatan Induktif dan dianalisis dengan model interaktif. Grindle mengatakan, 1980, ada enam indikator utama dan dua indikator turunan dalam implementasi kebijakan yakni *Interests affected, Site of decision making, program implementors and resources committed, Extent of change envisioned, Power, interests and strategies of actors involved, Institution and regime characteristics, Compliance and responsiveness, Impact on society, individual and groups, change and its acceptance*. Model NAOMI dalam implementasi kebijakan bidang kesehatan berdasarkan kekhasan daerah Papua dengan memperhatikan kebutuhan Orang Asli Papua dan Orang Non-Asli Papua.

Kata kunci: pelayanan kesehatan, kebijakan publik, model Naomi

PENDAHULUAN

Kondisi kesehatan masyarakat di Papua Barat yang menjadi sorotan, mencakup empat hal, yakni kesehatan ibu dan anak, gizi masyarakat, penyakit menular malaria, *tuberculosis* (TBC) dan HIV-Aids.¹ Angka HIV-Aids di Provinsi Papua Barat dilihat berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia kasus kumulatif HIV/AIDS pada periode 1 April 1987 sampai dengan 31 Maret 2013, angka HIV mencapai 10.776 jiwa dan AIDS 7.796 jiwa dengan total 18.676 jiwa. Hal tersebut menempatkan Provinsi Papua Barat merupakan daerah tertinggi di seluruh Indonesia.²

Data Susenas 2016 mencatat bahwa sekitar 1 dari 5 orang (18,84%) di Kabupaten Sorong yang mengalami keluhan kesehatan³. dan sebanyak 11,80% penduduk Kabupaten Sorong dinyatakan menderita sakit⁴. Berdasarkan data tersebut, upaya pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan di Kabupaten Sorong selama ini, harus diakui telah memberikan kontribusi terhadap peningkatan indikator derajat kesehatan masyarakat. Akan

tetapi pembangunan kesehatan belum mencapai hasil yang optimal yang ditandai dengan berbagai masalah kesehatan masih banyak ditemukan, terutama sekali terhadap kepuasan pelayanan kesehatan pada masyarakat lapisan bawah. Sampai dengan saat ini, penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat masih dititikberatkan pada upaya kuratif⁵, sehingga perlu juga peningkatan upaya kesehatan yang bersifat peningkatan (promotif⁶) dan pencegahan (preventif⁷).

Berbagai persoalan kesehatan masyarakat di Kabupaten Sorong (Renstra Dinas Kesehatan, 2016), seperti rendahnya cakupan kunjungan ibu hamil (K4), Cakupan Desa UCI, kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), masih tingginya angka kesakitan (morbiditas) akibat penyakit-penyakit menular atau infeksi, tingginya angka kematian ibu dan bayi. Program pelayanan kesehatan di Kabupaten Sorong belum dapat berjalan optimal karena kurangnya sarana/prasarana, terutama di wilayah distrik dan kampung, kualitas para medis, distribusi obat-obatan, pola kerja dan sistem informasi pelayanan kesehatan dan anggaran yang kecil.

Rumusan Masalah

Bagaimanakah model implementasi kebijaksanaan bidang kesehatan dalam peningkatan derajat dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Sorong Provinsi Papua Barat?

1 <http://www.suarapembaruan.com>, 11 Oktober 2013

2 Suara Pembaharuan, "Protes dan Pelayanan Pencegahan HIV-AIDS di Papua Tak Mempan". <http://sp.beritasatu.com/nasional/protes-dan-pelayanan-pencegahan-hiv-aids-di-papua-tak-mempan/43181>. Diakses tanggal 21/02/2018 pukul 12: 34 WIB.

3 Susensus 2016, banyaknya keluhan akibat masalah kesehatan ini digunakan untuk mengukur derajat kesehatan pada masyarakat. Masyarakat dianggap memiliki derajat kesehatan yang semakin tinggi ketika keluhan kesehatan yang dialami semakin sedikit.

4 Konsep menderita sakit yang dicatat dalam Susenas 2016 adalah mengalami keluhan kesehatan dan terganggunya pekerjaan, sekolah atau kegiatan sehari-hari (tidak dapat melakukan kegiatan secara normal seperti bekerja, sekolah atau kegiatan sehari-hari sebagaimana mestinya).

5 Kuratif berarti menolong menyembuhkan (penyakit dsb) (Depdiknas, Kamus Besar Bahasa Indonesia, Jakarta, Balai pustaka, hlm 617).

6 Promotif berarti bersifat memajukan atau meningkatkan (Ibid, hlm 898).

7 Preventif berarti bersifat mencegah (supaya jangan terjadi apa-apa) (Ibid, hlm 894).

KAJIAN TEORETIS

Kebijakan Publik

Aspek-aspek yang terpenting dari keseluruhan proses kebijakan publik di atas adalah formulasi kebijakan publik; implementasi kebijakan publik dan evaluasi kebijakan publik.

- a. Formulasi kebijakan⁸ adalah pengembangan sebuah mekanisme untuk menyelesaikan masalah publik, yaitu pada tahap para analis kebijakan publik mulai menerapkan beberapa teknik untuk menjustifikasikan bahwa sebuah pilihan kebijakan merupakan pilihan yang terbaik dari kebijakan yang lain.
- b. Implementasi Kebijakan⁹ adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya.
- c. Evaluasi kebijakan¹⁰ merupakan kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak.

Implementasi Kebijaksanaan

Implementasi kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn dapat dijelaskan sebagai berbagai tindakan yang dilakukan oleh individu maupun kelompok baik pemerintah ataupun swasta untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan.¹¹ Sejalan dengan pendapat dari Van Meter dan Van Horn, Mazmanian dan Sabatier melihat kebijakan dasar yang dapat

berupa undang-undang, perintah, maupun keputusan eksekutif yang biasanya berisi tentang identifikasi masalah, tujuan dan sasaran yang ingin dicapai, dan memiliki struktur dan aturan yang mengatur proses implementasi¹². Sejalan dengan kondisi tersebut, Grindle mengemukakan bahwa: keberhasilan implementasi ditentukan oleh tingkat implementability kebijakan itu sendiri, yang terdiri atas *Content of Policy* dan *Context of Implementation* (isi kebijakan dan konteks implementasinya) antara lain:¹³

- a. *Content of Policy* (isi kebijakan) mencakup
 - 1) *Interests affected* (kepentingan yang dipengaruhi oleh kebijakan)
 - 2) *Type of benefits* (jenis manfaat yang akan dihasilkan)
 - 3) *Extent of change envisioned* (derajat perubahan yang diinginkan)
 - 4) *Site of decision making* (kedudukan pembuat kebijakan)
 - 5) *Program implementors* (siapa pelaksana program)
 - 6) *Resources committed* (sumber daya yang dikerahkan)
- b. *Context of Implementation* (konteks implementasi) meliputi:
 - 1) *Power, interests and strategies of actors involved* (kekuasaan, kepentingan, strategi actor yang terlibat).
 - 2) *Institution and regime characteristics* (karakteristik lembaga dan penguasaan)
 - 3) *Compliance and responsiveness* (kepatuhan dan daya tanggap pelaksana).

8 Woll dalam Anggara, Sahya. "Kebijakan Publik". Bandung: Pustaka Setia 2015 hlm 184)

9 Nugroho, Riant, "Public Policy". Jakarta: Elex Media Computendo 2012 hlm 674

10 Winarno, Budi. "Kebijakan Publik: Teori dan Proses". Jakarta: Buku Kita, 2007 hlm 226

11 Van Meter dan Van Horn, "The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework", *Administration & Society*, 1975;6;445, Ohio State University.

12 Michael Hill, dan Peer L. Hupe, "Implementing Public Policy. An Introduction to The Study of Operational Governance". London: SAGE Pub, hlm 7.

13 *Ibid*, hlm 8-10

c. *Outcomes* (hasil kebijakan) itu adalah:

- 1) *Impact on society, individual and groups* (dampak pada masyarakat, kelompok, dan individu)
- 2) *Change and its acceptance* (perubahan dan penerimaan masyarakat).

Berbagai pendapat tersebut memiliki kesamaan, yaitu bahwa proses implementasi kebijakan merupakan suatu bentuk tindakan untuk mencapai tujuan.

Strategi Implementasi Kebijakan dengan Pendekatan ASOCA

Pendekatan baru yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas SDM Kesehatan adalah dengan pendekatan ASOCA. Terminology ASOCA menurut Ermaya Suradinata dijelaskan sebagai berikut¹⁴.

1. *Ability* adalah kemampuan berasal dari kata mampu yang berarti kuasa (biasa, sanggup) melakukan sesuatu, dapat juga orang berada atau kaya, mempunyai harta berlebih, kemampuan juga dapat diartikan kesanggupan, kecakapan, kemampuan diri sendiri.
2. *Strength* adalah kekuatan atau ketangguhan berasal dari kata tangguh yang berarti sulit dikalahkan, kuat, handal, kuat sekali, tabah dan kuat, kukuh. Ketangguhan berarti pula kekuatan, keuletan.
3. *Opportunity* adalah peluang berarti ruang gerak, baik yang bersifat konkret maupun Abstrak dan memberikan kesempatan, kemungkinan untuk melakukan kegiatan yang bermanfaat bagi usaha untuk mencapai cita-cita tujuan dan program.

4. *Culture* adalah budaya berarti pikiran, akal budaya, hasil, adat istiadat, dan sesuatu mengenai kebudayaan yang sudah berkembang (beradab, maju) atau sesuatu yang menjadi kebiasaan yang sulit diubah karena kesepakatan dalam lingkungan tertentu yang terus menerus dipelihara.
5. *Agility* adalah kecerdasan berasal dari kata cerdas yang berarti sempurna perkembangan akal budi, tajam pikiran, kemampuan akal budinya, ketajaman pikiran dan kepandaian.

Berdasarkan pendekatan ASOCA, pada tahapan perumusan strategi, maka strategi yang perlu dilakukan harus berdasarkan pada kemampuan, kekuatan, peluang, budaya dan kecerdasan yang dimiliki organisasi. Penempatan strategi tersebut hendaknya diyakini keberhasilannya, dapat dipercaya, serta dapat dilaksanakan.

KERANGKA PEMIKIRAN

Berdasarkan teori dari M.S Grindle, 1980, ada enam indikator utama dan dua indikator turunan dalam implementasi kebijakan yakni:

1. *Interests affected* (kepentingan yang dipengaruhi oleh kebijakan)
2. *Site of decision making, program implementors and resources committed* (Kedudukan pembuat kebijakan, pelaksana program dan sumber daya yang dikerahkan) (kedudukan pembuat kebijakan)
3. *Extent of change envisioned* (derajat perubahan yang diinginkan) *Power, interests and strategies of actors involved* (kekuasaan, kepentingan, strategi aktor yang terlibat)
4. *Institution and regime characteristics* (karakteristik lembaga dan penguasaan)
5. *Compliance and responsiveness* (kepatuhan dan daya tanggap pelaksana)

14 Suradinata, Ermaya, "Implementasi Revolusi Mental dalam Harmonisasi Berbudaya di Kalimantan Barat". Makalah Dialog Interaktif Dalam Rangka Hari Ulang Tahun Kalimantan Barat ke-60 di Pontianak pada 21 Februari 2017.

6. *Impact on society, individual and groups* (dampak pada masyarakat, kelompok, dan individu)
7. *Change and its acceptance* (perubahan dan penerimaan masyarakat).

Dari delapan indikator implementasi kebijakan di atas, item 1 – 6 adalah indikator utama dari *CONTENT OF POLICY* and *CONTENT OF IMPLEMENTATION* yang diadopsi dari model implementasi kebijakan menurut Grindle. dan item 7 – 8 merupakan indikator turunan merupakan dampak dari implementasi kebijakan.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif eksploratif dengan pendekatan induktif. Metode eksploratif digunakan untuk menggambarkan aspek-aspek yang berkaitan dengan fokus yang diamati dan dikaji dengan pendekatan induktif. Creswell¹⁵ mengemukakan bahwa: Metode penelitian kualitatif merupakan metode-metode untuk menguji teori-teori tertentu dengan cara meneliti hubungan antara variabel. Lokasi penelitian ini adalah Kabupaten Sorong Provinsi Papua Barat. Informan penelitian ini adalah perumus kebijakan, pelaksana kebijakan dan sasaran kebijakan yang ditetapkan secara snowball. Data yang diperlukan dapat diperoleh dengan menggunakan teknik pengumpulan data: wawancara, observasi, dan dokumentasi.

Analisis terhadap data-data yang berhasil dikumpulkan selama kegiatan magang dilakukan dengan menggunakan model interaktif dari Miles dan Huberman¹⁶. Model interaktif meliputi tahap-tahap reduksi data, penyajian data, dan penarikan simpulan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Kabupaten Sorong

Menurut sejarah, nama Sorong diambil dari nama sebuah perusahaan minyak Belanda yang pada saat itu diberikan kewenangan untuk mengelola dan mengeksplorasi minyak di wilayah Sorong, yaitu *Seismic Ondersub Oirl Nieuw Guines* atau disingkat SORONG. Awal mulanya pemerintah tradisional di wilayah Kabupaten Sorong dibentuk oleh Sultan Tidore guna perluasan wilayah Kesultanan Tidore. Kabupaten Sorong merupakan salah satu daerah yang terletak di kepala burung Pulau Papua. Secara geografis Kabupaten Sorong terletak pada koordinat 130° 40' 49"-132° 13' 48" BT dan 00° 33' 42"-01° 35' 29" LS. Sementara secara administrasi, Kabupaten Sorong merupakan bagian dari Provinsi Papua Barat dengan luas wilayah 12.159,42 Km². Hasil Proyeksi Penduduk keadaan Juni 2016, Kabupaten Sorong mempunyai penduduk sebanyak 82.784 jiwa, yang terdiri dari 43.683 jiwa penduduk laki-laki dan 39.101 jiwa penduduk perempuan. Laju pertumbuhan penduduk pada 2015-2016 sebesar 2,59%.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) 2014 sebesar 61,23 (menggunakan metode baru) yang masih tergolong tingkat menengah bawah, lebih rendah dari IPM Nasional sebesar 68,90 dan IPM Provinsi Papua Barat 61,28. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun telah terjadi perbaikan kualitas kesehatan, pendidikan dan pendapatan masyarakat namun kualitas SDM masih relatif rendah dibanding dengan rata-rata nasional.

Kondisi perekonomian Kabupaten Sorong 2016 bila dilihat dari nilai Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) menunjukkan perkembangan yang cukup baik. Nilai PDRB Kabupaten Sorong atas dasar harga berlaku (ADHB) yang terbentuk pada 2016 mencapai 8,9 triliun rupiah. Nilai ini mengalami perkembangan 1,24 kali dari nilai PDRB ADHB tahun 2010 yang nilainya sebesar 7,2 triliun rupiah..

15 Creswell, John W. *Research Design (Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed)*, Achmad Fawaid, Edisi Ketiga. Yogyakarta: Pustaka Belajar, 2013 hlm: 5

16 *Ibid*, hlm 246-253

Perekonomian Kabupaten Sorong pada 2016 melambat dibandingkan kondisi tahun 2015. Hal tersebut dilihat dari laju pertumbuhan ekonomi PDRB Kabupaten Sorong 2016 yang mengalami penurunan dibandingkan tahun 2015. Pada 2016 laju pertumbuhan ekonomi PDRB Kabupaten Sorong sebesar 5,73 persen, sedangkan tahun 2015 laju pertumbuhan ekonomi PDRB Kabupaten Sorong sebesar 5,54 persen. Pada 2016 perekonomian Kabupaten Sorong didominasi oleh tiga kategori industri, yaitu kategori Industri Pengolahan, kategori Pertambangan dan Penggalian dan kategori Konstruksi. Pada 2016 kategori Industri Pengolahan memberikan peranan sebesar 45,08 persen bagi perekonomian Kabupaten Sorong. Kemudian diikuti oleh kategori Pertambangan dan Penggalian dengan kontribusi sebesar 16,53 persen; kategori Konstruksi dengan kontribusi sebesar 12,13 persen; Pertanian, Kehutanan dan Perikanan dengan kontribusi sebesar 10,22 persen dan kategori Administrasi Pemerintahan, Pertahanan dan Jaminan Sosial Wajib dengan kontribusi sebesar 7,99 persen. Sementara kategori yang lainnya memberikan kontribusi di bawah lima persen bagi perekonomian Kabupaten Sorong 2016.

Jumlah penduduk miskin di Kabupaten Sorong pada 2010 sampai dengan 2014 mengalami kenaikan. Pada 2010 jumlah penduduk miskin Kabupaten Sorong sebesar 23.61 ribu jiwa, pada 2011 sebesar 24.67 ribu jiwa, pada 2012 sebesar 25.31 ribu jiwa, pada 2013 sebesar 27.38 ribu jiwa, dan pada 2014 sebesar 27.27 ribu jiwa. Kemudian pada 2015 dan 2016 mengalami penurunan, yaitu sebesar 26.69 ribu jiwa dan 26.83 ribu jiwa secara berturut-turut.

Model Implementasi Kebijakan Bidang Kesehatan di Kabupaten Sorong

Model implementasi kebijakan bidang kesehatan adalah pola yang tersistem terkait

nilai-nilai dan kepercayaan yang disepakati (*the shared value and beliefs*) yang dipelajari, diterapkan secara berkesinambungan yang menjadi karakteristik inti mengenai proses pemunculan, pembentukan, sosialisasi, internalisasi dan penerapan nilai-nilai Integritas, Profesional dan Akuntabel sehingga memberi makna serta pedoman bagi petugas kesehatan untuk bersikap dan berperilaku.

Model tersebut sangat erat dengan kerangka pikir sistem kesehatan daerah yang mempunyai peranan besar dalam meningkatkan derajat kehidupan masyarakat di daerah, maka pemerintah daerah berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya. Maka perlu dikembangkan sistem kesehatan di masing-masing daerah yang menghimpun berbagai upaya pemerintah, masyarakat, dan swasta di daerah yang secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Oleh karena itu, model implementasi kebijakan bidang kesehatan menguraikan secara spesifik unsur-unsur implementasi kebijakan bidang kesehatan yang didasarkan kepada kearifan lokal (*local wisdom*) pada masing-masing daerah.

Model Implementasi kebijakan dalam Teori Grindle

Berdasarkan teori dari M.S Grindle, 1980, ada sebelas indikator dalam implementasi kebijakan yakni:

1. *Interests affected* (kepentingan yang dipengaruhi oleh kebijakan)
2. *Type of benefits* (jenis manfaat yang akan dihasilkan)
3. *Site of decision making* (kedudukan pembuat kebijakan)
4. *Program implementors* (siapa pelaksana program)
5. *Resources committed* (sumber daya yang dikerahkan)

6. *Extent of change envisioned* (derajat perubahan yang diinginkan)
7. *Institution and regime characteristics* (karakteristik lembaga dan penguasaan)
8. *Institution and regime characteristics* (karakteristik lembaga dan penguasaan)
9. *Compliance and responsiveness* (kepatuhan dan daya tanggap pelaksana)
10. *Impact on society, individual and groups* (dampak pada masyarakat, kelompok, dan individu)
11. *Change and its acceptance* (perubahan dan penerimaan masyarakat).

Dari sebelas indikator implementasi kebijakan di atas, diintegrasikan ke dalam teori pelayanan publik dari Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990) yang meliputi lima indikator pelayanan:

1. *Tangibles*, yaitu fasilitas fisik, peralatan, pegawai dan fasilitas-fasilitas komunikasi yang dimiliki penyedia layanan.
2. *Reliability* adalah kemampuan untuk menyelenggarakan pelayanan yang dijamin secara akurat.
3. *Responsivitas*, yaitu kemampuan untuk menyelenggarakan pelayanan secara ikhlas.
4. *Assurance* merupakan pengetahuan, kesopanan dan memberikan kepercayaan kepada pengguna layanan.
5. *Emphaty* adalah kemampuan memberikan perhatian pengguna layanan secara individual.

Berdasarkan analisis hasil observasi, wawancara dan studi dokumentasi, maka disimpulkan bahwa atau kekhasan daerah justru menjadi faktor-faktor penghambat implementasi kebijakan bidang kesehatan di Kabupaten Sorong. Adapun faktor-faktor penghambat tersebut adalah:

- (1) Masalah anggaran otonomi khusus yang diberikan tidak merata,

- (2) Kondisi geografis yang sulit terjangkau dengan akses kesehatan yang jauh,
- (3) Kesadaran masyarakat untuk mewujudkan hidup sehat rendah, dan
- (4) SDM Kesehatan yang membedakan kelas Orang Asli Papua dengan orang Non-Asli Papua menimbulkan lambatnya pembangunan SDM di Papua
- (5) Sarana prasarana Puskesmas dan fasilitas kesehatan yang kurang memadai.

Model Kebijakan Bidang Kesehatan

Berdasarkan pendekatan dan analisis strategi baik dengan pendekatan SWOT maupun ASOCA, ditemukan upaya strategis dalam bentuk model untuk perwujudan kebijakan penanganan masalah kesehatan di Kabupaten Sorong. Identifikasi unsur model dimaksud ditemukan dari analisis mendalam didukung pendekatan Teoretis sesuai dengan pertanyaan penelitian dan tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini.

Unsur model dimaksud meliputi, unsur Natural, Agility, Opportunity, Managerial dan Indigenous. Pemilihan dimensi dimaksud selain hasil analisis terhadap teori implementasi kebijakan dengan teknik SWOT dan ASOCA juga hasil perenungan mendalam peneliti sesuai tujuan penelitian, termasuk ditemukannya model yang kontekstual di lokasi penelitian, yang memiliki sifat kebaruan (*novety*). Dimensi-dimensi dimaksud sebagai berikut.

a. *Natural*

Natural berkaitan erat dengan budaya setempat. Suradinata¹⁷ mengatakan *culture* atau budaya berarti pikiran, akal budaya, hasil, adat istiadat, dan sesuatu mengenai kebudayaan yang sudah berkembang (beradab, maju) atau sesuatu yang menjadi kebiasaan yang sulit diubah karena kesepakatan dalam

17 Ermaya Suradinata, 2013 hlm 19

lingkungan tertentu yang terus menerus dipelihara. Dengan budaya orang akan maju dan modern serta selalu hidup pada zamannya.

Dari survei lapangan perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat Papua pada umumnya masih rendah dan masih jauh dari harapan. Ini dibuktikan dengan kondisi lingkungan yang tidak bersih, rendahnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, penggunaan jamban sehat yang sangat rendah, aktivitas merokok yang tinggi, dan lain-lainnya. Banyak masyarakat Papua juga yang tidak mengenal sistem jaminan pemeliharaan kesehatan, yang mereka pahami jika sakit obat akan diberikan secara gratis bahkan untuk rujukan ke RSUD juga digratiskan. Agar dapat menjamin sistem kesehatan dan jasa pelayanan kesehatan di Papua menjadi baik, perlu adanya satu program layanan kesehatan yang disesuaikan dengan kearifan lokal orang-orang asli Papua, termasuk karakteristik dan keunikan kehidupan orang asli Papua.

b. Agility

Agility (kecerdasan) berasal dari kata ‘cerdas’ yang berarti sempurna perkembangan akal budi, tajam pikiran, kesempurnaan dalam pertumbuhannya, kesempurnaan akal budinya, ketajaman pikiran dan kepandaian. Kemampuan saja tidak cukup, harus dengan kecerdasan dalam mengolah pikir, menganalisis suatu informasi untuk dijadikan bahan putusan.¹⁸ Kecerdasan diperlukan dalam upaya mengoordinasikan, mengharmoniskan atau menyerasikan seluruh kegiatan sehingga dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Puskesmas sebagai

penanggung jawab dalam pelayanan kesehatan di wilayah distrik diperlukan kecerdasan untuk berinovasi dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk memecahkan permasalahan bidang kesehatan.

c. Opportunity

Opportunity (peluang) berarti ruang gerak, baik yang bersifat konkret maupun Abstrak dan memberikan kesempatan, kemungkinan untuk melakukan kegiatan yang bermanfaat bagi usaha untuk mencapai cita-cita tujuan dan program.¹⁹ Peluang yang dapat dimanfaatkan untuk memecahkan permasalahan kesehatan di Kabupaten Sorong adalah banyaknya investor yang memberikan kesan positif untuk berinvestasi di Kabupaten Sorong, mengingat Kabupaten Sorong merupakan pintu masuk bagi jalur ekonomi khususnya Provinsi Papua Barat. Puskesmas sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kesehatan di wilayah distrik diperlukan kecerdasan untuk berinovasi dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk memecahkan permasalahan bidang kesehatan.

d. Managerial

Salah satu faktor yang membuat organisasi dapat berkembang adalah kompetensi manajernya.²⁰ Anthony²¹ mengatakan para pemimpin organisasi disebut manajer, sedangkan secara kolektif mereka disebut manajemen. Manajer yang mempunyai kompetensi memadai cenderung mampu meningkatkan organisasi, dan sebaliknya manajer yang kurang memiliki kompetensi cenderung

18 Ermaya Suradinata, “Analisis Kepemimpinan, Strategi Pengambilan Keputusan” Alqaprint Jatinangor, 2016 hlm 19

19 *Idem*, hlm 19

20 Made Pidarta, “Manajemen Pendidikan Indonesia” PT Rineka Cipta Jakarta, 2004 Hlm 234

21 Anthony dalam Made Pidarta “Manajemen ...” PT Rineka Cipta Jakarta, 2004 Hlm 3

membuat organisasi itu mandeg atau mundur. Adapun administrasi adalah proses yang ada dalam organisasi. Kalau proses itu baik menandakan organisasi makin maju, sebaliknya apabila proses itu semakin jelek dan akhirnya macet menandakan organisasi itu mundur dan akhirnya mati.

Agar dapat menjalankan fungsi-fungsi manajemen yang diperlukan, para manager membutuhkan ketiga macam keterampilan tersebut untuk dapat memenuhi persyaratan peran mereka, kebutuhannya relative sesuai dengan tingkat kepemimpinannya.

e. *Indigenous*

Kebijakan otonomi khusus Papua memiliki peluang ditingkatkan menjadi otonomi khusus plus. Hal ini akan melahirkan nilai-nilai *igneous* yang meletakkan kualitas urusan khusus (budaya) lebih besar dibanding urusan yang selama ini dikerjakan pemerintah. Partisipasi elit dan masyarakat dalam implementasi kebijakan bidang pendidikan dan kesehatan masih kurang. Dalam hubungan itu, selain upaya pendidikan yang berkelanjutan, diperlukan pula sosialisasi konsep dan kebijakan Otsus secara terus menerus sehingga dapat diterima manfaatnya bukan saja oleh elit, melainkan juga oleh masyarakat Papua secara luas. Terbatasnya kualitas sumber daya manusia merupakan penghalang utama sehingga para elite lokal kurang mampu mengembangkan urusan khusus yang diamanatkan undang-undang. Dengan keterbatasan tersebut, daerah masih kurang mampu untuk mengeksplorasi dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia bagi sebesar-besarnya kemakmuran daerah Papua²².

Model NAOMI dalam Kebijakan Bidang Kesehatan di Papua sangat cocok diterapkan berdasarkan Kekhasan Daerah Papua, dengan menghasilkan proposisi mayor bahwa:

- (1) Nilai-nilai yang terdapat dalam masing-masing dimensi *tangibles*, *realibility*, *responsivitas*, *empaty* dan *assurance*, telah mewujudkan Model Naomi dalam implementasi kebijakan bidang kesehatan berdasarkan kekhasan daerah papua.
- (2) Otonomi Khusus Papua dapat mendukung pembangunan SDM dan Kesehatan di Papua dengan memperhatikan kebutuhan Orang Asli Papua dan Orang Non-Asli Papua.
- (3) Nilai-nilai yang terkandung dalam pendekatan ASOCA, mengatasi aspek penghambat akan mempercepat terwujudnya Model Naomi dalam implementasi kebijakan bidang kesehatan berdasarkan kekhasan daerah papua.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Said Zaenal. 2012. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Adisasmita, Rahardjo. 2011. *Manajemen Pemerintah Daerah*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Adisasmito, Wiku. 2014. *Sistem Kesehatan Edisi Kedua*. Jakarta: PT Rajawali Press.
- Ali, Faried dan Alam, Andi Samsu, 2012. *Studi Kebijakan Pemerintah*. Bandung: Refika Aditama
- Anggara, Sahya. 2014. *Kebijakan Publik*. Bandung: Pustaka Setia
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktis-Edisi Revisi*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan-Kementerian Kesehatan. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 14 No. 1 Januari 2011: 49–58

22 Idem hlm 169

- Bungin, M. Burhan. 2007. *Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial lainnya*. Jakarta: Kencana Prenadamedia Group.
- Creswell, John W. 2010. *Research Design (Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed)*, Achmad Fawaid, Edisi Ketiga. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Depdiknas, 2001. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka
- Gaspersz, Vincent. 2003. *Total Quality Management*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Hasan, Erliana . 2014. *Komunikasi Pemerintahan*. Jakarta: Universitas Terbuka
- Hardiyansyah, 2011. *Kualitas Pelayanan Publik: Konsep, Dimensi, Indikator dan Implementasinya*. Yogyakarta: Gava Media
- Hartono, Bambang. 2010. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta, Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta, Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta, Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta, Kemenkes RI.
- Labolo, Muhadam, 2014. *Desentralisasi Asimetris di Indonesia. Peluang, Tantangan dan Recovery*” Jakarta: Wadi Press.
- Moleong, Lexy J. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Nazir, Moh. 2005. *Metode Penelitian*. Bogor Selatan: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, Riant, 2012. *Public Policy*. Jakarta: Elex Media Computendo.
- Parsons, Wayne. 2011. *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta: Kencana Prenadamedia.
- Purwitasari “*Rancangan Strategi Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Soreang UPTD Pelayanan Kesehatan Kecamatan Soreang Kabupaten Bandung*”, Tesis Magister Manajemen Administrasi Rumah Sakit Universitas Pasundan, Bandung, 2016
- Silalahi, Ulber. 2011. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Subekti. 2001. *Pokok-Pokok Hukum Perdata*. Jakarta: PT Intermasa.
- Sudarmanto. 2014. *Kinerja dan Pengembangan Kompetensi SDM: Teori, Dimensi Pengukuran, dan Implementasi dalam Organisasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sumaryadi, I Nyoman, 2010. *Sosiologi Pemerintahan: Dari Perspektif Pelayanan, Pemberdayaan, Interaksi, dan Sistem Kepemimpinan Pemerintahan Indonesia*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Sumaryadi, I Nyoman, 2016, *Reformasi Birokrasi Pemerintahan Menuju tata Kelola Pemerintahan yang Baik*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Suradinata, Ermaya, 2017. *Implementasi Revolusi Mental dalam Harmonisasi Berbudaya di Kalimantan Barat*. Makalah Dialog Interaktif Dalam Rangka Hari Ulang Tahun Kalimantan Barat ke-60 di Pontianak tanggal 21 Februari 2017
- Matutina. 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Gramedia Widya Sarana Indonesia
- Nawawi, Zaidan, 2013. *Manajemen Pemerintahan*. Jakarta: Rajawali Press
- Sudarmanto. 2014. *Kinerja dan Pengembangan Kompetensi SDM: Teori, Dimensi Pengukuran, dan Implementasi dalam Organisasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Sianipar, J.P.G. 2001. *Manajemen Pelayanan Masyarakat*. Jakarta: LAN-RI

- Soekidjo Notoatmodjo, 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, Cet. 1*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sulistiyani, Ambar Teguh, 2011 *Memahami Good Governance: Dalam Perspektif Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Gava Media
- Suradinata, Ermaya, 2017. *Implementasi Revolusi Mental Dalam Harmonisasi Berbudaya Di Kalimantan Barat*. Makalah Dialog Interaktif Dalam Rangka Hari Ulang Tahun Kalimantan Barat ke-60 di Pontianak tanggal 21 Februari 2017.
- Suradinata, Ermaya, 2016. *Analisis Kepemimpinan: Strategi Pengambilan Keputusan*. Jatinangor: Alqaprint.
- Suradinata, Ermaya, 1998. *Organisasi dan Manajemen Pemerintahan Dalam Era Globalisasi*. Bandung: CV Ramadhan.
- Wasistiono, Sadu, 2017. *Perkembangan Ilmu Pemerintahan dari Klasik sampai ke kontemporer*. Jatinangor: IPDN Press Jatinangor.
- Widodo, Joko, 2011. *Analisis Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasi Analisis Proses Kebijakan Publik*. Jakarta: Bayumedia Publishing.
- Winarno, Budi, 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Jakarta: Buku Kita.
- Winarno, Wing. 2006. *Sistem Informasi Manajemen*. Yogyakarta: UPP (Unit Penerbit dan Percetakan) STIM YKPN.
- Winda Arisandi. *Strategi Dinas Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan melalui Metode CRC (Citizen Report Card) di Kota Surabaya*. Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik, Prodi Ilmu Administrasi Negara, FISIP, Unair Surabaya, Volume 3, No. 2, Mei – Agustus 2015.
- Yamin M. Saleh. *Mutu Pelayanan Publik Bidang Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Sukabumi*. Disertasi PPs Unpad Bandung, 2006
- <https://zh-cn.facebook.com/notes/bagaimana-papua-dapat-mewujudkan-pembangunan-berkelanjutan-pd-thn-2100/pandangan-budaya-papua-pekerjaan-waktu-tanah-jaminan-sosial/244840718942963>. Diakses 12/02/2019