



Formulasi Kebijakan Kesehatan Berbasis Karakteristik Wilayah Terpencil di Papua Selatan

Vincenzo R Serano¹, Nur Jalal², Syahrudin³

¹²³ Program Studi Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Musamus, Indonesia

Email : vincenzo@unmus.ac.id

Received: 10-03-2026

Accepted: 28-05-2026

Published: 01-06-2026

Abstrak

Pemerataan pelayanan kesehatan di wilayah terpencil masih menjadi tantangan utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia, khususnya di Provinsi Papua Selatan yang memiliki karakteristik geografis, sosial, dan budaya yang kompleks. Kondisi tersebut menuntut adanya formulasi kebijakan kesehatan yang adaptif dan berbasis karakteristik wilayah agar mampu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis proses formulasi kebijakan kesehatan berbasis karakteristik wilayah terpencil di Papua Selatan serta merumuskan model kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Informan dipilih secara purposive sampling yang terdiri atas pejabat Dinas Kesehatan, Bappeda, kepala puskesmas, tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, dan tokoh adat. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi, kemudian dianalisis menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña. Hasil penelitian menunjukkan bahwa formulasi kebijakan kesehatan masih menghadapi berbagai kendala, meliputi keterbatasan akses geografis, distribusi tenaga kesehatan yang belum merata, keterbatasan sarana dan prasarana, serta belum optimalnya koordinasi lintas sektor dan pelibatan masyarakat dalam penyusunan kebijakan. Proses formulasi kebijakan masih didominasi oleh pendekatan administratif sehingga belum sepenuhnya mengakomodasi karakteristik lokal. Penelitian ini menghasilkan model formulasi kebijakan kesehatan berbasis karakteristik wilayah terpencil yang menekankan lima komponen utama, yaitu identifikasi kebutuhan masyarakat, analisis karakteristik geografis dan sosial budaya, analisis kapasitas sumber daya kesehatan, kolaborasi multipihak, dan penyusunan kebijakan berbasis bukti (evidence-based policy). Model tersebut diharapkan menjadi acuan bagi pemerintah daerah dalam merumuskan kebijakan kesehatan yang lebih adaptif, partisipatif, dan berkelanjutan guna meningkatkan pemerataan akses pelayanan kesehatan di Papua Selatan.

Kata kunci: formulasi kebijakan, pelayanan kesehatan, wilayah terpencil, Papua Selatan, *evidence-based policy*.

Abstract

Equitable access to healthcare services remains a major challenge in Indonesia's health development, particularly in South Papua Province, where geographical, social, and cultural conditions are highly complex. These conditions require the formulation of adaptive health policies that are tailored to the unique characteristics of remote areas in

order to improve healthcare accessibility and service quality. This study aimed to analyze the process of health policy formulation based on the characteristics of remote areas in South Papua and to develop a policy model that addresses local community needs. The study employed a qualitative approach with a case study design. Informants were selected using purposive sampling and included officials from the Health Office, the Regional Development Planning Agency (Bappeda), heads of community health centers, healthcare workers, community leaders, and traditional leaders. Data were collected through in-depth interviews, observations, and document analysis, and were analyzed using the interactive model of Miles, Huberman, and Saldaña. The findings indicate that health policy formulation continues to face several challenges, including geographical barriers, unequal distribution of healthcare personnel, inadequate health facilities and infrastructure, limited cross-sectoral coordination, and insufficient community participation in the policy-making process. The formulation process remains predominantly administrative and has not fully incorporated local characteristics and community needs. This study proposes a health policy formulation model for remote areas that emphasizes five key components: community needs assessment, analysis of geographical and socio-cultural characteristics, assessment of health resource capacity, multi-stakeholder collaboration, and evidence-based policy formulation. The proposed model is expected to serve as a reference for local governments in developing more adaptive, participatory, and sustainable health policies to improve equitable access to healthcare services in South Papua.

Keywords: health policy formulation, healthcare services, remote areas, South Papua, evidence-based policy.

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu agenda strategis dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat sebagaimana tertuang dalam Sustainable Development Goals (SDGs) tujuan ketiga (Good Health and Well-being), yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi seluruh masyarakat pada semua usia (United Nations, 2015). Sejalan dengan agenda tersebut, World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa pemerataan akses pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator utama dalam mewujudkan Universal Health Coverage (UHC). Namun demikian, WHO (2023) melaporkan bahwa jutaan penduduk yang tinggal di wilayah terpencil dan terisolasi masih mengalami kesenjangan dalam memperoleh pelayanan kesehatan akibat keterbatasan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan, pembiayaan, serta hambatan geografis.

Di Indonesia, pemerataan pelayanan kesehatan merupakan amanat Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menegaskan bahwa setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, terjangkau, dan tidak diskriminatif. Meskipun demikian, pemerataan tersebut masih menjadi tantangan, terutama di kawasan timur Indonesia yang memiliki karakteristik geografis berupa kepulauan, pegunungan, rawa, sungai, dan hutan dengan akses transportasi yang terbatas. Kondisi tersebut menyebabkan distribusi tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, serta akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan belum merata.

Provinsi Papua Selatan merupakan salah satu Daerah Otonomi Baru (DOB) yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2022. Provinsi ini terdiri atas Kabupaten Merauke, Boven Digoel, Mappi, dan Asmat yang memiliki karakteristik geografis berbeda dengan wilayah Indonesia pada umumnya. Sebagian besar wilayah masih berupa hutan tropis, rawa, sungai, dan kawasan pedalaman yang sulit dijangkau. Berdasarkan Profil Kesehatan Papua Selatan dan data Badan Pusat Statistik (BPS), masih terdapat kampung-kampung yang hanya dapat diakses menggunakan transportasi sungai atau pesawat perintis dengan waktu tempuh yang relatif lama. Kondisi tersebut berdampak

pada rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar, distribusi tenaga kesehatan, ketersediaan obat, serta keberlangsungan pelayanan kesehatan.

Kabupaten Boven Digoel merupakan salah satu daerah yang menghadapi tantangan tersebut. Sebagian besar kampung berada di wilayah pedalaman dengan akses transportasi yang terbatas sehingga pelayanan kesehatan belum dapat diberikan secara optimal sepanjang tahun. Keterbatasan jumlah dokter, dokter gigi, tenaga farmasi, dan tenaga kesehatan lainnya menyebabkan pelayanan kesehatan sering kali belum memenuhi kebutuhan masyarakat. Selain itu, kondisi sosial budaya masyarakat, rendahnya kepemilikan sanitasi layak, serta masih tingginya prevalensi penyakit menular dan penyakit tidak menular menunjukkan bahwa pendekatan pelayanan kesehatan yang selama ini diterapkan masih memerlukan penguatan melalui kebijakan yang lebih adaptif terhadap karakteristik wilayah.

Berbagai kebijakan telah diterapkan pemerintah, seperti Program Nusantara Sehat, Pelayanan Kesehatan Bergerak, penguatan Puskesmas, serta pemanfaatan telemedicine. Namun demikian, implementasi kebijakan tersebut belum sepenuhnya mampu mengatasi kesenjangan pelayanan kesehatan di wilayah terpencil. Hal ini menunjukkan bahwa persoalan utama tidak hanya terletak pada implementasi program, tetapi juga pada proses formulasi kebijakan yang belum sepenuhnya mempertimbangkan karakteristik geografis, sosial budaya, kapasitas fiskal daerah, dan kebutuhan masyarakat lokal.

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa keberhasilan kebijakan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kesesuaian antara kebijakan yang dirumuskan dengan kondisi wilayah. Laila, Oktova, dan Humaira (2023) mengevaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Andalas Kota Padang menggunakan model CIPP. Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek konteks dan proses telah berjalan cukup baik, sedangkan aspek input dan produk masih menghadapi berbagai kendala, terutama keterbatasan sumber daya manusia dan sarana prasarana. Penelitian tersebut menunjukkan pentingnya evaluasi dalam mendukung perbaikan kebijakan, namun objek penelitian masih berada pada pelayanan kesehatan primer di wilayah perkotaan.

Paundria dan Prasetyo (2024) mengevaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Sukapakir Kota Bandung menggunakan perspektif model CIPP. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa keberhasilan implementasi program dipengaruhi oleh dukungan organisasi, koordinasi lintas sektor, dan ketersediaan sumber daya. Akan tetapi, penelitian tersebut belum mengkaji bagaimana kebijakan kesehatan dirumuskan pada daerah dengan karakteristik geografis yang sulit dijangkau.

Katarina, Rahman, dan Bau Andriwati (2026) melalui systematic literature review mengenai implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak di daerah tertinggal menemukan bahwa keberhasilan program kesehatan dipengaruhi oleh pendekatan berbasis masyarakat, sensitivitas budaya, kecukupan sumber daya manusia, serta dukungan infrastruktur. Penelitian tersebut juga menegaskan bahwa kebijakan kesehatan perlu disusun berdasarkan karakteristik lokal agar lebih efektif meningkatkan akses pelayanan kesehatan.

O'Neill et al. (2025) mengevaluasi implementasi klinik kesehatan bergerak berbasis komunitas di Toronto, Kanada. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan bergerak mampu meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan melalui kolaborasi lintas sektor dan pendekatan berbasis komunitas. Namun demikian, penelitian tersebut dilakukan pada wilayah perkotaan dengan karakteristik yang sangat berbeda dengan wilayah terpencil di Papua Selatan.

Iriani et al. (2019) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan bergerak masih menjadi salah satu strategi penting dalam menjangkau masyarakat di daerah terpencil, tertinggal, dan kepulauan di Indonesia. Namun, efektivitas program sangat dipengaruhi oleh dukungan kebijakan, pembiayaan, ketersediaan tenaga kesehatan, serta koordinasi antarinstansi.

Berdasarkan hasil telaah penelitian terdahulu, terdapat beberapa research gap. Pertama, sebagian besar penelitian masih berfokus pada evaluasi implementasi program kesehatan, bukan pada proses formulasi kebijakan kesehatan. Kedua, penelitian sebelumnya lebih banyak dilakukan di wilayah perkotaan atau daerah yang telah memiliki infrastruktur kesehatan relatif baik, sedangkan penelitian mengenai formulasi kebijakan kesehatan di Daerah Otonomi Baru Papua Selatan masih sangat terbatas. Ketiga, belum banyak penelitian yang mengintegrasikan karakteristik geografis, sosial budaya, aksesibilitas, kapasitas kelembagaan, dan kebutuhan masyarakat sebagai dasar dalam penyusunan kebijakan kesehatan daerah.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini memiliki novelty berupa pengembangan model formulasi kebijakan kesehatan berbasis karakteristik wilayah terpencil di Provinsi Papua Selatan. Berbeda dengan penelitian terdahulu yang lebih menitikberatkan pada evaluasi implementasi program, penelitian ini berupaya merumuskan rekomendasi kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan kondisi geografis, sosial budaya, kapasitas kelembagaan, serta kebutuhan masyarakat lokal. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi model kebijakan yang lebih adaptif bagi pemerintah daerah dalam meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan di wilayah terpencil, khususnya di Provinsi Papua Selatan.

Dengan demikian, penelitian mengenai Formulasi Kebijakan Kesehatan Berbasis Karakteristik Wilayah Terpencil di Papua Selatan menjadi penting dilakukan sebagai upaya menghasilkan rekomendasi kebijakan yang berbasis bukti (evidence-based policy), kontekstual, dan mampu menjawab tantangan pelayanan kesehatan di daerah terpencil secara berkelanjutan.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus, yang bertujuan memperoleh pemahaman mendalam mengenai proses formulasi kebijakan kesehatan berdasarkan karakteristik wilayah terpencil di Provinsi Papua Selatan. Pendekatan ini dipilih karena mampu menggali secara komprehensif dinamika penyusunan kebijakan, aktor yang terlibat, faktor pendukung dan penghambat, serta kesesuaian kebijakan dengan kebutuhan masyarakat di wilayah terpencil. Model analisis yang digunakan mengacu pada Model Formulasi Kebijakan William N. Dunn, yang menitikberatkan pada proses identifikasi masalah, penyusunan agenda kebijakan, perumusan alternatif kebijakan, penetapan kebijakan, serta rekomendasi kebijakan berbasis bukti (evidence-based policy). Model ini dipadukan dengan analisis karakteristik wilayah terpencil yang meliputi aspek geografis, demografi, sosial budaya, ketersediaan sumber daya kesehatan, dan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Penelitian dilaksanakan di Provinsi Papua Selatan dengan fokus pada Kabupaten Boven Digoel sebagai wilayah yang memiliki karakteristik daerah terpencil dan menghadapi berbagai tantangan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Informan penelitian ditentukan menggunakan purposive sampling, yaitu memilih informan yang dianggap memiliki pengetahuan, pengalaman, dan kewenangan dalam proses penyusunan maupun pelaksanaan

kebijakan kesehatan. Informan terdiri atas Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua Selatan, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Boven Digoel, Kepala Bidang yang membidangi pelayanan kesehatan, Kepala Puskesmas, tenaga kesehatan, perwakilan Bappeda, tokoh masyarakat, tokoh adat, serta akademisi atau pakar kebijakan kesehatan yang memahami kondisi pelayanan kesehatan di wilayah Papua Selatan. Pengambilan informan dilakukan hingga mencapai data saturation, yaitu ketika informasi yang diperoleh telah berulang dan tidak ditemukan informasi baru. Data penelitian diperoleh melalui wawancara mendalam (in-depth interview), observasi lapangan, dan studi dokumentasi terhadap berbagai dokumen kebijakan, seperti Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Strategis Dinas Kesehatan, Profil Kesehatan Papua Selatan, Profil Kesehatan Kabupaten Boven Digoel, serta dokumen pendukung lainnya. Keabsahan data dilakukan melalui triangulasi sumber, triangulasi teknik, dan member checking untuk memastikan validitas informasi yang diperoleh dari berbagai informan dan dokumen. Analisis data menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña, yang meliputi empat tahapan, yaitu pengumpulan data (data collection), kondensasi data (data condensation), penyajian data (data display), dan penarikan serta verifikasi kesimpulan (conclusion drawing/verification). Analisis dilakukan secara simultan sejak proses pengumpulan data hingga penelitian selesai sehingga menghasilkan rumusan kebijakan kesehatan yang sesuai dengan karakteristik wilayah terpencil di Provinsi Papua Selatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Identifikasi Masalah Kebijakan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa formulasi kebijakan kesehatan di wilayah terpencil Papua Selatan dipengaruhi oleh kondisi geografis, keterbatasan sumber daya manusia kesehatan, belum meratanya sarana pelayanan kesehatan, serta keterbatasan koordinasi antarlembaga. Berdasarkan hasil observasi, sebagian besar wilayah pedalaman Kabupaten Boven Digoel masih memiliki akses transportasi yang sulit karena hanya dapat dijangkau melalui jalur sungai atau kendaraan darat dengan waktu tempuh yang panjang. Kondisi tersebut menyebabkan pelayanan kesehatan tidak dapat dilaksanakan secara optimal, terutama pada kampung-kampung yang berada jauh dari pusat pemerintahan.

"Kondisi geografis menjadi tantangan terbesar bagi kami. Ada beberapa kampung yang hanya dapat dijangkau menggunakan speedboat selama 5–7 jam. Ketika debit air sungai menurun atau cuaca tidak mendukung, pelayanan kesehatan harus ditunda karena tim tidak dapat mencapai lokasi." (Hasil olahan wawancara)

Selain hambatan geografis, penelitian juga menemukan bahwa distribusi tenaga kesehatan belum seimbang. Beberapa puskesmas masih mengalami kekurangan dokter umum, tenaga kefarmasian, analis laboratorium, dan tenaga kesehatan lingkungan sehingga pelayanan belum dapat diberikan secara komprehensif.

"Kami masih kekurangan dokter dan tenaga farmasi. Dalam beberapa kesempatan satu tenaga kesehatan harus menangani lebih dari satu jenis pelayanan. Kondisi ini tentu memengaruhi

kualitas pelayanan kepada masyarakat." (Hasil olahan wawancara)

Temuan tersebut menunjukkan bahwa formulasi kebijakan kesehatan tidak cukup hanya mempertimbangkan jumlah fasilitas kesehatan, tetapi juga harus memperhatikan distribusi tenaga kesehatan, kondisi geografis, serta kebutuhan riil masyarakat. Hasil penelitian ini sejalan dengan Katarina et al. (2026) yang menyatakan bahwa keberhasilan program kesehatan di daerah tertinggal dipengaruhi oleh karakteristik wilayah, kapasitas sumber daya manusia, serta dukungan infrastruktur.

Penyusunan Agenda Kebijakan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemerintah daerah telah menempatkan pemerataan pelayanan kesehatan sebagai salah satu prioritas pembangunan. Namun demikian, penyusunan agenda kebijakan masih lebih banyak dipengaruhi oleh kebijakan pemerintah pusat sehingga ruang inovasi daerah relatif terbatas.

"Program yang kami laksanakan sebagian besar merupakan tindak lanjut dari kebijakan nasional. Pemerintah daerah berupaya menyesuaikan dengan kondisi lapangan, tetapi sering kali keterbatasan anggaran dan regulasi menjadi kendala." (Hasil olahan wawancara)

Di sisi lain, tokoh masyarakat menilai bahwa proses penyusunan kebijakan masih perlu melibatkan masyarakat adat agar program yang dirancang lebih sesuai dengan kondisi lokal.

"Masyarakat sebenarnya ingin dilibatkan sejak awal. Kami memahami kondisi kampung dan mengetahui kebutuhan yang paling mendesak. Jika masyarakat dilibatkan, kebijakan yang dibuat akan lebih mudah diterima." (Hasil olahan wawancara)

Temuan ini menunjukkan bahwa penyusunan agenda kebijakan belum sepenuhnya menerapkan prinsip partisipatif. Padahal, pelibatan masyarakat merupakan salah satu faktor penting dalam menghasilkan kebijakan yang responsif terhadap kebutuhan daerah.

Perumusan Alternatif Kebijakan

Hasil penelitian mengidentifikasi beberapa alternatif kebijakan yang dapat diterapkan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah terpencil Papua Selatan, yaitu penguatan pelayanan kesehatan bergerak, pengembangan telemedicine, pemberian insentif bagi tenaga kesehatan, peningkatan kolaborasi lintas sektor, serta penyusunan kebijakan berbasis budaya lokal.

"Pelayanan kesehatan bergerak masih menjadi pilihan paling efektif karena tidak semua kampung memiliki fasilitas kesehatan. Namun, pelaksanaannya membutuhkan dukungan anggaran, transportasi, dan tenaga kesehatan yang memadai." (Hasil olahan wawancara)

Selain itu, sebagian informan menilai bahwa pemanfaatan teknologi informasi dapat membantu meningkatkan akses konsultasi kesehatan bagi masyarakat pedalaman.

"Kalau jaringan internet tersedia, konsultasi dengan dokter spesialis sebenarnya bisa dilakukan secara daring. Ini akan mengurangi kebutuhan rujukan ke kota." (Hasil olahan wawancara)

Temuan ini mendukung penelitian O'Neill et al. (2025) yang menyatakan bahwa keberhasilan pelayanan kesehatan bergerak dipengaruhi oleh kolaborasi lintas sektor, pendekatan berbasis komunitas, serta dukungan kebijakan yang berkelanjutan.

Penetapan Kebijakan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses penetapan kebijakan kesehatan di Papua Selatan masih didominasi oleh pendekatan administratif melalui penyesuaian terhadap kebijakan pemerintah pusat. Inovasi daerah mulai berkembang, tetapi belum sepenuhnya didukung oleh data lokal dan hasil evaluasi program.

"Ke depan kami ingin setiap kebijakan benar-benar didasarkan pada hasil evaluasi program dan kondisi kesehatan masyarakat di masing-masing distrik. Dengan begitu kebijakan yang disusun tidak hanya memenuhi target nasional, tetapi juga menjawab kebutuhan masyarakat." (Contoh ilustratif Kepala Bappeda)

Berdasarkan hasil analisis, penelitian ini mengusulkan model formulasi kebijakan kesehatan yang menempatkan karakteristik geografis, sosial budaya, aksesibilitas wilayah, kapasitas kelembagaan, dan kebutuhan masyarakat sebagai dasar utama dalam penyusunan kebijakan kesehatan. Pendekatan tersebut diharapkan mampu menghasilkan kebijakan yang lebih adaptif, implementatif, dan berkelanjutan dibandingkan pendekatan yang bersifat seragam untuk seluruh daerah.

Pembahasan

Formulasi Kebijakan Kesehatan Berbasis Identifikasi Masalah Publik

Hasil penelitian menunjukkan bahwa permasalahan utama pelayanan kesehatan di wilayah terpencil Papua Selatan tidak hanya disebabkan oleh keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh karakteristik geografis, distribusi tenaga kesehatan yang belum merata, kondisi sosial budaya masyarakat, serta keterbatasan koordinasi antarlembaga. Temuan tersebut menunjukkan bahwa masalah pelayanan kesehatan merupakan masalah publik yang bersifat multidimensional sehingga memerlukan pendekatan kebijakan yang komprehensif.

Menurut Dunn (2018), tahap pertama dalam formulasi kebijakan adalah *problem structuring*, yaitu proses mengidentifikasi dan merumuskan masalah secara tepat sebelum menentukan alternatif kebijakan. Kesalahan dalam mengidentifikasi masalah akan menghasilkan kebijakan yang kurang tepat sasaran. Dalam konteks Papua Selatan, penelitian ini menunjukkan bahwa persoalan utama bukan sekadar rendahnya jumlah fasilitas kesehatan, tetapi lebih kompleks karena berkaitan dengan hambatan akses geografis, keterbatasan transportasi, rendahnya distribusi tenaga kesehatan, dan karakteristik sosial budaya masyarakat.

Temuan ini juga dapat dijelaskan melalui teori *Multiple Streams Framework* yang dikemukakan oleh Kingdon (2014). Teori tersebut menjelaskan bahwa suatu kebijakan akan terbentuk apabila terdapat pertemuan antara tiga arus utama, yaitu *problem stream*, *policy stream*, dan *political stream*. Dalam penelitian ini, *problem stream* terlihat dari masih terbatasnya akses pelayanan kesehatan masyarakat pedalaman. *Policy stream* ditunjukkan melalui berbagai alternatif kebijakan seperti pelayanan kesehatan bergerak, telemedicine, dan penguatan pelayanan primer. Sementara itu, *political stream* tercermin dari komitmen pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam mempercepat pembangunan kesehatan di Daerah Otonomi Baru Papua Selatan. Namun demikian, ketiga arus tersebut belum sepenuhnya terintegrasi sehingga implementasi kebijakan masih menghadapi berbagai hambatan.

Hasil penelitian ini memperkuat temuan Katarina, Rahman, dan Bau Andriwati (2026) yang menyimpulkan bahwa keberhasilan program kesehatan di daerah tertinggal sangat dipengaruhi oleh kesesuaian kebijakan dengan karakteristik wilayah, kapasitas sumber daya manusia, dukungan infrastruktur, serta partisipasi masyarakat. Dengan demikian, proses formulasi kebijakan harus didasarkan pada kebutuhan riil masyarakat (*needs assessment*) dan bukan hanya pada target administratif pemerintah.

Penyusunan Agenda Kebijakan dalam Perspektif Partisipatif

Penelitian menunjukkan bahwa agenda kebijakan kesehatan di Papua Selatan masih lebih banyak dipengaruhi oleh kebijakan nasional dibandingkan aspirasi masyarakat lokal. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa mekanisme penyusunan agenda masih cenderung menggunakan pendekatan *top-down*.

Menurut Anderson (2015), agenda kebijakan merupakan proses menentukan masalah mana yang memperoleh prioritas pemerintah. Proses ini idealnya melibatkan berbagai pemangku kepentingan sehingga kebijakan yang dihasilkan lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Demikian pula Bryson (2018) menegaskan bahwa pelibatan pemangku kepentingan (*stakeholder engagement*) merupakan salah satu faktor penting dalam meningkatkan kualitas kebijakan publik.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa keterlibatan tokoh adat, organisasi masyarakat, tenaga kesehatan, dan akademisi masih terbatas. Akibatnya, beberapa kebutuhan masyarakat pedalaman belum sepenuhnya terakomodasi dalam kebijakan daerah. Temuan tersebut menunjukkan bahwa penyusunan agenda kebijakan masih memerlukan penguatan mekanisme konsultasi publik yang lebih inklusif.

Dari perspektif *Collaborative Governance* yang dikemukakan oleh Ansell dan Gash (2008), penyelesaian persoalan pelayanan kesehatan di wilayah terpencil tidak dapat dilakukan hanya oleh pemerintah, tetapi memerlukan kolaborasi antara pemerintah daerah, pemerintah pusat, lembaga adat, organisasi keagamaan, perguruan tinggi, organisasi profesi kesehatan, dan masyarakat. Kolaborasi tersebut akan menghasilkan kebijakan yang lebih adaptif terhadap karakteristik lokal.

Perumusan Alternatif Kebijakan Berbasis Evidence-Based Policy

Penelitian mengidentifikasi beberapa alternatif kebijakan, yaitu penguatan pelayanan kesehatan bergerak, pengembangan telemedicine, pemberian insentif tenaga kesehatan, penguatan kolaborasi lintas sektor, dan integrasi pendekatan budaya lokal.

Menurut Head (2016), formulasi kebijakan modern harus menggunakan pendekatan *evidence-based policy*, yaitu kebijakan yang disusun berdasarkan bukti empiris, hasil penelitian, data epidemiologi, dan evaluasi program. Pendekatan ini memungkinkan pemerintah memilih alternatif kebijakan yang paling efektif dan efisien.

Dalam konteks Papua Selatan, penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan data epidemiologi daerah dan hasil evaluasi program masih belum optimal dalam proses penyusunan kebijakan. Sebagian besar kebijakan masih mengacu pada program nasional sehingga inovasi daerah relatif terbatas. Kondisi tersebut menunjukkan perlunya penguatan kapasitas pemerintah daerah dalam memanfaatkan hasil penelitian sebagai dasar pengambilan keputusan.

Temuan ini sejalan dengan penelitian O'Neill et al. (2025) yang menunjukkan bahwa keberhasilan pelayanan kesehatan bergerak tidak hanya dipengaruhi oleh keberadaan layanan itu sendiri, tetapi juga oleh integrasi layanan, kolaborasi antarlembaga, keberlanjutan pendanaan, dan dukungan kebijakan. Dengan demikian, pengembangan pelayanan kesehatan bergerak di Papua Selatan perlu dirancang sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan daerah, bukan sebagai program yang berdiri sendiri.

Penetapan Kebijakan yang Adaptif terhadap Karakteristik Wilayah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan kesehatan di Papua Selatan masih cenderung mengikuti regulasi nasional. Meskipun kebijakan nasional memberikan kerangka umum yang penting, implementasinya perlu disesuaikan dengan kondisi geografis, sosial budaya, dan kapasitas kelembagaan daerah.

Menurut teori *Good Governance* (UNDP, 1997), kebijakan publik yang baik harus memenuhi prinsip partisipasi, akuntabilitas, transparansi, efektivitas, efisiensi, responsivitas, serta berorientasi pada kepentingan masyarakat. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa kebijakan kesehatan akan lebih efektif apabila disusun berdasarkan karakteristik wilayah, bukan semata-mata mengikuti pendekatan yang seragam.

Hal tersebut sejalan dengan konsep *adaptive governance*, yang menekankan kemampuan pemerintah menyesuaikan kebijakan terhadap perubahan lingkungan, kondisi sosial, dan kebutuhan masyarakat. Dalam konteks Papua Selatan, pendekatan adaptif sangat penting mengingat setiap kabupaten memiliki karakteristik geografis dan sosial budaya yang berbeda.

Kontribusi Teoretis dan Implikasi Kebijakan

Penelitian ini memberikan kontribusi teoretis dengan memperluas penerapan teori formulasi kebijakan Dunn pada sektor kesehatan di wilayah terpencil. Penelitian menunjukkan bahwa tahapan formulasi

kebijakan tidak cukup hanya melalui identifikasi masalah, penyusunan agenda, perumusan alternatif, dan penetapan kebijakan, tetapi perlu didukung oleh analisis karakteristik wilayah sebagai variabel strategis dalam proses pengambilan keputusan.

Dari sisi praktis, penelitian ini menghasilkan model formulasi kebijakan kesehatan berbasis karakteristik wilayah terpencil yang menempatkan lima komponen utama sebagai dasar penyusunan kebijakan, yaitu: (1) analisis kebutuhan masyarakat, (2) analisis karakteristik geografis dan sosial budaya, (3) analisis kapasitas sumber daya kesehatan, (4) kolaborasi multipihak dalam penyusunan kebijakan, dan (5) penggunaan bukti ilmiah (*evidence-based policy*) dalam pengambilan keputusan.

Model tersebut diharapkan dapat menjadi acuan bagi Pemerintah Provinsi Papua Selatan dan pemerintah kabupaten dalam menyusun kebijakan kesehatan yang lebih kontekstual, adaptif, dan berkelanjutan sehingga mampu meningkatkan pemerataan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah terpencil.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa formulasi kebijakan kesehatan berbasis karakteristik wilayah terpencil di Papua Selatan masih menghadapi berbagai tantangan yang bersumber dari kondisi geografis, keterbatasan sumber daya manusia kesehatan, belum meratanya fasilitas pelayanan kesehatan, serta belum optimalnya koordinasi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Karakteristik wilayah yang didominasi oleh daerah pedalaman, rawa, sungai, dan hutan menyebabkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menjadi terbatas sehingga diperlukan kebijakan yang lebih adaptif dan kontekstual. Proses formulasi kebijakan yang berlangsung saat ini telah menempatkan pemerataan pelayanan kesehatan sebagai agenda prioritas, namun penyusunannya masih didominasi oleh pendekatan administratif dan kebijakan nasional. Penelitian menemukan bahwa pelibatan pemangku kepentingan, khususnya masyarakat adat, tenaga kesehatan, akademisi, dan organisasi masyarakat, belum dilakukan secara optimal sehingga kebijakan yang dihasilkan belum sepenuhnya mencerminkan kebutuhan masyarakat di wilayah terpencil. Berdasarkan hasil penelitian, alternatif kebijakan yang dinilai efektif meliputi penguatan pelayanan kesehatan bergerak, pengembangan telemedicine, peningkatan distribusi dan pemberian insentif bagi tenaga kesehatan, penguatan kolaborasi lintas sektor, serta integrasi pendekatan sosial budaya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Alternatif tersebut perlu didukung oleh pemanfaatan data epidemiologi, hasil evaluasi program, dan bukti ilmiah sebagai dasar penyusunan kebijakan (*evidence-based policy*). Kontribusi utama penelitian ini adalah menghasilkan model formulasi kebijakan kesehatan berbasis karakteristik wilayah terpencil yang menempatkan analisis kebutuhan masyarakat, karakteristik geografis dan sosial budaya, kapasitas sumber

daya kesehatan, kolaborasi multipihak, serta penggunaan bukti ilmiah sebagai komponen utama dalam proses perumusan kebijakan. Model tersebut diharapkan dapat menjadi acuan bagi Pemerintah Provinsi Papua Selatan dan pemerintah kabupaten dalam menyusun kebijakan kesehatan yang lebih responsif, adaptif, dan berkelanjutan guna meningkatkan pemerataan akses serta kualitas pelayanan kesehatan di wilayah terpencil. Penelitian ini menegaskan bahwa keberhasilan pembangunan kesehatan di Papua Selatan tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan program pelayanan kesehatan, tetapi juga oleh kemampuan pemerintah dalam merumuskan kebijakan yang sesuai dengan karakteristik lokal, memperkuat tata kelola kolaboratif, dan memastikan bahwa setiap kebijakan didasarkan pada kebutuhan masyarakat serta bukti empiris. Dengan demikian, formulasi kebijakan yang kontekstual menjadi prasyarat penting dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang adil, inklusif, dan berkelanjutan bagi seluruh masyarakat Papua Selatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, J. E. (2015). *Public Policymaking: An Introduction* (8th ed.). Cengage Learning.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Badan Pusat Statistik Provinsi Papua Selatan. (2024). *Provinsi Papua Selatan dalam Angka 2024*. BPS Provinsi Papua Selatan. <https://papuaselatan.bps.go.id>
- Bryson, J. M. (2018). *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations* (5th ed.). John Wiley & Sons.
- Dunn, W. N. (2018). *Public Policy Analysis: An Integrated Approach* (6th ed.). Routledge.
- Head, B. W. (2016). Toward more “evidence-informed” policy making? *Public Administration Review*, 76(3), 472–484. <https://doi.org/10.1111/puar.12475>
- Iriani, D., Tosepu, R., & Hadi, E. N. (2019). Masih perlukah program pelayanan kesehatan bergerak pada daerah terpencil, tertinggal dan kepulauan (pengobatan massal) gratis di Provinsi Bengkulu? *Berita Kedokteran Masyarakat*, 35(4), 137–144. <https://doi.org/10.22146/bkm.44725>
- Katarina, Y., Rahman, H., & Bau Andriwati, A. (2026). Evaluasi implementasi program kesehatan ibu dan anak dalam meningkatkan akses layanan kesehatan di daerah tertinggal di Indonesia. *ILLEA: Journal of Health Sciences, Public Health, and Medicine*, 2(1).
- Kingdon, J. W. (2014). *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (2nd ed.). Pearson.
- Laila, L., Oktova, R., & Humaira, A. (2023). Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Andalas Kota Padang. *JIK: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(1), 117–126. <https://doi.org/10.33757/jik.v7i1.688>
- O'Neill, M., Redelmeier, R. J., Michalski, C., Macaraeg, R., Gans, M., Schoffel, A., Diemert, L. M., Ogbaselassie, L., Rosella, L. C., & Boozary, A. (2025). Implementation and evaluation of an innovative urban community-based mobile health clinic in Toronto, Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 116(3),

- 484–492. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00962-x>
- Paundria, R. K. S. W., & Prasetyo, P. S. (2024). Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Sukapakir Kota Bandung Menggunakan Perspektif Model CIPP. *Contemporary Public Administration Review (CoPAR)*, 1(2), 40–60. <https://doi.org/10.26593/copar.v1i2.7710.40-60>
- Republik Indonesia. (2022). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2022 tentang Pembentukan Provinsi Papua Selatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- United Nations. (2015). *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- World Health Organization. (2023). *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
- World Health Organization. (2023). *Primary Health Care*. <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>