

HALAMAN PENGESAHAN PROGRAM PENELITIAN UNRARIS

Penelitian Hak Atas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Papua

1. Ketua Tim Pengusul
 - a. Nama : Dr. Drs. Hono Sejati, S.H., M.Hum
 - b. NIDN : 0609086002
 - c. Jabatan/Golongan : Lektor
 - d. Program Studi : Magister Ilmu Hukum
 - e. Perguruan Tinggi : UNRARIS - Ungaran
 - f. Alamat kantor : Jl. Tentara Pelajar No.13 Ungaran

2. Anggota Tim : Bernardo Boma
3. Luaran yang dihasilkan : Membentuk/mengembangkan program pelayanan kesehatan masyarakat Papua
4. Jangka waktu pelaksanaan : 6 Bulan
5. Biaya total : Rp 10.000.000
 - Universitas : Rp 3.000.000
 - Sumber lain : Rp 7.000.000

Mengetahui,

Ungaran, Januari 2018

Dekan,

UNIVERSITAS DARUL ULUM
FACULTAS HUKUM
ISLAMIC CENTRE SUPTA
Jl. Tentara Pelajar No. 13
UNGERAN

Dr. Tri Susilowati, S.H., M.Hum

Peneliti,



Dr. Drs. Hono Sejati, S.H., M.Hum

Menyetujui
Ketua LPPM

Dr. Sutomo, M.Pd
NIP. 196009011994031001



YAYASAN UNRARIS KABUPATEN SEMARANG
UNIVERSITAS DARUL ULUM ISLAMIC CENTRE SUDIRMAN GUPPI
**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN
KEPADA MASYARAKAT**

Jl. Tentara Pelajar No 13 Telp (024) 6923180, Fax (024)76911689 Ungaran Timur 50514
Website : undaris.ac.id email : info@undaris.ac.id

SURAT TUGAS

Nomor : 012.a/A.II/I/2018

Lembaga penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Darul Ulum Islamic Centre Sudirman GUPPI (Undaris) dengan ini memberikan tugas kepada

Nama Lengkap : Dr. Drs. Hono Sejati, S.H., M.Hum
Jenis Kelamin : Laki-Laki
NIDN : 0609086002
Jabatan Fungsional : Lektor
Unit Kerja : Magister Ilmu Hukum
Tugas : Penelitian Hak Atas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Papua

Alamat Kantor : Jl. Tentara Pelajar No.13 Ungaran
Telp./fax : 0246923180/02476911689
Email : sejatihono@gmail.com
Perguruan Tinggi : UNRARIS
Tempat : Gedanganak, Ungaran Kabupaten Semarang
Waktu Pelaksanaan : 5 Januari 2018

Demikian untuk dapat dilaksanakan dengan sebaik – baiknya dengan menyampaikan laporan setelah selesai melaksanakan tugas.

Ungaran 5 Januari 2018


Mengetahui,
Ketua LPPM
(Dr. Sutomo, M.Pd)

**PENELITIAN HAK ATAS PELAYANAN KESEHATAN
MASYARAKAT PAPUA**



Oleh :

Dr. Drs. H. HONO SEJATI, S.H.,M.H
BERNARDO BOMA

MAGISTER ILMU HUKUM PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DARUL ULUM ISLAMIC CENTER SUDIRMAN GUPPI
(UNDARIS) UNGGARAN
2018

ABSTRAK

Kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan penduduk merupakan tujuan dari pembangunan di setiap Negara. Pada Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) bulan September 2000 dihasilkan deklarasi Millenium Development Goals (MDGs) atau dalam bahasa Indonesia dikenal sebagai Pembangunan Millenium. Memiliki topografi yang bervariasi seperti dataran tinggi yang masih dipadati hutan hujan tropis, dataran rendah berawa, padang rumput, lembah, danau, dan laut yang bersih membuat Papua menjadi salah satu tempat terindah di Indonesia. Salah satu hal yang paling dipengaruhi kondisi alam Papua adalah perkembangan kesehatan. Tersebar nya masyarakat yang bermukim di dataran tinggi, dataran rendah, atau lembah dan masih lekatnya adat istiadat dan kepercayaan masyarakat, membuat bidang kesehatan sulit untuk berkembang. Tidak adanya sarana kesehatan di pedalaman dan kampung-kampung yang terisolasi juga menjadi tantangan tersendiri. Jarak puskesmas seringkali sangat jauh dari tempat tinggal masyarakat pedalaman. Akibatnya mereka sulit menjangkau petugas kesehatan dan petugas kesehatan pun sulit menjangkau mereka.

Metode penelitian ini adalah kualitatif. Teknik pengumpulan data berdasarkan metode penelitian lapangan (field research) dan penelitian kepustakaan (library research). Data yang diperoleh baik primer maupun sekunder diolah terlebih dahulu kemudian dianalisis secara kualitatif dan disajikan secara deskripsi yaitu menjelaskan, menguraikan, dan menggambarkan sesuai dengan permasalahan yang erat kaitannya dengan penelitian ini, kemudian menarik suatu kesimpulan berdasarkan analisis yang telah dilakukan.

Hasil penelitian menunjukkan : 1) Permasalahan kesehatan di Papua belum mengarah kepada perbaikan kondisi yang berarti. Bahkan, masih ada dugaan masalah kesehatan ini akan terus bertambah. Faktor-faktor yang menguatkan dugaan itu, antara lain adalah mengingat luas wilayah Papua dengan sebaran penduduk dan pelayanan kesehatan yang tidak merata, jarak rata-rata antara pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang satu dengan yang lain terbilang cukup jauh. 2) Faktor penghambat pelaksanaan kebijakan kesehatan pemerintah di Papua antara lain : Pertama ketiadaan layanan kesehatan yang memadai khususnya di daerah terpencil. Disini pentingnya kebijakan pemerintah agar dokter muda bersedia dikirim ke daerah, khususnya daerah terpencil. Faktor penghambat kedua, rendahnya tingkat pendidikan yang menjadi problematika di Papua. Faktor ini berkaitan langsung dengan rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. Faktor ketiga adalah pola hidup masyarakat yang masih bergantung kepada alam, sehingga mereka cenderung hidup berpindah-pindah (nomaden). Karena kebiasaan ini, masyarakat menjadi rentan terhadap berbagai penyakit. Disini pemerintah perlu memikirkan agar masyarakat meninggalkan kebiasaan mereka hidup berpindah-pindah dan memikirkan tentang ketahanan pangan, terpenuhinya kebutuhan hidup mereka. Faktor penghambat terakhir, karena buruknya infrastruktur di Papua.

Kata Kunci : Hak Atas Kesehatan Masyarakat, Papua, Hak Asasi Manusia

ABSTRACT

Health, education and welfare of the population are the goals of development in every country. At the United Nations (UN) Millennium Summit in September 2000 a declaration of the Millennium Development Goals (MDGs) was produced, or in Indonesian, known as Millennium Development. Having varied topography such as highlands that are still filled with tropical rain forests, marshy lowlands, grasslands, valleys, lakes, and clean seas make Papua one of the most beautiful places in Indonesia. One of the things most affected by the natural conditions of Papua is the development of health. The spread of people who live in the highlands, lowlands, or valleys and still adhere to the customs and beliefs of the people, makes the health field difficult to develop. The absence of health facilities in the interior and isolated villages is also a challenge. The distance of the puskesmas is often very far from where the rural communities live. As a result they have difficulty reaching health workers and health workers are also difficult to reach them.

This research method is qualitative. Data collection techniques are based on field research methods and library research. The data obtained both primary and secondary are processed first and then analyzed qualitatively and presented in a description that explains, describes, and describes in accordance with the problems that are closely related to this research, then draws a conclusion based on the analysis that has been done.

The results of the study show: 1) Health problems in Papua have not led to improvements in meaningful conditions. In fact, there are still allegations that this health problem will continue to grow. Factors that corroborate these allegations are, among others, considering the wide area of Papua with the unequal distribution of population and health services, the average distance between community health centers (puskesmas) and one another is quite far. 2) The inhibiting factors in the implementation of government health policies in Papua include: First the absence of adequate health services, especially in remote areas. Here is the importance of government policies so young doctors are willing to be sent to the regions, especially remote areas. The second inhibiting factor, the low level of education is a problem in Papua. This factor is directly related to the low public awareness of the importance of health. The third factor is the lifestyle of people who are still dependent on nature, so they tend to live nomadically. Because of this habit, people become vulnerable to various diseases. Here the government needs to think about the community leaving their habit of moving around and thinking about food security, fulfilling their needs. The last inhibiting factor is the poor infrastructure in Papua.

Keywords: Right to Public Health, Papua, Human Rights'

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRACT	ii
DAFTAR ISI.....	
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penulisan	8
D. Manfaat Penulisan.....	9
E. Orisinalitas Penelitian	9
BAB II. KAJIAN TEORI	
A. Landasan Teori	12
1. Pengertian Hak Atas Pelayanan Kesehatan.....	12
2. Lahirnya Hak atas Kesehatan	14
B. Kerangka Berpikir.....	17
BAB III. METODE PENELITIAN	
A. Metode Pendekatan.....	18
B. Spesifikasi Penelitian	19
C. Jenis dan Sumber Data.....	19
D. Teknik Pengumpulan Data.....	20
E. Teknik Analisis Data.....	20
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	21
1. Konteks Umum Mengani Papua	21
2. Pelaksanaan hak atas kesehatan masyarakat papua ditinjau dari hak asasi manusia saat ini.....	24

3. Kendala-kendala apa sajakah yang ditemui dalam pelaksanaan hak atas kesehatan masyarakat papua ditinjau dari hak asasi manusia.....	33
B. Pembahasan.....	35
BAB V. PENUTUP	
A. Simpulan	50
B. Saran	51
DAFTAR PUSTAKA.....	52

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Tahun 1945 yang berbunyi “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Penduduk Indonesia berhak memperoleh kesehatan yang setinggi-tingginya yang dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan kesehatan nasional.

Penerapan Otonomi khususnya di Propinsi Papua penuh dinamika sehingga banyak menguras energi pemerintah pusat maupun pemerintah Daerah. Bahkan dengan penerapan Otonomi Khusus bagi rakyat Papua semua masyarakat telah menaruh harapan kepada pemerintah pusat agar rakyat di wilayah tersebut boleh merasakan manfaat dari proses pembentukan Otonomi Khusus.

Latar Belakang Pembentukan Provinsi Papua telah dituangkan dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1969 Tentang Pembentukan Provinsi Otonomi Irian Barat dan Kabupaten - Kabupaten Otonom di Propinsi Irian

Barat. Selanjutnya berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 5 tahun 1973 diubah namanya menjadi Provinsi Irian Jaya yang kemudian terakhir berdasarkan Undang-Undang Nomor 21 tahun 2001 tentang otonomi khusus diubah menjadi Propinsi Papua. Pemberian Otonomi Khusus bagi Propinsi Papua yang berdasarkan Undang-Undang Nomor 21 tahun 2001 dalam esensinya memiliki tujuan dimana memberikan kewenangan bagi rakyat Papua untuk mengelola sendiri kekayaan alam yang dimiliki serta diberi pelimpahan tanggung jawab untuk memajukan, percepatan pembangunan baik dari segi politik, ekonomi, budaya, maupun tingkat kesejahteraan masyarakat. Faktanya Implementasi Otonomi khusus yang diberlakukan di Propinsi Papua masih jauh dari harapan masyarakat, fakta ini dapat dilihat dari proses pelayanan publik khususnya pelayanan di bidang kesehatan. Buruknya tingkat pelayanan bidang pelayanan kesehatan dapat dilihat dari domein kemiskinan sebagaimana disebutkan di atas, di mana rakyat Papua saat ini masih terkebelakang dalam bidang pelayanan kesehatan. Terbukti program pelayanan bidang kesehatan yang diberikan oleh Pemerintah Daerah belum dapat menjangkau rakyat miskin khususnya di Kabupaten Lanny Jaya.

Sebagaimana tercantum pada pertimbangan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, "kesehatan adalah hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia", serta pada Pasal 1 (1) yang menyatakan bahwa kesehatan merupakan faktor penting bagi manusia untuk dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dalam Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 Tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua, Pasal 59 (3),

dinyatakan pula bahwa setiap penduduk Papua memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Ketetapan dalam Undang-Undang tersebut mencerminkan bahwa kesehatan merupakan masalah yang penting untuk ditanggapi oleh kita semua. Penetapan kebijakan oleh pemerintah menunjukkan bagaimana komitmen negara dalam menanggulangi masalah tersebut. Namun demikian, pengejawantahan peraturan mengenai pelayanan kesehatan ini belum berjalan secara maksimal. Hal ini terlihat dari peningkatan angka kesehatan di Indonesia belum menunjukkan kecenderungan yang berarti. Indeks Pembangunan Manusia, keluaran Program Pembangunan PBB 2013, angka kematian ibu (AKI) sebagai salah satu isu yang paling penting, masih berada di tingkat 220 per 100.000 kelahiran hidup. Kondisi ini disebabkan oleh ketiadaan fasilitas rumah sakit yang mampu melayani kegawatdaruratan di 40 persen kabupaten di Indonesia, khususnya di kawasan Indonesia bagian Timur.

Di wilayah Indonesia bagian Timur, Papua merupakan daerah yang cukup menyita perhatian dunia terkait masalah kesehatan. Buruknya tingkat kesehatan di Papua ini, antara lain mencakup empat hal, yakni kesehatan ibu dan anak dan gizi masyarakat, penyakit menular malaria, *tuberculosis* (TB), dan HIV-Aids.¹ Angka kematian ibu dan anak di Papua dan Papua Barat merupakan yang tertinggi di Indonesia. Sebuah penelitian di Timika, sebagai salah satu contoh kasus, menunjukkan bahwa resiko malaria, seringkali infeksiya telah dimulai saat lahir dan tanpa disengaja, dan menjadi faktor mortalitas (angka kematian) ibu dan anak di wilayah tersebut. Selain itu, kasus

¹ (<http://www.suarapembaruan.com>, 11 Oktober 2013 Diakses pada tanggal 19 Februari 2018)

malaria di Indonesia bagian Timur, seperti Papua, Papua barat, Maluku dan Nusa Tenggara Timur, masih terbilang tinggi dengan *Annual Parasitical Index* (API) sebesar lebih dari 20 per 1.000 penduduk .

Sementara itu, untuk kasus penyakit TB, penemuan kasus di Provinsi Papua masih 76% (jauh dari target 90%), dengan perkiraan angka sebesar 2,1 per 1.000 penduduk (Anna, Penanganan TB di Daerah Masih Terkendala, 2011). Di tahun 2012, berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Jayapura, tercatat ada 306 kasus TB di Kabupaten Jayapura, namun pada laporan berita yang lain, disebutkan bahwa ada 477 kasus, di mana 417 penderita dapat disembuhkan, 15 penderita meninggal, dan 45 lainnya merupakan kasus gagal.²

Yang lebih mengkhawatirkan, permasalahan penyebaran penyakit TB ini pun sesungguhnya memiliki hubungan dengan infeksi HIV-Aids. Rendahnya daya tahan tubuh para penderita HIV-Aids menyebabkannya sangat rentan terserang TB sehingga meningkatkan resiko kematian (Green, 2006). Berdasarkan keterangan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Papua merupakan daerah yang sangat rawan penyebaran HIV-Aids, dengan nilai prevalensi sebesar 2,4%, yang berarti bahwa terjadi peningkatan jumlah penderita yang cukup tinggi setiap tahunnya. Laporan dari Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa terdapat 13.942 kasus HIV-Aids di Provinsi Papua, dan memiliki kecenderungan yang terus meningkat dalam kurun waktu 10 tahun terakhir. Untuk kasus sektoral HIV-Aids sendiri, pada contoh lokasi di Kabupaten Jayawijaya, Dinas Kesehatan dan Komisi Penanggulangan Aids

² (<http://www.suluhpapua.com>, 29 Agustus, 2013 Diakses pada tanggal 19 Februari 2018)

(KPA) Kabupaten Jayawijaya memaparkan bahwa per September 2013, kasus HIV-Aids di daerah tersebut mencapai angka 3.655 kasus. Rinciannya, yakni bermula dari 920 kasus HIV dan 2.735, mengalami penambahan sebanyak 209 kasus di Bulan Juli, 2013, 76 kasus di Bulan Agustus, 2013, dan 97 kasus di Bulan September, 2013.

Kenyataan sosial di Papua saat ini, sebagaimana yang telah dicoba paparkan secara ringkas di atas, menunjukkan bahwa permasalahan kesehatan di Papua belum mengarah kepada perbaikan kondisi yang berarti. Bahkan, masih ada dugaan masalah kesehatan ini akan terus bertambah. Faktor-faktor yang menguatkan dugaan itu, antara lain adalah mengingat luas wilayah Papua dengan sebaran penduduk dan pelayanan kesehatan yang tidak merata, jarak rata-rata antara pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang satu dengan yang lain terbilang cukup jauh (rata-rata 1.200 km²), pemekaran wilayah administratif yang terus terjadi bagi lokasi-lokasi yang ada di Papua, serta akses terhadap layanan dan informasi kesehatan yang relatif rendah bagi masyarakat di Papua. Hingga pertengahan tahun 2013, program-program pemerintah setempat belum mampu menyelesaikan masalah-masalah kesehatan yang ada di Papua. Artikel berita itu juga menyebutkan bahwa faktor lain yang tak kalah berarti, yang menyebabkan masalah ini tak kunjung usai, ialah keberadaan dan kesadaran masyarakat yang berada di lokasi-lokasi terpencil. Kondisi kultural di Papua memposisikan penduduknya menjadi pekerja keras yang sibuk sehingga mengakibatkan mereka abai terhadap kewajiban memeriksakan kesehatan diri, khususnya di kalangan perempuan.³

³ <http://halamanpapua.org/umum/pengantar/meninjau-masalah-kesehatan-di-papua/>Diakses pada tanggal 19 Februari 2018

Kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan penduduk merupakan tujuan dari pembangunan di setiap Negara. Pada Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) bulan September 2000 dihasilkan deklarasi Millenium Development Goals (MDGs) atau dalam bahasa Indonesia dikenal sebagai Pembangunan Millenium.⁴ KTT tersebut diwakili oleh kepala negara dan kepala pemerintahan dari 189 negara anggota PBB. Deklarasi tersebut mengandung delapan tujuan pembangunan millennium.⁵

Salah satu tujuan Pembangunan Millenium adalah Memerangi Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), Malaria dan Penyakit Menular lainnya. Pengaturan mengenai penyakit menular sudah diatur di dalam Pasal 152 ayat (1) UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab melakukan upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya. Secara khusus kebijakan nasional penanggulangan HIV dan AIDS termuat dalam Pasal 3 dan Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS. Permenkes ini menggarisbawahi kebutuhan serangkaian program layanan yang komprehensif dan berkesinambungan. Program tersebut terdiri atas promosi kesehatan, pencegahan, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi terhadap individu, keluarga dan masyarakat yang menjangkau luas dengan tujuan :

1. Menurunkan hingga meniadakan infeksi HIV baru,

⁴ Gama Turnip, 2013, "Delapan Tujuan MDGs", <http://blogspot.co.id/2013/01/delapan-tuj-mdgsmillenium,2013>, diakses tanggal 19 Februari 2018

⁵ *Ibid*

2. Menurunkan hingga meniadakan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS,
3. Meniadakan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA),
4. Meningkatkan kualitas hidup ODHA
5. Mengurangi dampak sosial ekonomi dari penyakit HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat.

Adapun prinsip dan strategi yang digunakan dalam penanggulangan HIV dan AIDS adalah memperhatikan nilai-nilai agama, budaya dan norma kemasyarakatan, menghormati harkat dan martabat manusia serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender, mempertahankan dan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga.

Memiliki topografi yang bervariasi seperti dataran tinggi yang masih dipadati hutan hujan tropis, dataran rendah berawa, padang rumput, lembah, danau, dan laut yang bersih membuat Papua menjadi salah satu tempat terindah di Indonesia. Namun, tak selamanya keindahan itu membawa banyak manfaat. Keragaman topografi tersebut ternyata menjadi tantangan tersendiri bagi Papua untuk berkembang.

Salah satu hal yang paling dipengaruhi kondisi alam Papua adalah perkembangan kesehatan. Tersebar nya masyarakat yang bermukim di dataran tinggi, dataran rendah, atau lembah dan masih lekatnya adat istiadat dan kepercayaan masyarakat, membuat bidang kesehatan sulit untuk berkembang.

Tidak adanya sarana kesehatan di pedalaman dan kampung-kampung yang terisolasi juga menjadi tantangan tersendiri. Jarak puskesmas seringkali sangat jauh dari tempat tinggal masyarakat pedalaman. Akibatnya mereka sulit

menjangkau petugas kesehatan dan petugas kesehatan pun sulit menjangkau mereka. Belum lagi soal petugas kesehatan yang jumlahnya masih sangat sedikit. Pihak pemerintah saat ini sedang berupaya terus untuk melengkapi petugas kesehatan di wilayahnya dan tentunya butuh waktu yang lama.

Hak atas kesehatan bukanlah berarti hak agar setiap orang untuk menjadi sehat, atau pemerintah harus menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang mahal di luar kesanggupan pemerintah. Tetapi lebih menuntut agar pemerintah dan pejabat publik dapat membuat berbagai kebijakan dan rencana kerja yang mengarah kepada tersedia dan terjangkaunya sarana pelayanan kesehatan untuk semua dalam kemungkinan waktu yang secepatnya.

Dari uraian di atas, penulis tertarik untuk mengkaji dengan judul : “Pelaksanaan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Papua Ditinjau Dari Hak Asasi Manusia”.

B. Perumusan Masalah

1. Bagaimanakah pelaksanaan hak atas kesehatan masyarakat Papua ditinjau dari hak asasi manusia saat ini?
2. Apa sajakah kendala yang ditemui dalam pelaksanaan hak atas kesehatan masyarakat Papua ditinjau dari hak asasi manusia?

C. Tujuan Penulisan

Sesuai dengan perumusan masalah yang telah dikemukakan maka tujuan penulisan ini adalah :

1. Untuk mengetahui dan menganalisis mengenai pelaksanaan hak atas kesehatan masyarakat Papua ditinjau dari hak asasi manusia saat ini.

2. Untuk mengetahui dan menganalisis kendala yang ditemui dalam pelaksanaan hak atas kesehatan masyarakat Papua ditinjau dari Hak Asasi Manusia.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritis

Sebagai sumber informasi ilmiah yang dapat digunakan sebagai bahan referensi bagi pengembangan ilmu hukum, khususnya dalam penyelesaian pelaksanaan hak atas kesehatan. Karena memang masalah sangat dibutuhkan masukan yang jelas mengenai bagaimanakah pelaksanaan hak atas kesehatan masyarakat Papua ditinjau dari hak asasi manusia saat ini.

2. Manfaat Praktis.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah masukan bagi pemerintah Papua dalam hal menjalankan tugasnya yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan di wilayah tersebut.

E. Orisinalitas Penelitian

Penelitian yang berkaitan dengan judul peneliti adalah penelitian dari Dedi Afandi (Bagian Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal Fakultas Kedokteran Universitas Riau, Pekanbaru, Indonesia) dengan judul Hak Atas Kesehatan Dalam Perspektif HAM.

Makalah ini pernah dipresentasikan dalam Seminar "Hak atas kesehatan adalah hak asasi manusia" KOMNASHAM-PWISumatera Selatan, Palembang, 16 Maret 2006.

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa Indikator dipenuhinya hak atas kesehatan adalah adanya progressive realization atas tersedia dan

terjangkaunya sarana pelayanan kesehatan untuk semua dalam kemungkinan waktu yang secepatnya. Implementasi hak atas kesehatan harus memenuhi prinsip ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan dan kualitas. Tidak terpenuhinya hak atas kesehatan yang menjadi kewajiban negara dapat dikategorikan sebagai bentuk pelanggaran hak asasi manusia baik pada tingkat pelaksana (commission) maupun pembiaran (omission).

Perlu kesungguhan dari negara serta partisipasi semua pihak baik itu masyarakat umum, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) untuk dapat senantiasa meningkatkan kepedulian, monitoring serta mengevaluasi sehingga hak atas kesehatan dapat terpenuhi yang secara langsung maupun tidak langsung akan berdampak positif dalam pembangunan masyarakat Indonesia.

Sekilas dari judul ini memiliki kesamaan dengan judul peneliti, perbedaannya terletak pada fokus penelitian milik peneliti menitik beratkan pada lokasi khususnya di Papua. Sedangkan penelitian Dedi Afandi membahas secara umum hubungan antara Hak Atas Kesehatan dengan Perspektif Hak Asasi Manusia.

Hasbi Iqbal (2008) penelitian dengan judul Implementasi Kebijakan Program Keluarga Harapan di Kabupaten Kudus. Pelaksanaan lapangan berupa sosialisasi program, verifikasi data, pembagian kartu, pencairan dana, dan pembuatan laporan. Hasil analisis menunjukkan bahwa Program Keluarga Harapan telah berjalan sesuai dengan Pedoman Umum dan Pedoman Pelaksananya. Dampak yang dirasakan peserta program adalah semakin meningkatnya penggunaan fasilitas pendidikan dan kesehatan oleh anak usia sekolah, ibu hamil serta anak Balita. Faktor-faktor yang mendukung dan

menghambat keberhasilan pelaksanaan program adalah sikap pelaksana program yang kurang baik, kondisi sosial ekonomi yang hampir sama menimbulkan kecemburuan, situasi politik yang mendukung dan menolak program, keterampilan pelaksana program yang masih perlu ditingkatkan, dan koordinasi antara pelaksana program yang masih perlu dilegalkan. Hasil penelitian menyarankan bahwa perlunya upaya mempercepat tindak lanjut pengaduan yang telah disampaikan, sehingga diharapkan apresiasi peserta terhadap program tersebut menjadi lebih baik lagi.

BAB II

KAJIAN TEORI

A. Landasan Teori

1. Pengertian Hak Atas Pelayanan Kesehatan

Sejak kesehatan diakui sebagai sebagai salah satu hak asasi manusia, dalam penerapannya terdapat berbagai pengertian. Hal tersebut tidak terlepas dari pengertian "kesehatan". Kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pengertian yang luas itu berpengaruh bagi pemahaman terhadap kesehatan sebagai hak asasi manusia. Dalam Pasal 4 Undang-undang itu ditegaskan bahwa "setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal", sedangkan Pasal 28H Undang-Undang Dasar 1945, menegaskan bahwa "setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Antara kalimat "memperoleh derajat kesehatan" dan "memperoleh pelayanan kesehatan" tentunya mempunyai pengertian yang berbeda. Terdapat kesan bahwa "memperoleh derajat kesehatan" memiliki makna yang lebih luas daripada "memperoleh pelayanan kesehatan", sebab menurut undang-undang tersebut memperoleh pelayanan kesehatan adalah sebagian dari hak memperoleh derajat kesehatan. Namun demikian, tidak dapat dikatakan dengan tergesa-gesa bahwa perlindungan hak asasi manusia di bidang kesehatan dalam UUD 45 lebih sempit daripada yang diatur dalam Undang-undang Nomor 36 tahun

2009. Untuk melaksanakan undang-undang tersebut, Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan RI, telah menyusun suatu sistem kesehatan nasional (SKN), dan pada tahun 2004 lalu telah dilakukan suatu “penyesuaian” dengan UUD 45. Di dalam dokumen dikatakan bahwa SKN didefinisikan sebagai suatu tatanan yang menghimpun upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945.

Dalam kepustakaan kesehatan, terdapat berbagai istilah yang digunakan untuk menyebut hak asasi manusia di bidang kesehatan, seperti “hak asasi atas kesehatan” (Human Right to Health), atau “hak atas kesehatan”(Right to Health), atau “hak memperoleh derajat kesehatan yang optimal” (The Right to Attainable Standard To Health).⁶ Hukum berkepentingan bukan pada istilah, melainkan pada makna yang terkandung dalam istilah tersebut. Apalagi setelah UUD 45 memberikan jaminan konstitusional terhadap hak atas kesehatan, mengenali hak tersebut secara benar menjadi sangat penting bagi hukum.

Sejalan dengan perkembangan hak asasi manusia yang dinamis, suatu hak asasi manusia cenderung melahirkan hak-hak baru atau melahirkan pengertian yang baru. Sebagai contoh, hak atas pekerjaan yang semula merupakan spesifikasi dari hak atas kesejahteraan, kemudian melahirkan hak baru yang lebih spesifik yaitu hak mendapatkan upah yang layak. Demikian pula halnya dengan hak atas kesehatan, pada awalnya

⁶ Eleanor D. Kinney, “The International Human Right to Health”, dalam *Indiana Law Review*, Vol 34, hal 1559

hanya berkaitan dengan perawatan kesehatan (medical care), tetapi kemudian berkembang meliputi berbagai aspek baik individu maupun kesehatan masyarakat dan lingkungan.

Jadi hak atas kesehatan sebagai suatu hak asasi manusia adalah suatu pengertian "genus", yang merupakan rangkaian dari sekelompok hak-hak spesifik.

2. Lahirnya Hak atas Kesehatan

Perkembangan konsepsi hak asasi manusia telah menempuh tiga tahap, sehingga hak asasi manusia dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori, yaitu hak asasi manusia generasi pertama, generasi kedua, dan generasi ketiga. Hak asasi manusia generasi pertama adalah hak-hak asasi manusia dalam bidang sipil dan politik, yang oleh T. Koopmans disebut sebagai *de klassieke grondrechten* (hak-hak dasar yang klasik).⁷ Karakter hak asasi manusia generasi pertama tersebut adalah negatif, karena menghendaki kebebasan dari suatu kekangan tertentu (*freedom from*). Hak asasi manusia generasi kedua diwarnai dengan munculnya tuntutan hak-hak asasi dalam bidang ekonomi, sosial, dan budaya, yang disebut oleh T. Koopmans sebagai *de sociale grondrechten* (hak-hak dasar sosial),⁸ dan karenanya berkarakter positif (*right to*), sedangkan hak asasi manusia generasi ketiga ialah yang dikenal dengan sebutan "solidarity rights", yang memaknai hak asasi manusia bagi pembangunan kesejahteraan masyarakat

.⁹

⁷ Sri Soemantri, Refleksi HAM di Indonesia, Makalah dalam Penataran Hukum Humaniter Internasional dan Hukum HAM, kerjasama Fakultas Hukum UGM dan ICRC, Juni 1998, hlm. 5

⁸ *Ibid*

⁹ *Ibid*

Hak atas kesehatan dalam hubungan dengan kategori hak asasi manusia tersebut, sering dimasukkan dalam hak asasi manusia generasi kedua dan hak asasi manusia generasi ketiga. Apabila hak atas kesehatan tersebut dikaitkan dengan “kesehatan individu”, dia masuk ke dalam hak-hak ekonomi, sosial dan budaya, tetapi jika terkait dengan “kesehatan masyarakat”, dia masuk ke dalam hak atas pembangunan. Menurut Muladi, kategori hak asasi manusia generasi ketiga diberikan kepada hak-hak kolektif atas dasar solidaritas antar umat manusia berlandaskan rasa persaudaraan dan solidaritas yang sangat dibutuhkan. Hak asasi manusia ini mencakup antara lain “the right to development; right to peace; and the right to healthy and balanced environment”.¹⁰

Pemahaman ketiga kategori hak asasi manusia tersebut tidak boleh bersifat “fragmented” karena akan menimbulkan stratifikasi kualitas. Padahal maksudnya hanyalah untuk memudahkan identifikasi. Perlakuan terhadap hak asai manusia di samping universal, harus bersifat “indivisible and interdependent”.¹¹

Revolusi Industri di Inggris, yang pada satu sisi berhasil menciptakan efisiensi biaya produksi, tetapi pada sisi lain membawa dampak pada turunnya posisi tawar dan daya beli kaum buruh. Fungsi mereka sebagai tenaga kerja mulai digeser oleh mesin-mesin otomatis. Dampaknya, terjadi pengangguran dalam jumlah yang cukup besar. Kaum buruh tinggal di lingkungan pemukiman yang kumuh dengan sistem distribusi air dan sanitasi yang buruk. Akibatnya, sering muncul serangan

¹⁰ Muladi, Sumbang Saran Perubahan UUD 1945, Yayasan Habibie Center, 2004, hlm 63

¹¹ *Ibid*

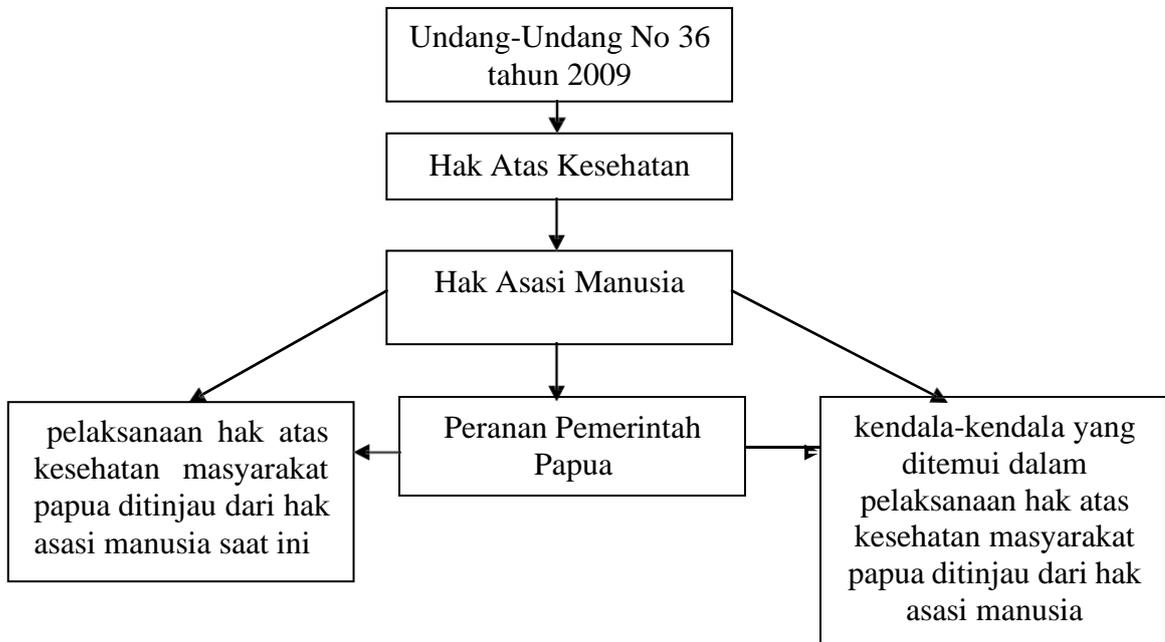
penyakit menular (epidemic), yang tidak hanya berpengaruh pada kesehatan fisik, melainkan juga pada kesehatan mental. Angka kematian bayi dan anak pada masa itu cukup tinggi, sebagian karena kekurangan gizi dan terganggunya sistem reproduksi para ibu. Dari kondisi seperti itulah kemudian muncul gagasan-gagasan mengenai hak asasi manusia di bidang ekonomi, seperti hak atas pekerjaan, hak atas jaminan sosial, dan hak atas kesehatan.

Perkembangan ilmu kedokteran dan kesehatan, khususnya temuan ilmiah di bidang penyakit menular, seperti germ theory of disease, memaksa pemerintah Inggris untuk melakukan reformasi di bidang kesehatan masyarakat. Kebijakan pemerintah Inggris yang ditetapkan pada abad ke XIX itu dikenal dengan Sanitary Revolution. Sejak saat itu, kesehatan diakui sebagai salah satu hak asasi manusia.

Pada perkembangan berikutnya, pemenuhan hak atas kesehatan dan hak-hak lain di bidang ekonomi itu dipandang tidak hanya sekedar dipenuhi oleh negara, melainkan harus memenuhi standar kelayakan tertentu, sesuai dengan martabat manusia. Di sini muncul hak asasi generasi ketiga, yang pada intinya adalah hak atas standar kehidupan yang layak. Standar kehidupan tersebut menjadi sub sistem dari hak-hak ekonomi yang sudah ada, seperti hak atas makanan, gizi, pakaian, upah yang layak, perumahan yang layak, lingkungan hidup yang bersih dan sehat, dan sebagainya.

B. Kerangka Berpikir

Berdasarkan penelitian di atas berikut adalah bagan kerangka berpikir dalam penelitian ini :



BAB III

METODE PENELITIAN

Penelitian (*research*) merupakan upaya pencarian yang bernilai edukatif. Dengan demikian penelitian berangkat dari ketidaktahuan dan keraguan, dan kemudian berakhir pada suatu kesimpulan dari permasalahan¹².

Agar suatu penelitian dapat lebih lancar, terarah, dan lebih tertata, maka diperlukan suatu metode penelitian, karena pada hakekatnya metode penelitian tersebut memberikan pedoman tentang cara-cara seseorang menganalisa, mempelajari, dan memahami lingkungan-lingkungan yang dihadapi. Metode adalah suatu unsur mutlak yang harus ada dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan. Tanpa metode penelitian tidak mungkin seseorang akan dapat menganalisis, menemukan dan merumuskan suatu kebenaran mengenai sesuatu hal yang sedang ditelitinya secara runtut dan terarah¹³.

Selanjutnya untuk memperoleh bahan-bahan atau data-data yang diperlukan dalam penelitian ini, maka penulis menggunakan metode sebagai berikut :

A. Metode Pendekatan

Pada penelitian ini metode yang digunakan adalah studi kasus. Dengan demikian metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif.

Menurut Bogdan dan Taylor sebagaimana yang dikutip oleh Lexi J. Moleong yang dimaksud dengan penelitian kualitatif adalah prosedur

¹²Amirudin, 2004, Pengantar Metode Penelitian Hukum, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, hlm. 19.

¹³ Soerjono Soekanto, 2005, Pengantar Penelitian Hukum, Jakarta: UI Press, hlm 45.

penelitian yang menggunakan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati¹⁴.

Sehubungan dengan metode penelitian Soerjono Soerjono Soekanto mengatakan bahwa:

Pada penelitian dengan metode kualitatif akan dihasilkan data deskriptif analitis yaitu apa yang dinyatakan oleh informan secara tertulis atau lisan dan juga perilakunya yang nyata, yang diteliti dan dipelajari sebagai sesuatu yang utuh¹⁵.

Penelitian ini dilakukan dengan meneliti data yang diperoleh dari penelitian lapangan dan bahan-bahan kepustakaan yang berhubungan dengan perumusan masalah yang telah ditetapkan.

B. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi penelitian ini adalah deskriptif analitis. Penelitian ini berusaha menggambarkan dan menganalisis permasalahan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Adapun hal yang akan digambarkan adalah Pelaksanaan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Papua Ditinjau Dari Hak Asasi Manusia.

C. Jenis dan Sumber Data

Data pendukung dalam penelitian ilmiah yang Penulis lakukan terdiri atas 2 (dua) jenis data, yakni:

1. Data primer, yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat dan terdiri atas norma-norma dasar. Dalam hal ini, bahan hukum primer berupa :
 - a) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
 - b) Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 Tentang OTSUS Papua Bab XVII Kesehatan.

¹⁴Lexy J. Moleong, 2002, Metodologi Penelitian Kualitatif, Bandung: Remaja Rosdakarya, hlm. 3

¹⁵Soerjono Soekanto, 2005, Pengantar Penelitian Hukum, Jakarta: UI Press, hlm 32.

2. Data sekunder, yaitu bahan-bahan yang erat hubungannya dengan bahan-bahan hukum primer yang dapat menunjang penulisan skripsi ini dan dapat membantu melengkapi bahan hukum primer. Bahan hukum sekunder yang digunakan adalah buku-buku atau karya ilmiah yang ditulis oleh para ahli yang berkaitan dengan penelitian ini. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan bahan hukum sekunder yaitu artikel, paper, hasil penelitian, dan buku-buku yang berkaitan dengan penelitian ini.

D. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini Penulis menggunakan teknik pengumpulan data berdasarkan metode penelitian lapangan (*field research*) dan penelitian kepustakaan (*library research*).

E. Teknik Analisis Data

Data yang diperoleh baik primer maupun sekunder diolah terlebih dahulu kemudian dianalisis secara kualitatif dan disajikan secara deskripsi yaitu menjelaskan, menguraikan, dan menggambarkan sesuai dengan permasalahan yang erat kaitannya dengan penelitian ini, kemudian menarik suatu kesimpulan berdasarkan analisis yang telah dilakukan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Konteks Umum Mengenai Papua

Luas wilayah Papua adalah 421.981 KM² (3,5 kali lebih besar dari pada Pulau Jawa) dengan topografi yang meliputi daerah pegunungan dan sebagian besar tanah yang berawa-rawa di daerah pesisir. Papua berbatasan dengan; Laut Halmahera dan Samudra Pasifik di utara, Laut Arafura dan Australia di selatan, Papua New Guinea di sebelah timur, dan Laut Arafura, Laut Banda dan Maluku di sebelah barat. Total penduduk Papua adalah sekitar 2.576.822 jiwa, yang hanyalah 1% dari keseluruhan jumlah penduduk Indonesia, di mana 70% tinggal di daerah pedesaan dan di tengah daerah pegunungan yang terpencil. Berdasarkan sensus pada tahun 2000, populasi terpadat ada di dataran tinggi di Kabupaten Jayawijaya sebanyak 417.326 jiwa. Total penduduk asli, yang kaya akan kebudayaan, diperkirakan sekitar 66% dari keseluruhan jumlah penduduk.

Penelitian di bidang Antropologi mengkategorikan tujuh zona kebudayaan di seluruh tanah Papua: (1) Saireri, (2) Doberai, (3) Bomberai, (4) Ha-Anim, (5) Tabi, (6) Lano-Pago, and (7) Me-Pago. Ada lebih dari 250 kelompok etnis dengan kebiasaan-kebiasaan, bahasabahasa, praktek-praktek dan agama asli yang berbeda di Papua. Ini berarti, ada ratusan norma adat yang berlaku di dalam propinsi ini. Ditambah lagi, ada 100 kelompok etnis non-Papua. Pengaruh kesukuan masih sangatlah kuat, oleh karenanya insiden-

insiden yang menampakkan ketidakpedulian terhadap keharmonisan sosial biasanya akan berujung pada tindak kekerasan. Dalam kenyataannya komunikasi sosial sangatlah terbatas dan orang biasanya enggan berhubungan dengan orang yang berasal dari etnis dan agama yang berbeda. Konflik biasanya terjadi pada waktu kita tidak dapat mengerti pluralitas norma-norma dan nilai-nilai ini. Selain kaya akan kebudayaan, Papua juga mempunyai sumber daya alam yang berlimpah mulai dari gas, minyak, emas, perak, hasil-hasil laut dan tembaga. Sayangnya, kekayaan Papua (sumber daya alamnya dan secara kebudayaan) telah diwarnai oleh sejarah konflik yang panjang dengan biaya kemanusiaan yang signifikan.

Dalam pelayanan kesehatan terdapat aturan yang telah dibuat dan mendapat izin dari pemerintah sesuai dengan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, serta seperti yang terdapat di dalam pasal 30 ayat (1), (2) dan (3), pasal 28A, pasal 28B ayat (1) dan (2), serta pasal 28H ayat (1) dan (3). Pasal-pasal tersebut masing-masing berisi :

1. Pasal 30 ayat (1) : Fasilitas Pelayanan Kesehatan, menurut jenis pelayanannya terdiri Pelayanan Kesehatan Perseorangan dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat.
2. Pasal 30 ayat (2) Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi : Pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan tingkat kedua, dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga.
3. Pasal 30 ayat (3) Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh pihak pemerintah,

pemerintah daerah dan swasta. Fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan akses yang luas bagi kebutuhan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan, dalam hal demikian fasilitas pelayanan kesehatan akan memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu, dalam keadaan darurat fasilitas pelayanan kesehatan baik swasta maupun pemerintah wajib untuk melayani pasien tanpa memandang siapa pasien tersebut. Hal ini seperti yang terdapat dalam undang-undang, yang melarang bagi siapa saja yang terlibat dalam pelayanan kesehatan membeda-bedakan pasien dalam keadaan darurat untuk menolak pasien atau meminta uang muka sebagai jaminan. Pelayanan kesehatan adalah kegiatan dengan melakukan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam pelayanan kesehatan perseorangan sesuai dengan pasal 30 ayat (1) adalah ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat adalah ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat. Pelayanan kesehatan ini adalah mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibandingkan kepentingan lainnya. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu dan merata serta nondiskriminatif.

Dalam hal ini pemerintah sangat bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan, serta menjamin standar mutu pelayanan kesehatan. Dengan demikian sangat jelaslah bahwa dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan pemerintah sangat peduli dengan adanya ketentuan-ketentuan yang berlaku menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan maka hak-hak pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan tersebut dapat terlindungi.

1. Pasal 28 A : Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya.
2. Pasal 28 B ayat (1) : Setiap orang berhak membentuk keluarga dan melanjutkan keturunan melalui perkawinan yang sah.
3. Pasal 28 B ayat (2) : Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.
4. Pasal 28 H ayat (1) : Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
5. Pasal 28 H ayat (3) : Setiap orang berhak atas jaminan social yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

2. Pelaksanaan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Papua Ditinjau Dari Hak Asasi Manusia Saat Ini

Bila melihat rentan waktu dengan diberlakukannya otonomi khusus (UU. No.21 Tahun 2001) itu berarti rakyat Papua sudah menikmati selama 15

tahun dari proses perundangundangan, namun dari fakta sejarah ini telah mengisahkan hiruk-pikuk dan dinamika sosial ekonomi dan politik bagi rakyat Papua, dalam menentukan nasibnya sendiri. Padahal ditengah kemajuan pembangunan yang sedang berlangsung saat ini seharusnya rakyat Papua sudah dapat menikmati berbagai hal pembangunan yang diberikan oleh pemerintah pusat. Namun faktanya rakyat Papua atau lebih khususnya di Distrik Pirime masih banyak merasakan penderitaan ditengah kemajuan pembangunan kesehatan yang sedang berlangsung fakta ini dapat dilihat dari masih tingginya angka kemiskinan di propinsi Papua yang dilansir dari data BPJS Nasional Tahun 2015 dimana daerah ini masih terdapat 36,80% saja dan selain dari kabupaten lain menduduki urutan pertama sementara di Kabupaten Lanny Jaya Di Distrik Pirime telah mencapai 36,23 %. Dari angka kemiskinan tersebut diatas, sudah memberikan gambaran bahwa pemberian berbagai pembangunan di propinsi Papua melalui otonomi khusus belum mampu meningkatkan tingkat kesejahteraan bagi masyarakat. Padahal kalau melihat sumber daya alam yang sesungguhnya orang Papua sudah makmur dan sejahtera karena dengan potensi yang ada buktinya dengan hasil tambang yang dikelola oleh PT Newmont potensi alam di Papua telah di kontribusi yang cukup besar terhadap sumbangan Negara selalin Aceh dengan pemberian otonomi khusus. Dinilai pelayanan Kesehatan baik diatas tahun 2000an karena pada waktu itu dokter dan petugas perawat ataupun tenaga Medisnya yang ditempatkan di puskesmas-puskesmas justru mereka lebih bertahan dalam pelayanan dibandingkan di era otonomi khusus sekarang justru lebih banyak petugas kesehatan tidak memberikan pelayanan yang

baik kepada masyarakat dikampung, seharusnya ada peningkatan kesehatan fasilitas maupun pelayanannya kepada masyarakat termasuk petugasnya harus bertahan ditempat tugasnya lebih khususnya di distrik pirime. Pelayanan kesehatan yang masih terjadinya masalah adalah sebagai berikut:

- a. Kurang memberikan kartu berobat selain Akses, Kurang memfasilitasi peralatan-peralatan Rumah Sakit, Kurangnya Dokter maupun tenaga Medisnya,
- b. Kurang karena petugasnya tidak ada ditempat, akhirnya kebanyakan pasien datang ke kota karena faktor petugas jarang masuk kerja.

Oleh karena itu membuat salah satu kebijakan pemerintah daerah perlu memikirkan berbagai terobosan mempermudah kepentingan petugas kesehatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat lainnya termasuk mengirimkan gaji langsung kepada mereka, dan membangun perumahan, dan sarana pengujung lainnya yang lebih nyaman pada hal pemerintah saat ini belum ada suatu kebijakan yang lebih mendalam dalam pelayanan Bidang Kesehatan.

Masalah yang melatarbelakangi lahirnya kebijakan otonomi khusus bagi Propinsi Papua adalah berawal dari belum berhasilnya pemerintah pusat memberikan Kesejahteraan, Kemakmuran, dan pengakuan terhadap hak-hak dasar rakyat Papua. Kondisi masyarakat Papua dalam bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi, kebudayaan, dan sosial politik masih memprihatinkan. Malahan, sebagian di antara mereka masih hidup seperti di zaman batu. Selain itu, persoalan-persoalan mendasar seperti pelanggaran hak-hak asasi manusia dan pengingkaran terhadap hak kesejahteraan rakyat Papua masih

juga belum diselesaikan secara adil dan bermartabat. Keadaan ini tentunya telah mengakibatkan munculnya berbagai ketidakpuasan yang tersebar di seluruh tanah Papua dan diekspresikan dalam bermacam bentuk. Banyak diantara ekspresi-ekspresi tersebut dihadapi pemerintah pusat dengan cara-cara kekerasan bahkan pemerintah pusat melalui wakil mileternya di daerah Papua telah menggunakan kekuatan militer secara berlebihan. Puncaknya adalah semakin banyaknya rakyat Papua ingin melepaskan diri dari NKRI sebagai suatu alternatif memperbaiki kesejahteraan.

Secara garis besar terdapat beberapa hal mendasar di dalam Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua yakni:

- a. Pengaturan kewenangan antara Pemerintah dengan Pemerintah Provinsi Papua serta penerapan kewenangan tersebut di Provinsi Papua yang dilakukan dengan kekhususan.
- b. Adanya Pengakuan dan penghormatan hak-hak dasar orang asli Papua serta pemberdayaannya secara strategis dan mendasar.
- c. Mewujudkan penyelenggaraan pemerintahan yang baik .
- d. Dan Pembagian wewenang, tugas dan tanggung jawab yang tegas dan jelas antara badan legislatif, eksekutif dan yudikatif serta Majelis Rakyat Papua (MRP) sebagai representasi kultural penduduk asli Papua yang diberikan kewenangan tertentu.

Dalam bidang pelayanan kesehatan terlihat bahwa sudah dilakukan usaha usaha untuk pelayanan kesehatan untuk memberikan kartu berobat selain Akses, penambahan dan pembenahan fasilitas peralatan-peralatan

Rumah Sakit masih kurang baik/kurang lengkap baik tenaga Dokter maupun tenaga dan perawat, memberikan rangsangan tunjangan bagi petugas-petugas agar siap ditempat tugas, menyiapkan fasilitas-fasilitas tempat tinggal yang layak bagi para dokter dan paramedis yang bertugas di wilayah distrik.

Berkaitan dengan kebijakan otonomi khusus yang diberikan Pusat terhadap tuntutan tinggi kemerdekaan teritorial (high call) yang didesakkan Papua dengan cepat menggelinding ke dalam agenda wakil rakyat. Bahwa tujuan diagendakan otonomi khusus bagi propinsi Papua telah di Agendakan ketika masa itu melalui TP MPR No. IV Tahun 1999 tentang GBHN yang menyatakan bahwa: "Dalam rangka mempertahankan integrasi bangsa dalam wadah NKRI dengan tetap menghargai kesetaraan dan keragaman kehidupan sosial budaya masyarakat Papua, melalui penerapan daerah Propinsi Irian Jaya sebagai daerah otonomi khusus yang diatur dengan Undang-Undang".

Dalam bidang pelayanan kesehatan terlihat bahwa sudah dilakukan usaha usaha oleh Dewan dan Pemerintah Kabupaten untuk pelayanan kesehatan untuk memberikan kartu berobat selain Akses, penambahan dan pembenahan fasilitas peralatan-peralatan Rumah Sakit masih kurang baik/kurang lengkap baik tenaga Dokter maupun tenaga dan perawat, memberikan rangsangan tunjangan bagi petugas agar untuk ditempat tugas, menyiapkan fasilitas-fasilitas tempat tinggal yang layak bagi para dokter dan paramedis yang bertugas di wilayah distrik.

Pelayanan kesehatan adalah sebuah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta

memulihkan kesehatan baik itu perorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat. Dalam system pelayanan kesehatan masyarakat Puskesmas memegang peranan penting. Dimana Puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan memberikan pelayanan melalui ibu hamil, pemeriksaan bayi maupun pemeriksaan kesehatan secara umum. Berdasarkan laporan BPS tahun 2014 di Kabupaten Lannyjaya maka lebih dari 80 % penyebab kematian ibu hamil/bayi pada saat melahirkan/persalinan disebabkan oleh tiga masalah pokok yaitu pendarahan (terdapat 40 % - 60 %) infeksi jalan lahir (20 % - 30 %) dan keracunan kehamilan (20 % - 30 %). Ketiga hal ini berkaitan erat dengan status gizi, higieny-sanitasi, kesadaran hidup sehat dan jangkauan serta mutu pelayanan kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa peran pelayanan kesehatan khusus peran penolong kelahiran sangat penting bagi keselamatan bayi dan ibu yang melahirkan.

Indikator ini cukup memegang peranan penting dalam melihat kondisi kesehatan untuk menggambarkan tingkat kemajuan pelayanan kesehatan terutama pada saat kelahiran dimana resiko kematian bayi sangat tinggi. Indikator lain untuk menunjukkan derajat pelayanan kesehatan masyarakat adalah angka kesakitan dan rata-rata lama sakit yang dideritanya. Indicator ini menggambarkan tingkat intensitas penyakit yang dialami penduduk. Indikator ini juga menggambarkan besarnya kerugian yang dialami penduduk karena penyakit yang diderita. Semakin besar nilai indikator ini semakin tinggi tingkat intensitas penyakit yang diderita penduduk dan semakin besar kerugian yang dialami.

Pada tahun 2014 ini maka prosentase sakit penduduk di kabupaten Lanny jaya sebesar 8,34 % atau sebanyak 8 jiwa per 100 penduduk dengan rata-rata lama sakitnya selama 2,41 hari. Hal ini menunjukkan bahwa penduduk tersebut mengalami kerugian materil (ekonomi) rata-rata selama 2,41 hari. Salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan di level distrik adalah keberadaan Puskesmas dan Puskesmas Rawat Inap. Dari hasil penelitian membuktikan bahwa kunjungan penduduk yang datang memeriksakan kesehatan di Puskesmas di Kabupaten Lannyjaya masih sangat rendah hanya terdapat 35 %. Ada keluhan penduduk untuk datang ke Puskesmas memeriksakan kesehatan disebabkan karena jarak yang di tempuh ketempat pelayanan kesehatan masih sangat jauh rata-rata penduduk lebih baik pergi kedukun apabila mereka sakit dari datang ke Puskesmas. Selain itu minimnya penduduk untuk datang ke Puskesmas disebabkan karena disebabkan karena masih kurangnya kesadaran mereka untuk datang berobat selain masalah biaya sebagaimana dikemukakan diatas.

Kejadian luar biasa (KLB) campak dan masalah gizi buruk yang dialami sebagian warga Suku Asmat, Papua, memakan korban jiwa. Selama September 2017 hingga 28 Januari 2018, sebanyak 71 anak meninggal dunia, 646 anak terjangkit campak, dan 218 anak menderita gizi buruk. Pemerintah bertindak segera dengan membentuk satuan tugas (satgas) kesehatan.

Dari berbagai faktor penyebab campak di Asmat, setidaknya dapat diidentifikasi tiga masalah:

- a. cakupan imunisasi dasar yang kurang dengan rata-rata hanya sekitar 20 persen,
- b. tenaga kesehatan yang tidak terdistribusi dengan baik, dan
- c. gizi buruk.

Dari 23 distrik di Kabupaten Asmat, ada 13 puskesmas utama dan tiga puskesmas pembantu yang dilayani tujuh dokter. Jarak antar-puskesmas bisa memakan waktu tempuh berjam-jam dan bahkan berpuluh-puluh jam dengan biaya yang tidak murah. Sedangkan gizi buruk di wilayah yang terkena dampak, sebanyak 30,3 persen mengalami masalah berat badan kurang (underweight) dan 25,9 persen pertumbuhan terhambat.

Jika dilihat lebih jauh, akar dari masalah ini adalah

- a. akses dan ketersediaan pangan,
- b. sanitasi dan fasilitas air bersih yang tidak memadai,
- c. akses transportasi yang amat mahal atau bahkan tidak tersedia sama sekali,
- d. akses dan infrastruktur informasi yang sangat minim, serta
- e. pola hidup dan pola asuh yang kurang sehat.

Kejadian Luar Biasa memang perlu penanganan secara cepat dan efisien. Pemerintah telah menetapkan delapan wilayah penanganan, seperti distrik Sawa Ema, Pulau Tiga, dan Pantai Kasuari. Untuk memperkuat tenaga medis, satgas telah menghimpun tambahan tenaga medis sebanyak 70 orang dari TNI, 15 orang dari Polri, 45 orang dari pemerintah pusat, dan 40 orang dari pemerintah daerah.

Mengingat cakupan persoalan yang relatif dalam dan kompleks, koordinasi di pemerintahan juga melibatkan kementerian/lembaga yang lebih luas. Misalnya, selain memaksimalkan sarana transportasi milik Pemerintah Daerah Asmat, TNI dan Kementerian Perhubungan membantu akses transportasi darat, laut, ataupun udara. Hambatan-hambatan birokrasi harus diterobos dan distribusi sumber daya, termasuk keuangan, harus efektif dan efisien sesuai dengan kondisi di lapangan. Jika tidak, operasi ini tidak akan bertahan lama.

Masalah kesehatan di Asmat ini bisa jadi hanya puncak gunung es. Hal yang sama amat mungkin terjadi di kabupaten-kabupaten lain di Papua misalnya mengancam wilayah lain, seperti Tolikara, Nduga, Intan Jaya, Lanny Jaya, Jayawijaya, dan Dogiyai. Wilayah-wilayah lain dengan indeks pembangunan kesehatan masyarakatnya yang masih rendah berpotensi terancam penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, seperti Pegunungan Bintang, Yahukimo, Paniai, Waropen, Supiori, Yalimo, Mamberamo Raya, Mamberamo Tengah, dan Puncak Jaya.

Kondisi geografis yang sulit dijangkau, akses informasi yang amat terbatas, rendahnya infrastruktur dasar, serta minimnya tenaga lapangan yang mampu menjangkau hunian warga adalah satu sebab yang sudah lama diketahui dan memang tidak mudah ditangani. Pada periode ini, pemerintah telah berusaha keras mengatasinya dengan jalan membuka keterisolasian melalui pembangunan infrastruktur hingga menyalurkan berbagai jaminan sosial. Tapi tidak semua berjalan semulus yang diharapkan.

Untuk itu, kuncinya adalah meningkatkan kapasitas pemerintah daerah dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengendalikan program pembangunan. Pemerintah daerah tidak boleh abai pada detail yang justru amat penting, seperti jumlah puskesmas, fasilitas umum, guru, dokter dan bidan. Semua tantangan ini-alam, manusia, dan tata kelola pemerintahan-perlu ditanggapi dalam jangka pendek ataupun dirumuskan kebijakannya dalam jangka menengah dan panjang.

Karena itu, selain pendekatan jangka pendek dalam penanganan krisis saat ini, dalam intervensi jangka menengah dan panjang tumpuannya adalah peningkatan kualitas, ketersediaan tenaga medis, dan penciptaan ketahanan pangan yang berbasis pada pola hidup masyarakat. Yang lebih penting lagi adalah pendampingan pemerintah daerah dalam pelayanan publik, termasuk pelayanan kesehatan. Kementerian/lembaga harus mendampingi mereka dalam jangka tertentu, misalnya 3-5 tahun, hingga mereka mampu mengelola pelayanan publik dengan standar yang baik.

3. Kendala-Kendala Yang Ditemui Dalam Pelaksanaan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Papua Ditinjau Dari Hak Asasi Manusia

Masalah kesehatan di Provinsi Papua tidak sebatas mendirikan rumah sakit atau pusat layanan kesehatan karena terkait masalah akses dan budaya. Solusi utama masalah kesehatan di Papua, menurut menteri kesehatan adalah bagaimana masyarakat sadar akan pentingnya kesehatan.

Pembangunan kesehatan merupakan dasar yang perlu mendapatkan perhatian. Negara telah berupaya maksimal memberikan jaminan kesehatan

melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS) dan BPJS. Namun, layanan ini belum memberi manfaat kepada masyarakat karena berbagai hambatan.

Ada 4 faktor penghambat pelaksanaan kebijakan kesehatan pemerintah di Papua.

- a. Pertama kekurangan layanan kesehatan yang memadai khususnya di daerah terpencil. Disini pentingnya kebijakan pemerintah agar dokter muda bersedia dikirim ke daerah, khususnya daerah terpencil.
- b. Faktor penghambat kedua, rendahnya tingkat pendidikan yang menjadi problematika di Papua. Faktor ini berkaitan langsung dengan rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan.
- c. Faktor ketiga adalah pola hidup masyarakat yang masih bergantung kepada alam, sehingga mereka cenderung hidup berpindah-pindah (nomaden). Karena kebiasaan ini, masyarakat menjadi rentan terhadap berbagai penyakit. Disini pemerintah perlu memikirkan agar masyarakat meninggalkan kebiasaan mereka hidup berpindah-pindah dan memikirkan tentang ketahanan pangan, terpenuhinya kebutuhan hidup mereka.
- d. Faktor penghambat terakhir, karena buruknya infrastruktur di Papua.

Kebutuhan air bersih Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Agats yang bergantung dari air hujan dan berada di atas rawa. Diperlukan pemikiran tentang ketahanan pangan, perlu pula infrastruktur seperti penyediaan air bersih. Selain itu tersedia sarana transportasi dan komunikasi yang memadai.

B. Pembahasan

Kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Tahun 1945 yang berbunyi “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Peduduk Indonesia berhak memperoleh kesehatan yang setinggi-tingginya yang dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan kesehatan nasional.

Penerapan Otonomi khususnya di Propinsi Papua penuh dinamika sehingga banyak menguras energi pemerintah pusat maupun pemerintah Daerah. Bahkan dengan penerapan Otonomi Khusus bagi rakyat Papua semua masyarakat telah menaruh harapan kepada pemerintah pusat agar rakyat diwilayah tersebut boleh merasakan manfaat dari proses pembentukan Otonomi Khusus.

Istilah untuk kesehatan sebagai hak asasi manusia yang kerap digunakan di tingkat PBB adalah hak atas kesehatan. Hak atas kesehatan telah dijamin dan diatur di berbagai instrumen internasional dan nasional. Ketentuan-ketentuan didalamnya pada intinya merumuskan kesehatan sebagai hak individu dan menetapkan secara konkrit bahwa negara selaku pihak yang memiliki tanggung jawab atas kesehatan. Hak atas kesehatan di instrumen internasional dapat ditemukan di dalam pasal 25 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia

(DUHAM), pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, pasal 12 Konvensi tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, dan pasal 24 Konvensi tentang Hak-Hak Anak. Hak atas kesehatan juga dapat ditemukan di instrumen nasional di dalam pasal 28H ayat (1) dan pasal 34 ayat (3) amandemen UUD 1945, pasal 9 UU No. 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dan pasal 12 UU No. 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Hak Ekonomi Sosial, dan Budaya. Ketentuan dalam UUD 1945 di atas lebih lanjut diatur di dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Hak atas kesehatan memiliki aspek ekonomi, sosial, dan budaya. Hak ini memiliki karakter ekonomi dan sosial karena hak ini berusaha sedapat mungkin menjaga agar individu tidak menderita ketidakadilan sosial dan ekonomi berkenaan dengan kesehatannya.

Lebih lanjut, hak ini memiliki karakter budaya sebab hak ini berusaha menjaga agar layanan kesehatan yang tersedia cukup dapat menyesuaikan dengan latar belakang budaya seseorang. Sementara itu, isi pokok (core content) hak atas kesehatan tidak hanya mencakup unsur-unsur yang berkaitan dengan hak atas pelayanan perawatan kesehatan, tetapi juga hak atas sejumlah prasyarat dasar bagi kesehatan, seperti air minum bersih, sanitasi memadai, kesehatan lingkungan, dan kesehatan di tempat kerja. Kemudian yang menjadi prinsip-prinsip yang harus ditaati oleh pihak negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan mengandung empat unsur, yakni ketersediaan, aksesibilitas, kualitas, dan kesetaraan. Ketersediaan dapat diartikan sebagai ketersediaan sejumlah pelayanan kesehatan seperti fasilitas berupa sarana (rumah sakit, puskesmas dan klinik) dan prasarana kesehatan (obat-obatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan

kesehatan) yang mencukupi untuk penduduk secara keseluruhan. Aksesibilitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat terjangkau baik secara ekonomi atau geografis bagi setiap orang, dan secara budaya, agar menghormati tradisi budaya masyarakat. Kualitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan memenuhi standar yang layak. Terakhir, kesetaraan mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat diakses secara setara oleh setiap orang, khususnya bagi kelompok rentan di masyarakat.

Kewajiban negara untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi berkenaan dengan hak atas kesehatan diusulkan sebagai berikut:

1. Kewajiban untuk menghormati:

- a. Kewajiban untuk menghormati akses setara ke pelayanan kesehatan yang tersedia dan tidak menghalangi individu atau kelompok dari akses mereka ke pelayanan yang tersedia.
- b. Kewajiban untuk tidak melakukan tindakan yang mengganggu kesehatan, seperti kegiatan yang menimbulkan polusi lingkungan

2. Kewajiban untuk melindungi:

- a. Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang perundang-undangan dan langkah-langkah lain untuk menjamin bahwa warga memiliki akses (setara) ke pelayanan kesehatan jika disediakan oleh pihak ketiga.
- b. Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang perundang-undangan dan langkah-langkah lain untuk melindungi manusia dari pelanggaran di bidang kesehatan oleh pihak ketiga.

3. Kewajiban untuk memenuhi:

- a. Kewajiban untuk mengadopsi kebijakan kesehatan nasional dan untuk menyediakan bagian secukupnya dari dana kesehatan yang tersedia.
- b. Kewajiban untuk menyediakan layanan kesehatan yang diperlukan atau menciptakan kondisi di bawah mana warga memiliki akses memadai dan mencukupi ke pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan perawatan kesehatan serta air bersih layak minum dan sanitasi memadai.

Undang-undang no. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menjamin hak setiap individu di bidang kesehatan yang diwujudkan dalam pernyataan pasal 4 dalam undang-undang „Setiap orang berhak atas kesehatan“. Pada akhirnya setiap individu dijamin haknya dalam memperoleh akses yang setara dan pelayanan yang layak dan terjangkau di bidang kesehatan. Lebih lanjut, setiap individu juga dijamin dalam mendapatkan lingkungan yang sehat demi tercapainya derajat kesehatan yang optimal.

Di dalam undang-undang ini juga mencantumkan tanggung jawab pemerintah. Pada bagian ini pada intinya bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan pelayanan, ketersediaan akses baik itu informasi dan fasilitas, ketersediaan sumber daya yang setara, dan mengupayakan kelayakan dan keterjangkauan di bidang kesehatan. Selanjutnya dinyatakan juga bahwa pemerintah bertanggung jawab atas penyelenggaraan jaminan kesehatan melalui sistem jaminan sosial nasional bagi setiap warga. Selain itu, undang-undang ini memberikan batasan dana kesehatan minimal sebesar 5% dari APBN dan 10% dari APBD dan dana ini diprioritaskan untuk kepentingan publik sekurang-

kurangnya 2/3 dari anggaran tersebut. Dalam hal perlindungan hak atas kesehatan, undang-undang ini juga akan memberikan ancaman pidana bagi pihak-pihak yang melanggar terkait di bidang kesehatan.

Sejak kesehatan diakui sebagai sebagai salah satu hak asasi manusia, dalam penerapannya terdapat berbagai pengertian. Hal tersebut tidak terlepas dari pengertian "kesehatan". Kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pengertian yang luas itu berpengaruh bagi pemahaman terhadap kesehatan sebagai hak asasi manusia. Dalam Pasal 4 Undang-undang itu ditegaskan bahwa "setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal", sedangkan Pasal 28H Undang-Undang Dasar 1945, menegaskan bahwa "setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Antara kalimat "memperoleh derajat kesehatan" dan "memperoleh pelayanan kesehatan" tentunya mempunyai pengertian yang berbeda. Terdapat kesan bahwa "memperoleh derajat kesehatan" memiliki makna yang lebih luas daripada "memperoleh pelayanan kesehatan", sebab menurut undang-undang tersebut memperoleh pelayanan kesehatan adalah sebagian dari hak memperoleh derajat kesehatan. Namun demikian, tidak dapat dikatakan dengan tergesa-gesa bahwa perlindungan hak asasi manusia di bidang kesehatan dalam UUD 45 lebih sempit daripada yang diatur dalam Undang-undang Nomor 36 tahun 2009. Untuk melaksanakan undang-undang tersebut, Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan RI, telah menyusun suatu sistem kesehatan nasional (SKN), dan pada tahun 2004 lalu telah dilakukan suatu "penyesuaian" dengan

UUD 45. Di dalam dokumen dikatakan bahwa SKN didefinisikan sebagai suatu tatanan yang menghimpun upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945

Dalam kepustakaan kesehatan, terdapat berbagai istilah yang digunakan untuk menyebut hak asasi manusia di bidang kesehatan, seperti “hak asasi atas kesehatan” (Human Right to Health), atau “hak atas kesehatan”(Right to Health), atau “hak memperoleh derajat kesehatan yang optimal” (*The Right to Attainable Standard To Health*).¹⁶ Hukum berkepentingan bukan pada istilah, melainkan pada makna yang terkandung dalam istilah tersebut. Apalagi setelah UUD 45 memberikan jaminan konstitusional terhadap hak atas kesehatan, mengenali hak tersebut secara benar menjadi sangat penting bagi hukum.

Sejalan dengan perkembangan hak asasi manusia yang dinamis, suatu hak asasi manusia cenderung melahirkan hak-hak baru atau melahirkan pengertian yang baru. Sebagai contoh, hak atas pekerjaan yang semula merupakan spesifikasi dari hak atas kesejahteraan, kemudian melahirkan hak baru yang lebih spesifik yaitu hak mendapatkan upah yang layak. Demikian pula halnya dengan hak atas kesehatan, pada awalnya hanya berkaitan dengan perawatan kesehatan (medical care), tetapi kemudian berkembang meliputi berbagai aspek baik individu maupun kesehatan masyarakat dan lingkungan.

Perkembangan konsepsi hak asasi manusia telah menempuh tiga tahap, sehingga hak asasi manusia dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori, yaitu

¹⁶ Eleanor D. Kinney, “The International Human Right to Health”, dalam *Indiana Law Review*, Vol 34, hal 1559

hak asasi manusia generasi pertama, generasi kedua, dan generasi ketiga. Hak asasi manusia generasi pertama adalah hak-hak asasi manusia dalam bidang sipil dan politik, yang oleh T. Koopmans disebut sebagai *de klassieke grondrechten* (hak-hak dasar yang klasik).¹⁷ Karakter hak asasi manusia generasi pertama tersebut adalah negatif, karena menghendaki kebebasan dari suatu kekangan tertentu (*freedom from*). Hak asasi manusia generasi kedua diwarnai dengan munculnya tuntutan hak-hak asasi dalam bidang ekonomi, sosial, dan budaya, yang disebut oleh T.Koopmans sebagai *de sociale grondrechten* (hak-hak dasar sosial),¹⁸ dan karenanya berkarakter positif (*right to*), sedangkan hak asasi manusia generasi ketiga ialah yang dikenal dengan sebutan “solidarity rights”, yang memaknai hak asasi manusia bagi pembangunan kesejahteraan masyarakat.¹⁹

Hak atas kesehatan dalam hubungan dengan kategori hak asasi manusia tersebut, sering dimasukkan dalam hak asasi manusia generasi kedua dan hak asasi manusia generasi ketiga. Apabila hak atas kesehatan tersebut dikaitkan dengan “kesehatan individu”, dia masuk ke dalam hak-hak ekonomi, sosial dan budaya, tetapi jika terkait dengan “kesehatan masyarakat”, dia masuk ke dalam hak atas pembangunan. Menurut Muladi, kategori hak asasi manusia generasi ketiga diberikan kepada hak-hak kolektif atas dasar solidaritas antar umat manusia berlandaskan rasa persaudaraan dan solidaritas yang sangat dibutuhkan.

¹⁷ Sri Soemantri, Refleksi HAM di Indonesia, Makalah dalam Penataran Hukum Humaniter Internasional dan Hukum HAM, kerjasama Fakultas Hukum UGM dan ICRC, Juni 1998, hlm. 5

¹⁸ *Ibid*

¹⁹ *Ibid*

Hak asasi manusia ini mencakup antara lain “the right to development; right to peace; and the right to healthy and balanced environment”.²⁰

Pemahaman ketiga kategori hak asasi manusia tersebut tidak boleh bersifat “fragmented” karena akan menimbulkan stratifikasi kualitas. Padahal maksudnya hanyalah untuk memudahkan identifikasi. Perlakuan terhadap hak asai manusia di samping universal, harus bersifat “indivisible and interdependent”.²¹

Revolusi Industri di Inggris, yang pada satu sisi berhasil menciptakan efisiensi biaya produksi, tetapi pada sisi lain membawa dampak pada turunnya posisi tawar dan daya beli kaum buruh. Fungsi mereka sebagai tenaga kerja mulai digeser oleh mesin-mesin otomatis. Dampaknya, terjadi pengangguran dalam jumlah yang cukup besar. Kaum buruh tinggal di lingkungan pemukiman yang kumuh dengan sistem distribusi air dan sanitasi yang buruk. Akibatnya, sering muncul serangan penyakit menular (epidemic), yang tidak hanya berpengaruh pada kesehatan fisik, melainkan juga pada kesehatan mental. Angka kematian bayi dan anak pada masa itu cukup tinggi, sebagian karena kekurangan gizi dan terganggunya sistem reproduksi para ibu. Dari kondisi seperti itulah kemudian muncul gagasan-gagasan mengenai hak asasi manusia di bidang ekonomi, seperti hak atas pekerjaan, hak atas jaminan sosial, dan hak atas kesehatan.

Perkembangan ilmu kedokteran dan kesehatan, khususnya temuan ilmiah di bidang penyakit menular, seperti germ theory of disease, memaksa pemerintah Inggris untuk melakukan reformasi di bidang kesehatan masyarakat.

²⁰ Muladi, Sumbang Saran Perubahan UUD 1945, Yayasan Habibie Center, 2004, hlm 63

²¹ *Ibid*

Kebijakan pemerintah Inggris yang ditetapkan pada abad ke XIX itu dikenal dengan Sanitary Revolution. Sejak saat itu, kesehatan diakui sebagai salah satu hak asasi manusia.

Pada perkembangan berikutnya, pemenuhan hak atas kesehatan dan hak-hak lain di bidang ekonomi itu dipandang tidak hanya sekedar dipenuhi oleh negara, melainkan harus memenuhi standar kelayakan tertentu, sesuai dengan martabat manusia. Di sini muncul hak asasi generasi ketiga, yang pada intinya adalah hak atas standar kehidupan yang layak. Standar kehidupan tersebut menjadi sub sistem dari hak-hak ekonomi yang sudah ada, seperti hak atas makanan, gizi, pakaian, upah yang layak, perumahan yang layak, lingkungan hidup yang bersih dan sehat, dan sebagainya.

Di wilayah Indonesia bagian Timur, Papua merupakan daerah yang cukup menyita perhatian dunia terkait masalah kesehatan. Buruknya tingkat kesehatan di Papua ini, antara lain mencakup empat hal, yakni kesehatan ibu dan anak dan gizi masyarakat, penyakit menular malaria, *tuberculosis* (TB), dan HIV-Aids.²² Angka kematian ibu dan anak di Papua dan Papua Barat merupakan yang tertinggi di Indonesia. Sebuah penelitian di Timika, sebagai salah satu contoh kasus, menunjukkan bahwa resiko malaria, seringkali infeksiya telah dimulai saat lahir dan tanpa disengaja, dan menjadi faktor mortalitas (angka kematian) ibu dan anak di wilayah tersebut. Selain itu, kasus malaria di Indonesia bagian Timur, seperti Papua, Papua barat, Maluku dan Nusa Tenggara Timur, masih terbilang tinggi dengan *Annual Parasitical Index* (API) sebesar lebih dari 20 per 1.000 penduduk .

²² (<http://www.suarapembaruan.com>, 11 Oktober 2013 Diakses pada tanggal 19 Februari 2018)

Sementara itu, untuk kasus penyakit TB, penemuan kasus di Provinsi Papua masih 76% (jauh dari target 90%), dengan perkiraan angka sebesar 2,1 per 1.000 penduduk (Anna, Penanganan TB di Daerah Masih Terkendala, 2011). Di tahun 2012, berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Jayapura, tercatat ada 306 kasus TB di Kabupaten Jayapura, namun pada laporan berita yang lain, disebutkan bahwa ada 477 kasus, di mana 417 penderita dapat disembuhkan, 15 penderita meninggal, dan 45 lainnya merupakan kasus gagal.²³

Yang lebih mengkhawatirkan, permasalahan penyebaran penyakit TB ini pun sesungguhnya memiliki hubungan dengan infeksi HIV-Aids. Rendahnya daya tahan tubuh para penderita HIV-Aids menyebabkannya sangat rentan terserang TB sehingga meningkatkan resiko kematian (Green, 2006).

Kenyataan sosial di Papua saat ini, sebagaimana yang telah dicoba paparkan secara ringkas di atas, menunjukkan bahwa permasalahan kesehatan di Papua belum mengarah kepada perbaikan kondisi yang berarti. Bahkan, masih ada dugaan masalah kesehatan ini akan terus bertambah. Faktor-faktor yang menguatkan dugaan itu, antara lain adalah mengingat luas wilayah Papua dengan sebaran penduduk dan pelayanan kesehatan yang tidak merata, jarak rata-rata antara pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang satu dengan yang lain terbilang cukup jauh (rata-rata 1.200 km²), pemekaran wilayah administratif yang terus terjadi bagi lokasi-lokasi yang ada di Papua, serta akses terhadap layanan dan informasi kesehatan yang relatif rendah bagi masyarakat di Papua.

Hingga pertengahan tahun 2013, program-program pemerintah setempat belum mampu menyelesaikan masalah-masalah kesehatan yang ada di Papua.

²³ (<http://www.suluhpapua.com>, 29 Agustus, 2013 Diakses pada tanggal 19 Februari 2018)

Faktor lain yang tak kalah penting, yang menyebabkan masalah ini tak kunjung usai, ialah keberadaan dan kesadaran masyarakat yang berada di lokasi-lokasi terpencil. Kondisi kultural di Papua memposisikan penduduknya menjadi pekerja keras yang sibuk sehingga mengakibatkan mereka mengabaikan terhadap kewajiban memeriksakan kesehatan diri, khususnya di kalangan perempuan.²⁴

Memiliki topografi yang bervariasi seperti dataran tinggi yang masih dipadati hutan hujan tropis, dataran rendah berawa, padang rumput, lembah, danau, dan laut yang bersih membuat Papua menjadi salah satu tempat terindah di Indonesia. Namun, tak selamanya keindahan itu membawa banyak manfaat. Keragaman topografi tersebut ternyata menjadi tantangan tersendiri bagi Papua untuk berkembang.

Salah satu hal yang paling dipengaruhi kondisi alam Papua adalah perkembangan kesehatan. Tersebar nya masyarakat yang bermukim di dataran tinggi, dataran rendah, atau lembah dan masih lekatnya adat istiadat dan kepercayaan masyarakat, membuat bidang kesehatan sulit untuk berkembang.

Tidak adanya sarana kesehatan di pedalaman dan kampung-kampung yang terisolasi juga menjadi tantangan tersendiri. Jarak puskesmas seringkali sangat jauh dari tempat tinggal masyarakat pedalaman. Akibatnya mereka sulit menjangkau petugas kesehatan dan petugas kesehatan pun sulit menjangkau mereka. Belum lagi soal petugas kesehatan yang jumlahnya masih sangat sedikit. Pihak pemerintah saat ini sedang berupaya terus untuk melengkapi petugas kesehatan di wilayahnya dan tentunya butuh waktu yang lama.

²⁴ <http://halamanpapua.org/umum/pengantar/meninjau-masalah-kesehatan-di-papua/> Diakses tanggal 19 Februari 2018

Hasil penelitian menunjukkan pelayanan kesehatan yang masih terjadinya masalah adalah sebagai berikut:

- a. Kurang memberikan kartu berobat selain Akses, Kurang memfasilitasi peralatan-peralatan Rumah Sakit, Kurangnya Dokter maupun tenaga Medisnya,
- b. Kurang karena petugasnya tidak ada ditempat, akhirnya kebanyakan pasien datang ke kota karena faktor petugas jarang masuk kerja.

Oleh karena itu membuat salah satu kebijakan pemerintah daerah perlu memikirkan berbagai terobosan mempermudah kepentingan petugas kesehatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat lainnya termasuk mengirimkan gaji langsung kepada mereka, dan membangun perumahan, dan sarana pengujung lainnya yang lebih nyaman pada hal pemerintah saat ini belum ada suatu kebijakan yang lebih mendalam dalam pelayanan Bidang Kesehatan.

Masalah yang melatarbelakangi lahirnya kebijakan otonomi khusus bagi Propinsi Papua adalah berawal dari belum berhasilnya pemerintah pusat memberikan Kesejahteraan, Kemakmuran, dan pengakuan terhadap hak-hak dasar rakyat Papua. Kondisi masyarakat Papua dalam bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi, kebudayaan, dan sosial politik masih memprihatinkan. Malahan, sebagian di antara mereka masih hidup seperti di zaman batu. Selain itu, persoalan-persoalan mendasar seperti pelanggaran hak-hak asasi manusia dan pengingkaran terhadap hak kesejahteraan rakyat Papua masih juga belum diselesaikan secara adil dan bermartabat. Keadaan ini tentunya telah mengakibatkan munculnya berbagai ketidakpuasan yang tersebar di seluruh tanah Papua dan diekspresikan dalam bermacam bentuk. Banyak diantara

ekspresi-ekspresi tersebut dihadapi pemerintah pusat dengan cara-cara kekerasan bahkan pemerintah pusat melalui wakil mileternya di daerah Papua telah menggunakan kekuatan militer secara berlebihan. Puncaknya adalah semakin banyaknya rakyat Papua ingin melepaskan diri dari NKRI sebagai suatu alternatif memperbaiki kesejahteraan.

Pelayanan kesehatan adalah sebuah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan baik itu perorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat. Dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat Puskesmas memegang peranan penting. Dimana Puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan memberikan pelayanan melalui ibu hamil, pemeriksaan bayi maupun pemeriksaan kesehatan secara umum.

Tidak adanya sarana kesehatan di pedalaman dan kampung-kampung yang terisolasi juga menjadi tantangan tersendiri. Jarak puskesmas seringkali sangat jauh dari tempat tinggal masyarakat pedalaman. Akibatnya mereka sulit menjangkau petugas kesehatan dan petugas kesehatan pun sulit menjangkau mereka. Belum lagi soal petugas kesehatan yang jumlahnya masih sangat sedikit. Pihak pemerintah saat ini sedang berupaya terus untuk melengkapi petugas kesehatan di wilayahnya dan tentunya butuh waktu yang lama.

Selain itu, kondisi geografis yang sulit dijangkau, akses informasi yang amat terbatas, rendahnya infrastruktur dasar, serta minimnya tenaga lapangan yang mampu menjangkau hunian warga adalah satu sebab yang sudah lama diketahui dan memang tidak mudah ditangani. Pada periode ini, pemerintah

telah berusaha keras mengatasinya dengan jalan membuka keterisolasian melalui pembangunan infrastruktur hingga menyalurkan berbagai jaminan sosial. Tapi tidak semua berjalan semulus yang diharapkan.

Masalah kesehatan di Provinsi Papua tidak sebatas mendirikan rumah sakit atau pusat layanan kesehatan karena terkait masalah akses dan budaya. Solusi utama masalah kesehatan di Papua, menurut menteri kesehatan adalah bagaimana masyarakat sadar akan pentingnya kesehatan.

Pembangunan kesehatan merupakan dasar yang perlu mendapatkan perhatian. Negara telah berupaya maksimal memberikan jaminan kesehatan melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS) dan BPJS. Namun, layanan ini belum memberi manfaat kepada masyarakat karena berbagai hambatan.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat 4 faktor penghambat pelaksanaan kebijakan kesehatan pemerintah di Papua antara lain :

- a. Pertama ketiadaan layanan kesehatan yang memadai khususnya di daerah terpencil. Disini pentingnya kebijakan pemerintah agar dokter muda bersedia dikirim ke daerah, khususnya daerah terpencil.
- b. Faktor penghambat kedua, rendahnya tingkat pendidikan yang menjadi problematika di Papua. Faktor ini berkaitan langsung dengan rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan.
- c. Faktor ketiga adalah pola hidup masyarakat yang masih bergantung kepada alam, sehingga mereka cenderung hidup berpindah-pindah (nomaden). Karena kebiasaan ini, masyarakat menjadi rentan terhadap berbagai penyakit. Disini pemerintah perlu memikirkan agar masyarakat meninggalkan kebiasaan mereka hidup berpindah-pindah

dan memikirkan tentang ketahanan pangan, terpenuhinya kebutuhan hidup mereka.

d. Faktor penghambat terakhir, karena buruknya infrastruktur di Papua.

Kebutuhan air bersih Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang bergantung dari air hujan dan berada di atas rawa. Untuk itu, kuncinya adalah meningkatkan kapasitas pemerintah daerah dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengendalikan program pembangunan. Pemerintah daerah tidak boleh abai pada detail yang justru amat penting, seperti jumlah puskesmas, fasilitas umum, guru, dokter dan bidan. Semua tantangan ini-alam, manusia, dan tata kelola pemerintahan-perlu ditanggapi dalam jangka pendek ataupun dirumuskan kebijakannya dalam jangka menengah dan panjang.

Hak atas kesehatan bukanlah berarti hak agar setiap orang untuk menjadi sehat, atau pemerintah harus menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang mahal di luar kesanggupan pemerintah. Tetapi lebih menuntut agar pemerintah dan pejabat publik dapat membuat berbagai kebijakan dan rencana kerja yang mengarah kepada tersedia dan terjangkau nya sarana pelayanan kesehatan untuk semua dalam kemungkinan waktu yang secepatnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pelaksanaan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Papua Ditinjau Dari Hak Asasi Manusia Saat Ini

Permasalahan kesehatan di Papua belum mengarah kepada perbaikan kondisi kesehatan. Faktor-faktor yang menguatkan dugaan itu, antara lain adalah mengingat luas wilayah Papua dengan sebaran penduduk dan pelayanan kesehatan yang tidak merata, jarak rata-rata antara pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang satu dengan yang lain terbilang cukup jauh, selain itu faktor trauma kekerasan militer terhadap rakyat Papua.

2. Kendala-Kendala Yang Ditemui Dalam Pelaksanaan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Papua Ditinjau Dari Hak Asasi Manusia

Pengaturan kesehatan di Papua belum memenuhi sesuai standar pelayanan Hak Asasi Manusia. Faktor penghambat pelaksanaan kebijakan kesehatan pemerintah di Papua antara lain : pertama ketiadaan layanan kesehatan yang memadai khususnya di daerah terpencil. Disini pentingnya kebijakan pemerintah agar dokter muda bersedia dikirim ke daerah, khususnya daerah terpencil. Faktor penghambat kedua, rendahnya tingkat pendidikan yang menjadi problematika di Papua. Faktor ini berkaitan langsung dengan rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. Faktor ketiga adalah pola hidup masyarakat yang masih bergantung kepada alam, sehingga mereka cenderung hidup berpindah-pindah

(nomaden). Karena kebiasaan ini, masyarakat menjadi rentan terhadap berbagai penyakit. Disini pemerintah perlu memikirkan agar masyarakat meninggalkan kebiasaan mereka hidup berpindah-pindah dan memikirkan tentang ketahanan pangan, terpenuhinya kebutuhan hidup mereka. Faktor penghambat terakhir, karena buruknya infrastruktur di Papua.

B. Saran

1. Bagi Pemerintah : diharapkan dapat terus meningkatkan pelayanan kesehatan di Wilayah Papua sebagai bentuk dari pembangunan yang merata khususnya di bidang kesehatan.
2. Bagi Masyarakat Papua: diharapkan untuk meningkatkan cara hidup sehat dan mendukung upaya-upaya pemerintah dalam memajukan pembangunan di Wilayah Papua.
3. Peningkatan sumber daya manusia serta perlunya dilakukan pelatihan dan penyuluhan bagi masyarakat Papua.

DAFTAR PUSTAKA

Buku :

Amirudin, 2004, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada

Eleanor D. Kinney, "The International Human Right to Health", dalam *Indiana Law Review*, Vol 34

Lexy J. Moleong, 2002, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Remaja Rosdakarya

Muladi, 2004, *Sumbang Saran Perubahan UUD 1945*, Yayasan Habibie Center

Marzuki, Mahmud 2006. *Penelitian Hukum*, Jakarta : Kencana

Soekanto, Soerjono. 2005, *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta: UI Press

Sri Soemantri, *Refleksi HAM di Indonesia, Makalah dalam Penataran Hukum Humaniter Internasional dan Hukum HAM*, kerjasama Fakultas Hukum UGM dan ICRC, Juni 1998

Peraturan Perundang-undangan :

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 Tentang OTSUS Papua Bab XVII
Kesehatan

Internet :

<http://www.suarapembaruan.com>, 11 Oktober 2013 (Diakses pada tanggal 19 Februari 2018)

<http://www.suluhpapua.com>, 29 Agustus, 2013 (Diakses pada tanggal 19 Februari 2018)

<https://www.kontras.org/buletin/indo/bpjs.pdf> (Diakses pada tanggal 19 Februari 2018)

<http://halamanpapua.org/umum/pengantar/meninjau-masalah-kesehatan-di-papua>/Diakses pada tanggal 19 Februari 2018

Gama Turnip, 2013, "Delapan Tujuan MDGs", <http://blogspot.co.id/2013/01/delapan-tuj-mdgsmillennium,2013>, diakses tanggal 19 Februari 2018

