

PERSPEKTIF MASYARAKAT TENTANG AKSES PELAYANAN KESEHATAN

Community Perspective about Health Services Access

Hario Megatsari^{1*}, Agung Dwi Laksono², Ilham Akhsanu Ridlo³, Mohammad Yoto⁴, Arsy Nur Azizah⁵

¹ Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya.
Kampus C Mulyorejo Surabaya

² Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan - Balitbangkes - Kemenkes RI

³ Departemen Administrasi dan kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

⁴ Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

⁵ Persakmi Jawa Timur

Naskah Masuk: 6 Agustus 2018, Perbaikan: 20 September 2018, Layak Terbit: 25 September 2018

<http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v2i14.231>

ABSTRAK

Akses pelayanan kesehatan seringkali dilihat hanya dari perspektif pemberi pelayanan saja, sementara akses dari sisi masyarakat sebagai pengguna kurang diperhatikan. Perbaikan kualitas pelayanan kesehatan dari sisi akses memerlukan perspektif yang lengkap dari dua sisi yang berbeda. Penelitian ini didesain secara deskriptif kualitatif. Data dikumpulkan dengan *Focus Group Discussion* (FGD), wawancara mendalam dan pengamatan. Penelitian dilakukan di Kabupaten Malang pada bulan Juni–Agustus 2018. Hasil penelitian menunjukkan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang ada, secara umum masyarakat berpendapat bahwa masih ada kekurangan yang dirasakan. Terutama pada aspek akses secara fisik, dikarenakan sarana dan prasarana yang kurang baik. Selain itu akses secara sosial juga dirasa kurang, karena masih ada tenaga kesehatan yang melayani dengan kurang ramah. Penelitian ini menyimpulkan bahwa masyarakat masih merasa akses dari aspek fisik dan sosial masih sulit. Perlu direkomendasikan pada pemerintah daerah setempat untuk upaya perbaikan akses secara fisik, dan Dinkes untuk mendiseminasikan informasi kesehatan mengenai hak pasien kepada masyarakat.

Kata kunci: perspektif masyarakat, akses, pelayanan kesehatan, desa sehat berdaya

ABSTRACT

Access to health services is often seen only from the provider perspective, while from the community side as a user is less noticed. Improving the quality of health services access requires a complete perspective on two different sides. This research is designed descriptively qualitative. Data were collected by Focus Group Discussion (FGD), in-depth interview and observation. The research was conducted in Malang Regency in June-August 2018. The study results showed health services access generally the community believes that there are still perceived deficiencies. Especially on the aspect of physical access, due to poor facilities and infrastructure. In addition, social access was also considered inadequate, because there were still health workers who served with less friendly. This study concludes that people still feel access to physical and social aspects is still difficult. It should be recommended to the local government for efforts to improve physical access, and the Health Office to disseminate health information about the rights of patients to the community.

Keywords: *community perspective, access, health services, health empowered village*

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu komponen dalam sistem kesehatan nasional yang bersentuhan langsung dengan masyarakat. Dalam

Undang-Undang Nomor 36/2009 tentang kesehatan, dijelaskan bahwa definisi dari fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan

Korespondensi:

Hario Megatsari

Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga

E-mail: hario.megatsari@fkm.unair.ac.id

baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. UU 36/2009 juga memberikan gambaran bahwa pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif bertujuan untuk menginformasikan kepada masyarakat tentang pola hidup sehat dan mencegah terjadinya permasalahan kesehatan masyarakat atau penyakit. Sedangkan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif berorientasi pada penyembuhan dan pengobatan suatu penyakit serta mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat. Akses menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) dalam Jaringan merupakan kata serapan dari bahasa Inggris, yaitu *access* yang mempunyai arti jalan masuk. Sehingga secara umum akses pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai suatu bentuk pelayanan kesehatan dengan berbagai macam jenis pelayanannya yang dapat dijangkau oleh masyarakat (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2016). Secara umum akses dapat dibagi menjadi beberapa aspek, antara lain: akses geografis, ekonomi dan sosial. Akses geografis dapat dideskripsikan sebagai kemudahan menjangkau pelayanan kesehatan yang diukur dengan jarak, lama perjalanan, jenis transportasi, infrastruktur jalan. Akses ekonomi lebih menekankan kepada kemampuan masyarakat untuk mengalokasikan kemampuan finansialnya dalam menjangkau pelayanan kesehatan. Sedangkan akses sosial lebih pada masalah komunikasi, budaya, keramahan, dan kepuasan pelayanan (Laksono, 2016).

Akses pelayanan kesehatan seringkali dilihat hanya dari perspektif pemberi pelayanan saja, sementara akses dari sisi masyarakat sebagai pengguna kurang diperhatikan. Penelitian tentang akses pelayanan kesehatan dari perspektif pengguna dirasakan masih sangat kurang. Perbaikan kualitas pelayanan kesehatan dari sisi akses memerlukan perspektif yang lengkap dari dua sisi yang berbeda ini (Higgs, Bayne & Murphy, 2001) (Leach, Wiese, Agnew & Thakkar, 2018).

Kondisi geografis Indonesia yang mempunyai banyak wilayah dengan karakteristik yang beragam, menghadapi tantangan tersendiri dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Tidak dapat dipungkiri, beberapa permasalahan kesehatan masyarakat yang tidak kunjung selesai, salah satunya adalah permasalahan akses (Mubasyiroh, Nurhotimah & Laksono, 2016). Contoh dari fenomena ini adalah pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dimana Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian

Bayi (AKB) di beberapa wilayah masih cukup tinggi. Banyak penelitian yang menyatakan bahwa angka kejadian AKI dan AKB tinggi dikarenakan salah satu faktornya adalah akses yang sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Laksono & Hidayati, 2008) (Zahtamal *et al.*, 2011) (Laksono & Pranata, 2013) (Astuti & Laksono, 2014) (Surya *et al.*, 2016).

Kabupaten Malang sebagai salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Timur, juga mempunyai permasalahan akses ke pelayanan kesehatan yang cukup kompleks. Hasil pengamatan menunjukkan bahwa faktor geografis menjadi salah satu permasalahan yang ditemui dalam hal akses pelayanan kesehatan, terutama di wilayah Selatan dengan topografi pegunungan. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran akses ke pelayanan kesehatan dalam perspektif masyarakat sebagai pengguna (*demand*). Hasil penelitian ini penting dilakukan untuk memberi asupan informasi bagi pengambil kebijakan, untuk melengkapi gambaran akses dari sisi *supply* pelayanan kesehatan (Higgs *et al.*, 2001) (Laksono & Hidayati, 2008) (Leach *et al.*, 2018).

METODE

Penelitian ini merupakan bagian dari riset operasional Desa Sehat Berdaya yang diselenggarakan oleh Persakmi Pengda Jawa Timur dan Yayasan Dana Sosial al Falah. Penelitian ini didesain secara deskriptif kualitatif, dengan metode pengumpulan data yang dilakukan dengan FGD, dan wawancara mendalam, serta pengamatan khusus untuk akses secara fisik. Triangulasi data dilakukan melalui tiga metode pengumpulan data dan informan yang berbeda untuk setiap satu tema bahasan. Data hasil FGD dan wawancara mendalam dianalisis secara tematik.

Informasi digali dari informan yang terdiri dari unsur masyarakat, tokoh masyarakat dan tokoh agama. Informan yang berhasil diwawancarai sebanyak 15 orang, yang terdiri dari 6 laki-laki dan 9 perempuan. Penelitian dilakukan di wilayah Desa Sumber Petung, Kecamatan Kalipare, Kabupaten Malang. Proses pengumpulan data dilakukan pada bulan Juni–Juli 2018.

Informasi tentang akses ke pelayanan kesehatan di wilayah Desa Sumberpetung disajikan berdasarkan perspektif masyarakat atas aksesibilitas pelayanan kesehatan yang ada. Perspektif yang digali meliputi: 1) Ketersediaan pelayanan kesehatan, yang terdiri

dari fasilitas pelayanan kesehatan, sumber daya tenaga, dan jam pelayanan; 2) Akses fisik untuk mencapai tempat pelayanan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, yang terdiri dari kondisi pra sarana jalan dan ketersediaan alat transportasi; 3) Akses ekonomi, yang terdiri dari biaya berobat, biaya transportasi menuju pelayanan kesehatan, dan kepemilikan asuransi kesehatan; dan 4) Akses sosial, yang terdiri dari kelengkapan informasi dari petugas, keramahan petugas, kepuasan pelayanan, dan kepercayaan masyarakat atas petugas kesehatan (Mubasyiroh *et al.*, 2016) (Laksono, 2016).

HASIL

Desa Sumberpetung memiliki topografi yang sangat variatif. Terdiri atas dataran 400 Ha, perbukitan 250 Ha, dan pegunungan 100 ha. Selain itu di wilayah Sumberpetung juga ada aliran sungai seluas 10 Ha. Topografi yang variasinya sangat tinggi ini membuat beberapa akses jalan belum tersedia dengan cukup baik.

Berdasarkan sebaran penduduk, masyarakat di Desa Sumberpetung terbagi menjadi dua koloni. Koloni pertama ada di Dusun Cungkal yang merupakan ibu kota Desa Sumberpetung, dan koloni ke-dua ada di Dusun Pondok Kobong dan Dusun Banduarjo. Sebagian besar penduduk tinggal di koloni ke-dua. Masyarakat yang berdomisili di Dusun Pondok Kobong dan Banduarjo memiliki akses jalan yang buruk untuk mencapai ibukota desanya di Dusun Cungkal. Jalanan yang curam dan berbatu.

Mayoritas penduduk Desa Sumberpetung adalah petani dan buruh tani. Sebuah mata pencaharian yang identik dengan masyarakat status sosial ekonomi rendah. Karena kondisi yang dirasakan kurang berkembang, maka beberapa penduduk ditemukan menjadi buruh migran.

Ketersediaan Pelayanan

Di wilayah Desa Sumberpetung sudah ada Polindes/Ponkesdes (ada dua papan nama berbeda untuk fasilitas pelayanan yang sama) yang bertempat di Dusun Banduarjo. Tersedia tenaga Bidan Desa dan perawat yang bertugas di Ponkesdes tersebut. Menurut masyarakat setempat pemilihan letak Ponkesdes dirasakan kurang strategis, karena berada di ujung dusun dengan jalan makadam yang tidak nyaman untuk dilalui.

Secara fisik kehadiran tenaga kesehatan di Poskesdes ternyata juga masih belum dirasakan

kehadirannya. Manajemen pengelolaan jam kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dirasakan masyarakat kurang memberikan waktu pelayanan yang memadai.

"Kalau pas kita butuh... kan gak tahu jam toh kalau sakit apa memang jam kerjanya yang begitu? Kita juga kurang paham. Lha bidannya itu lho... isuk gak enek, awan rapat, sore tutup... lha itu lho papan keterangannya cuman tulisan bidan ADA atau KELUAR. Tidak ada keterangan lainnyaa..." (Wint, 33 tahun)

Akses Fisik

Menurut pendapat masyarakat setempat, ada dua pendapat yang berbeda tentang akses mereka ke fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan domisili dusun tempat mereka tinggal. Perbedaan ini terutama pada akses ke Ponkesdes dan Puskesmas Kalipare.

"Jalannya (menuju Poskesmas) sudah enak pak." (Naj, 47 tahun)

"...untuk jalan sudah nyaman pak." (Mud, 36 tahun)

Masyarakat yang tinggal di Dusun Cungkal merasa akses secara fisik, terutama sarana jalan tidak ada masalah. Sementara mereka yang tinggal di dua dusun lainnya merasa kesulitan untuk mencapai Ponkesdes Banduarjo maupun Puskesmas Kalipare.

"Kondisi jalan sangat buruk." (Gan, 37 tahun)

"Yaaa kalau kami di sini ini di Dusun Banduarjo seperti anak gak kenal induk, karena terpisah... kalau berobat ya ke Puskesmas Pagak atau ke Puskesmas Sumber Manjing Kulon (keduanya merupakan Puskesmas luar wilayah), ya kalau mau ke Puskesmas Kalipare lebih dekat, tapi kan jalannya susah dilewati..." (Lis, 41 tahun)

Akses Ekonomi

Akses masyarakat secara ekonomi untuk mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan dirasakan tidak ada masalah. Akses secara ekonomi justru dirasakan ketika harus menuju ke fasilitas pelayanan tersebut. Sarana jalan yang jelek dan ketidaktersediaan kendaraan umum cukup menjadi keluhan masyarakat.

"...untuk transportasi lebih mahal daripada biaya berobatnya..." (Srn, 37 tahun)

“Biaya berobatnya sih gratis, tapi biaya transportnya ngojek... lebih mahal.” (Kar, 42 tahun)

Sementara untuk iuran dalam BPJS, untuk menjadi peserta masyarakat masih menilai lebih jauh untung-ruginya. Pertimbangan ini mereka sesuaikan dengan kondisi keuangan dan kondisi status kesehatannya.

“...itu kalau masyarakat keluarganya masih merasa sehat-sehat ya mesti merasa iuran (premi) segitu (Rp. 25.500) pasti merasa mahal. Tapi kalau sudah sakit-sakitan pasti pada mikir untuk segera ikut BPJS...” (Win, 33 tahun)

“Itu ada yang sudah berumah tangga tapi tinggal serumah sama orang tuanya. Tapi terus dipecah KK-nya (Kartu Keluarga). Yang didaftarkan hanya orang tuanya saja. Keluarganya sendiri tidak didaftarkan...” (Lis, 41 tahun)

Akses Sosial

Secara sosial masyarakat di Desa Sumberpetung masih merasakan adanya hambatan psikologi saat berinteraksi dengan tenaga kesehatan. Hambatan ini pula yang menjadi alasan mereka mengalihkan aksesnya ke fasilitas pelayanan kesehatan di luar wilayah atau ke desa/kecamatan tetangga.

“Dia itu kalau melayani kasar pak. Mau suntik itu diam-diam saja, tidak ada bicara-bicara... tau-tau juss! Gak ada halus-halusnya...” (Evi, 18 tahun)

“Kalau ibu hamil itu pak, juga anak-anak... kalau berobatnya itu di wilayah lain. Semua itu saya tanya alasannya apa? Semua mengatakan bidan sini itu kasar pelayanannya...” (Wind, 42 tahun)

“Bidan Desa kurang berinteraksi dengan masyarakat, dan kurang melayani masyarakat dengan baik... Petugas Puskesmas kurang ramah, saya pernah dicueki ketika mengantar pasien ke Puskesmas...” (Kar, 38 tahun)

Pengetahuan masyarakat tentang prosedur pelayanan atau administrasi yang diperlukan untuk berobat sebagian besar mengaku sudah paham. Walaupun ada yang tidak paham mereka mengaku sangat mudah untuk mendapatkan informasi tentang prosedur tersebut.

“Kalau yang JKN mandiri itu bisa memilih untuk fasyankesnya mau berobat ke Puskesmas mana, tapi untuk yang PBI mereka gak bisa, karena harus ke Puskesmas Kalipare... mau gak mau, meskipun jalannya susah.” (Win, 33 tahun)

“Dokternya sekarang baik-baik pak. Setiap pasien berobat di rumah sakit dibilangi, ‘Ibu sudah punya BPJS? Kalau belum punya diurus dulu, biaya berobat di sini mahal.’ Gitu pak. Jadi di sini selalu diinformasikan seperti itu...” (Lis, 41 tahun)

PEMBAHASAN

Memahami akses pelayanan kesehatan dari perspektif masyarakat sebagai konsumen dapat memberikan masukan yang berharga dalam sebuah proses perencanaan. Data mengenai masalah akses pelayanan kesehatan dapat digunakan pengambil kebijakan untuk mengidentifikasi dan mendukung prioritas dalam hal pendanaan untuk perbaikan (Higgs *et al.*, 2001). Keterlibatan publik dalam penatalayanan sistem juga akan sangat penting untuk mencapai sistem berkualitas tinggi yang didasarkan pada bukti dan nilai-nilai ekuitas (Martin *et al.*, 2018).

Secara global, ada maldistribusi pekerja kesehatan yang tidak merata, dengan jumlah terendah di tempat-tempat di mana kebutuhannya paling besar. Negara-negara miskin menderita emigrasi besar-besaran, meski di wilayah-wilayah kaya juga ada kekurangan di untuk daerah terpencil dan pedesaannya (McKee, 2018). Kondisi ini merupakan salah satu indikasi bahwa kondisi fiskal atau ekonomi juga berkontribusi terhadap akses ke pelayanan kesehatan dalam hal ketersediaan pelayanan.

Sebuah penelitian di India menyimpulkan bahwa variasi secara geografis adalah salah satu kondisi fisik yang berpengaruh terhadap tingkat pengeluaran keluarga untuk melakukan akses ke pelayanan kesehatan (Mohanty, Kim, Khan, & Subramanian, 2018). Hasil penelitian yang sama juga ditemukan dalam sistem pelayanan kesehatan di Mongolia dan beberapa negara lain, selain juga variasi status wilayah perdesaan-perkotaan yang ditemukan berpengaruh terhadap akses masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia (Dorjdagva *et al.*, 2017) (Wen, Lee, Chang, Ku, & Li, 2017) (Chiang *et al.*, 2016) (Wen *et al.*, 2017). Persepsi masyarakat pada variasi jarak ke masing-masing pelayanan kesehatan yang juga berdampak pada biaya transportasi, juga ditemukan turut berkontribusi terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang dipilih (Lines & Suleman, 2017) (Roosiermatie *et al.*, 2017). Hasil-hasil penelitian ini semakin menguatkan bahwa secara fisik, baik geografis, kondisi wilayah maupun

jarak, turut berkontribusi terhadap akses masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada masyarakat miskin dengan kemampuan ekonomi pas-pasan, saat jatuh sakit dan memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat mengganggu kondisi kehidupan mereka. Studi kasus di Yunani pada saat krisis ekonomi menegaskan bahwa kejatuhan secara ekonomi menciptakan hambatan masyarakat untuk akses kesehatan (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Kesulitan keuangan juga ditemukan berpengaruh sebagai hambatan bagi masyarakat dalam melakukan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan secara tepat waktu, termasuk bagi mereka dengan kondisi kesehatan kronis (Putro, Roosihermiatie & Samad, 2017)(Choi, 2018). Kondisi seperti ini turut berkontribusi pada tingkat keparahan penyakit, dan juga kebutuhan biaya pengobatan yang semakin tinggi.

Sebuah penelitian di Rio de Janeiro, Brasil, menemukan fakta bahwa pengetahuan konsumen (masyarakat) terhadap sistem administrasi dan sistem pelayanan pada sebuah fasilitas pelayanan kesehatan turut berkontribusi terhadap pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut (Lima Cavaletti, Caldas & de Lima, 2018). Sementara itu di Vietnam juga ditemukan bahwa ketidaktahuan petugas kesehatan tentang sistem administrasi dan sistem pelayanan kesehatan berdampak pada lemahnya pelayanan yang diberikan (Kien *et al.*, 2018). Proses penyampaian informasi oleh petugas di fasilitas pelayanan kesehatan dikonfirmasi juga turut berkontribusi terhadap kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan (Dougan, Montori, & Carlson, 2018). Hasil penelitian di Malawi bahkan menyatakan bahwa masyarakat bersedia membayar 1,8 dan 2,4 kali lebih banyak untuk salah satu faktornya adalah sikap positif dari petugas kesehatan (Lungu *et al.*, 2018).

Selain faktor pengetahuan dan sikap positif, baik yang dimiliki petugas maupun masyarakat, faktor gender terkait budaya adalah juga merupakan faktor sosial yang ditemukan berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan. Sebuah penelitian di India menemukan bahwa peran laki-laki sebagai pencari nafkah menuntut mereka untuk mencari perawatan yang menjamin pemulihan yang cepat dan lengkap untuk menghindari tekanan keuangan. Sementara untuk para wanita pelayanan diberikan menjadi

lebih lambat karena alasan yang berbeda (Das *et al.*, 2018). Beberapa hal terkait aspek sosio-kultural terbukti berkontribusi pada akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, untuk itu diperlukan pembekalan khusus kompetensi kultural bagi petugas kesehatan untuk mengurangi hambatan yang disebabkan hal tersebut (Betancourt, Green, Emilio Carrillo, & Park, 2005) (Chae, Lee, Asami, & Kim, 2018) (Fawcett *et al.*, 2018).

Hasil-hasil penelitian ini mengonfirmasi bahwa akses dan kualitas pelayanan kesehatan merupakan hubungan timbal balik. Tidak hanya dari perspektif penyedia layanan, tetapi juga dipengaruhi oleh perspektif pengguna atau masyarakat. Bagi masyarakat, sebagian menerima akses ke fasilitas pelayanan kesehatan rendah, obat-obatan tidak tersedia atau bahkan tidak terjangkau. Namun, dalam semua permasalahan ini, ada banyak hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut jika ada kemauan politik (McKee, 2018).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa perspektif masyarakat tentang akses pelayanan kesehatan dari aspek fisik masih sulit untuk dijangkau, dikarenakan jalan untuk menuju ke layanan kesehatan susah. Sedang pada aspek sosial juga masih sulit untuk dijangkau, dikarenakan tenaga kesehatan yang ada kurang ramah dalam memberikan pelayanan serta belum bisa membaur dengan masyarakat. Sementara aspek ekonomi tidak ada permasalahan, dikarenakan saat ini masyarakat sudah merasakan manfaat dari program JKN.

SARAN

Berdasarkan kesimpulan penelitian maka disarankan untuk mempermudah akses menuju ke layanan kesehatan secara fisik dengan perbaikan sarana jalan atau penambahan Puskesmas Pembantu. Saran ini cenderung diberikan kepada pemerintah daerah setempat (Dinas Pekerjaan Umum dan Dinas Kesehatan). Juga disarankan untuk mendiseminasikan informasi kesehatan mengenai hak pasien kepada masyarakat, sehingga masyarakat dapat memahami tentang hak pasien saat berhadapan dengan tenaga kesehatan yang ada.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis sampaikan untuk Persakmi Pengda Jawa Timur dan Yayasan Dana Sosial al Falah, selaku pemilik program Desa Sehat Berdaya, yang telah mengizinkan tim peneliti untuk ikut ambil bagian dalam proses riset aksi partisipatifnya. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Pemerintah Kabupaten Malang dan Pemerintah Desa Sumberpetung yang telah memberi dukungan kegiatan di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, W.D., & Laksono, A.D. 2014. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Sampang. Dalam: L. Dyson & A.D. Laksono (Eds.), *Positioning Dukun Bayi; Studi Kasus Upaya Penurunan Kematian Ibu di Kabupaten Sampang* (pp. 51–72). Jogjakarta, Kanisius.
- Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, K.P. dan K.R.I. 2016. Kamus Besar Bahasa Indonesia dalam Jaringan. Retrieved July 20, 2018. Tersedia pada: <https://kbbi.kemdikbud.go.id/>.
- Betancourt, J.R., Green, A.R., Emilio Carrillo, J., & Park, E.R. 2005. Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs*. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.499>.
- Chae, D., Lee, J., Asami, K., & Kim, H. 2018. Experience of migrant care and needs for cultural competence training among public health workers in Korea. *Public Health Nursing*, 35(3), 211–219. Available at: <https://doi.org/10.1111/phn.12390>.
- Chantzaras, A.E., & Yfantopoulos, J.N. 2018. Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. *Social Science and Medicine*, 211, 338–351. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.024>.
- Chiang, C.-L., Chen, P.-C., Huang, L.-Y., Kuo, P.-H., Tung, Y.-C., Liu, C.-C., & Chen, W. J. 2016. Impact of universal health coverage on urban-rural inequity in psychiatric service utilisation for patients with first admission for psychosis: A 10-year nationwide population-based study in Taiwan. *BMJ Open*, 6(3). Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010802>.
- Choi, S. 2018. Experiencing Financial Hardship Associated With Medical Bills and Its Effects on Health Care Behavior: A 2-Year Panel Study. *Health Education and Behavior*, 45(4), 616–624. Available at: <https://doi.org/10.1177/1090198117739671>.
- Das, M., Angeli, F., Krumeich, A.J.S.M., & Van Schayck, O.C.P. 2018. The gendered experience with respect to health-seeking behaviour in an urban slum of Kolkata, India. *International Journal for Equity in Health*, 17(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0738-8>.
- Dorjdagva, J., Batbaatar, E., Svensson, M., Dorjsuren, B., Batmunkh, B., & Kauhanen, J. 2017. Free and universal, but unequal utilization of primary health care in the rural and urban areas of Mongolia. *International Journal for Equity in Health*, 16(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0572-4>.
- Dougan, B.M., Montori, V.M., & Carlson, K.W. 2018. Implementing a Hospitalist Program in a Critical Access Hospital. *Journal of Rural Health*, 34(1), 109–115. Available at: <https://doi.org/10.1111/jrh.12190>.
- Fawcett, S., Torres, J., Jones, L., Moffett, M., Bradford, K., Mantilla, M. R., ... Collie-Akers, V. 2018. Assuring Health Access and Culturally Competent Health Services Through the Latino Health for All Coalition. *Health Promotion Practice*. Available at: <https://doi.org/10.1177/1524839918781525>.
- Higgs, Z.R., Bayne, T., & Murphy, D. 2001. Health Care Access: A Consumer Perspective. *Public Health Nursing*, 18(1), 3–12. Available at: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00003>.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2009. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2009. Jakarta.
- Kien, V.D., Van Minh, H., Giang, K.B., Ng, N., Nguyen, V., Tuan, L.T., & Eriksson, M. (2018). Views by health professionals on the responsiveness of commune health stations regarding non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3217-4>.
- Laksono, A.D. 2016. Health Care Accessibility (Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan). Dalam: S. Supriyanto, D. Chalidyanto, & R. D. Wulandari (Eds.), *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* (pp. 5–20). Jogjakarta, Kanisius.
- Laksono, A.D., & Hidayati, E. 2008. Upaya Peningkatan Persalinan Tenaga Kesehatan Berdasarkan Analisis Need dan Demand. *Jurnal Analisis Kebijakan Kesehatan*, 6(1), 56–63.
- Laksono, A.D., & Pranata, S. 2013. Akses Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kepulauan (Studi Kasus di Kepulauan Aru, Wakatobi & Kepulauan Natuna). Dalam: A. D. Laksono & T. Rachmawati (Eds.), *Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak* (pp. 145–177). Jogjakarta, Kanisius.
- Leach, M.J., Wiese, M., Agnew, T., & Thakkar, M. 2018. Health consumer and health provider preferences for an integrative healthcare service delivery model: A national cross-sectional study. *International Journal of Clinical Practice*, 72(6), 1–13. Available at: <https://doi.org/10.1111/ijcp.13204>.
- Lima Cavaletti, A.C., Caldas, C.P., & de Lima, K.C. 2010. Social Context and Geographic Space: An Ecological Study about Hospitalizations of Older Persons. *Value in Health Regional Issue*, 17, 59–65. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.12.002>.

- Lines, M., & Suleman, F. 2017. Patients' perceptions of a rural decentralised anti-retroviral therapy management and its impact on direct out-of-pocket spending. *African Health Sciences*, 17(3), 746–752. Available at: <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i3.17>.
- Lungu, E.A., Obse, A.G., Darker, C., & Biesma, R. 2018. What influences where they seek care? Caregivers' preferences for under-five child healthcare services in urban slums of Malawi: A discrete choice experiment. *PLoS ONE*, 13(1). Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189940>.
- Martin, D., Miller, A.P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N.R., Vissandjée, B., & Marchildon, G.P. 2018. Canada's universal health-care system: achieving its potential. *The Lancet*, 391(10131), 1718–35. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8).
- McKee, M. 2018. Global sustainable healthcare. *Medicine (United Kingdom)*, 46 (7), 383–87. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.04.008>.
- Mohanty, S.K., Kim, R., Khan, P.K., & Subramanian, S.V. 2018. Geographic Variation in Household and Catastrophic Health Spending in India: Assessing the Relative Importance of Villages, Districts, and States, 2011-2012. *Milbank Quarterly*, 9 (1), 167–206. Available at: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12315>.
- Mubasyiroh, R., Nurhotimah, E., & Laksono, A.D. 2016. Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia. In S. Supriyanto, D. Chalidyanto, & R.D. Wulandari (Eds.), *Dalam: Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* (pp. 21–58). Jogjakarta, Kanisius.
- Putro, G., Roosihermiatie, B., & Samad, A. 2017. Riset Evaluasi Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Kutai Kartanegara, Provinsi Kalimantan Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20 (4), 165–74.
- Roosihermiatie, B., Anuraga, G., Rachmawati, T., & Sulistiono, A. 2017. Analisis Subsistem dalam Pelayanan Kesehatan Ibu di Puskesmas Perawatan Kabupaten Malang, Provinsi Jawa Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20 (4).
- Suraya, I., Meilani, M., Wandasari, N., & Mariance, O. 2016. Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dengan Kematian Neonatal Dini. *ARKESMAS*, 1(1), 18–24.
- Wen, P.-C., Lee, C. B., Chang, Y.-H., Ku, L.-J. E., & Li, C.-Y. 2017. Demographic and rural-urban variations in dental service utilization in Taiwan. *Rural and Remote Health*, 17 (3). Available at: <https://doi.org/10.22605/RRH4161>.
- Zahtamal, Z., Restuastuti, T., & Chandra, F. 2011. Analisis Faktor Determinan Permasalahan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6 (1), 9–16. Tersedia pada: <https://doi.org/10.21109/kesmas.v6i1.113>.