

Peningkatan Pemahaman Mengenai Kebijakan Kesehatan di Wilayah Perbatasan Indonesia Bersama Mahasiswa Universitas Kristen Artha Wacana Kupang

Posma Sariguna Johnson Kennedy¹, Ayub U.I. Meko²,
Suzanna Josephine L.Tobing³, Rutman L.Toruan⁴

¹ Universitas Kristen Indonesia/Universitas Pertahanan, Jakarta, Indonesia

² Universitas Kristen Artha Wacana, Kupang NTT, Indonesia

^{3,4} Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Kristen Indonesia, Jakarta Indonesia

Email: ¹posmahutasoit@gmail.com, ²ayubmeko@yahoo.co.id.,

³yosephine.tobing@uki.ac.id, ⁴rutman.toruan@gmail.com

Abstract

This activity aims to increase understanding of health policy issues in Indonesia's border areas. The activity method carried out is conducting a discussion (Forum Group Discussion) with lecturers and students at the Universitas Kristen Artha Wacana Kupang. While the writing method used is a descriptive approach. It is necessary to increase the development of health and supporting infrastructure in border areas. Socialisation and improvement of health insurance services from the government also need to be carried out, as well as increasing the competence of health workers or all human resources in the health sector.

Keywords: Health Policy, Health Problems, Border Area, Kupang Nusa Tenggara Timur

Abstrak

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman mengenai permasalahan kebijakan kesehatan di wilayah perbatasan Indonesia. Metode kegiatan yang dilakukan adalah melakukan diskusi (*Forum Group Discussion*) bersama para dosen dan mahasiswa di Universitas Kristen Artha Wacana Kupang. Sedangkan metode penulisan yang digunakan adalah pendekatan deskriptif. Perlu peningkatan pembangunan infrastruktur kesehatan dan pendukungnya di daerah perbatasan. Sosialisasi dan peningkatan pelayanan jaminan kesehatan dari pemerintah juga perlu dilakukan, serta peningkatan kompetensi petugas kesehatan atau seluruh sumber daya manusia di bidang kesehatan.

Kata Kunci: Kebijakan Kesehatan, Masalah Kesehatan, Kawasan Perbatasan, Kupang Nusa Tenggara Timur

A. PENDAHULUAN

Kebutuhan pelayanan kesehatan yang paripurna sangatlah esensial bagi suatu negara, sesuai dengan pencapaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030. “Keberhasilan pelayanan kesehatan sangat mengutamakan pelayanan promotif dan preventif agar mengurangi beban dalam penyembuhan orang sakit sehingga tidak diperlukan pertolongan lebih lanjut. Pelayanan kesehatan esensial terdiri dari beberapa jenis pelayanan kesehatan yang dianggap perlu untuk memelihara kesehatan seseorang, keluarga, dan masyarakat agar dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi” (United Nations 2018; Bappenas, 2017).

“Pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini menghadapi disparitas dan perlu dilakukan pemerataan. Terutama pada pelayanan kesehatan dasar antar daerah dan kelompok pendapatan di Indonesia. Akses pelayanan kesehatan dasar masih terbatas, terutama di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan. Kendala geografis menyebabkan terbatasnya akses pelayanan kesehatan yang banyak terjadi di berbagai daerah. Kualitas pelayanan belum optimal karena banyak fasilitas kesehatan yang diperlukan belum memenuhi standar kesiapan pelayanan dan standar pelayanan kesehatan yang diharapkan.” (Suharmiati et al., 2013)

Di Indonesia, ada dua ketentuan yang mengatur jenis pelayanan esensial, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43/2014 tentang Standar Pelayanan Minimal dan Peraturan Menteri

Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75/2014 tentang Puskesmas. “Pelayanan kesehatan esensial memerlukan pelayanan promotif, preventif, skrining, kuratif, dan rehabilitatif. Mereka harus diberikan secara komprehensif dan holistik baik kepada kelompok masyarakat maupun individu, dan tidak boleh parsial”.

“Isu-isu kebijakan publik dan pemerataan pembangunan banyak muncul dari daerah perbatasan, daerah terpencil yang seringkali berupa pulau-pulau dan memiliki topografi yang ekstrim. Oleh karena itu peran infrastruktur juga merupakan komponen fisik yang signifikan bagi kawasan perbatasan. Pembangunan infrastruktur yang sistematis, konsisten, dan tepat sasaran akan bermuara pada peningkatan kesejahteraan masyarakat perbatasan. Masalah kesehatan primer juga memerlukan infrastruktur demi ketersediaan pelayanan dan fasilitas penunjang kesehatan yang masih rendah karena persebarannya tidak merata, hanya terkonsentrasi di kota-kota besar.” (Suharmiati et al., 2013)

B. PELAKSANAAN DAN METODE

Kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat ini bertujuan untuk mengetahui permasalahan kebijakan kesehatan di daerah perbatasan. Kegiatan ini dilakukan dengan metode diskusi kelompok, yang dilaksanakan bersama dosen dan mahasiswa. Kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat dilakukan di Universitas Kristen Artha Wacana Kupang (UKAW), yang merupakan kegiatan diskusi dan tukar pikiran mengenai permasalahan kesehatan yang ada di wilayah perbatasan Republik Indonesia (RI) dengan Republik Demokratik Timor Leste (RDTL). Metode penulisan menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dengan menggunakan berbagai literature review dan beberapa sumber data sebagai data sekunder, selain dari hasil berbagai diskusi yang dilakukan di lokasi kegiatan. Pelaksanaan dapat dilakukan langsung di lokasi karena dilaksanakan tepat sebelum terjadinya Pandemi COVID-19. Target luaran kegiatan ini adalah meningkatkan pemahaman suatu topik atau suatu permasalahan. Pelaksanaan diawali dengan rapat perencanaan, persiapan, pelaksanaan dan evaluasi. Kegiatan dilakukan dalam 2 (dua) kegiatan, yaitu: Kegiatan pertama adalah diskusi dan tukar pikiran yang dilakukan bersama dengan para dosen; Kegiatan kedua adalah peningkatan pemahaman dan diskusi dengan para mahasiswa Pasca Sarjana Universitas Kristen Artha Wacana, Kupang.



Gambar 1. Berkunjung ke Universitas Kristen Artha Wacana, Kupang

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Layanan Kesehatan Dasar

Penanganan masalah ketimpangan ini merupakan konsep yang kompleks dan multidimensi, seperti cara mengentaskan sifat-sifat keterbelakangan, ketergantungan, marginalisasi, dan apropriasi. Daerah-daerah yang lemah dan termarginalisasi, dapat menyebabkan pengucilan dan marginalisasi permanen, sulit untuk melepaskan diri dari "ketergantungan", tanpa campur tangan dari luar. Di sisi lain, ketimpangan spasial merupakan ciri pembangunan sosial-ekonomi sebagai fenomena yang tak terelakkan (Magnusson dan Ottosson 2009). Biaya yang tinggi menjadi penghambat transfer sumber daya manusia yang berkualitas ke daerah pinggiran. Dalam investasi keuangan dan pelatihan pekerja, keuntungan yang dihasilkan tidak cukup untuk menyerap inovasi untuk meningkatkan ekonomi dan kesejahteraan masyarakat di daerah perbatasan, termasuk dalam layanan kesehatan esensial atau kesehatan dasar (Klimczuk dan Klimczuk-Kochańska 2015).

“Pelayanan kesehatan dasar adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama dan merupakan kontak pertama penduduk dengan sistem pelayanan kesehatan, meliputi kegiatan promotif dan preventif, penilaian kesehatan, diagnosis dan pengobatan kondisi akut dan kronis, serta pelayanan rehabilitasi (*Ontario Health Services Restructuring Commission, Primary Health Care Strategy*)”. “Pelayanan kesehatan dasar didefinisikan sebagai seperangkat pelayanan tingkat pertama yang dapat diakses secara universal dalam

meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan memberikan pelayanan diagnostik, kuratif, rehabilitatif, suportif, dan paliatif. Pelayanan kesehatan dasar mengacu pada pendekatan spektrum pelayanan di luar sistem pelayanan kesehatan tradisional. Meliputi semua fungsi yang berperan dalam kesehatan, pendapatan, perumahan, pendidikan, dan lingkungan (Muldoon dkk, 2006)”.

Beberapa negara mengakui peran vital layanan kesehatan dasar untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, dan telah melakukan upaya untuk mereformasi layanan kesehatannya. “Reformasi kesehatan di Turki dimulai pada tahun 2003 dan membawa perubahan signifikan dalam perawatan kesehatan primer (Cevik, Sozmen, Kilic, 2017)”. “Peta Jalan Nasional China 2030, menekankan peran vital layanan kesehatan primer, yang harus didukung oleh komitmen politik untuk memperkuat sistem perawatan kesehatan (Xi Li et al., 2017)”. Layanan kesehatan dasar adalah cara yang efektif untuk: “1) Mengurangi kesenjangan sosial dan eksklusi dalam masalah kesehatan; 2) Meningkatkan pemerataan; 3) Memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat; 4) Meminimalkan kemiskinan; 5) mengintegrasikan kesehatan dengan sektor lain; 6) Mendorong kepemimpinan yang mendorong kerjasama dan dialog; 7) meningkatkan efektivitas anggaran kesehatan; 8) Meningkatkan akuntabilitas fasilitas pelayanan kesehatan; dan 9) Meningkatkan tanggung jawab penyelenggara negara” (WHO, 2012).

Untuk mengatasi ketimpangan status kesehatan dan akses pelayanan kesehatan di dunia, *World Health Organization* (WHO) dalam Deklarasi Alma Ata tahun 1978 merekomendasikan dua strategi yaitu: “(i) Pendekatan *Primary Health Care*; dan (ii) Merumuskan Sistem Kesehatan Nasional”. Dalam deklarasi tersebut, Pelayanan kesehatan dasar diterjemahkan sebagai, “Pelayanan kesehatan esensial yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, dapat diterima secara sosial, dapat diakses oleh setiap individu/keluarga, diselenggarakan dengan peran serta masyarakat, secara ekonomi dapat ditanggung oleh kota dan negara, disertai dengan semangat kemandirian dan penentuan nasib sendiri. Pelayanan kesehatan dasar adalah tingkat pertama kontak individu, keluarga, dan masyarakat dengan sistem kesehatan nasional untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan tempat tinggal dan tempat kerja”.

Dalam Deklarasi *Alma Ata* (WHO, 1978) terdapat 5 (lima) prinsip dasar pemenuhan pelayanan kesehatan dasar yaitu, “1) Pemerataan upaya kesehatan; 2) Penekanan pada upaya preventif; 3) Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya kesehatan; 4) Partisipasi masyarakat dalam semangat kemandirian, dan 5) Kerjasama lintas sektor dalam pembangunan kesehatan”. Selain itu, empat pilar reformasi pelayanan kesehatan dasar yang telah digagas WHO (2008) terdiri dari “:

- 1) Reformasi pembiayaan kesehatan. Pembiayaan pemerintah lebih diarahkan pada upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
- 2) Reformasi kebijakan kesehatan. Kebijakan kesehatan harus berbasis pembuktian.
- 3) Reformasi kepemimpinan kesehatan. Kepemimpinan kesehatan harus inklusif, partisipatif, dan mampu bergerak lintas sektor melalui kompetensi advokasi.
- 4) Reformasi pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan dasar harus mengembangkan sistem yang kokoh dalam konteks Puskesmas dengan jaringannya dan dengan supra sistemnya (dinas kesehatan kabupaten/kota, dan rumah sakit kabupaten/kota).”



Gambar 2. Berdiskusi dengan Rektor dan Dosen-Dosen Universitas Kristen Artha Wacana, Kupang

Masalah Kesehatan di Perbatasan (Suharmiati et al., 2013)

Kawasan perbatasan seharusnya menjadi Etalase Negara atau garis depan wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI), yang harus terlihat bagus karena terletak paling depan. Namun selama ini terjadi disparitas wilayah perbatasan dengan negara tetangga. “Mereka masih kesulitan mengakses kebutuhan dasar, seperti pendidikan, kesehatan, kecukupan gizi, dan pekerjaan. Oleh karena itu, kawasan

perbatasan harus menjadi ruang antar muka dimana kosmopolitanisme masyarakat perbatasan dipandang sebagai kekuatan untuk membangun halaman depan NKRI yang sejahtera” (Kennedy, 2018).

“Daerah terpencil, perbatasan dan pulau-pulau kecil, memiliki topografi yang ekstrim. Selain itu, kondisi geografis masih terisolasi karena keterbatasan infrastruktur jalan, transportasi darat, sungai, dan fasilitas umum lainnya. Kondisi ini berdampak pada kesehatan kesejahteraan sosial, ekonomi, pendidikan, dan keterampilan masyarakat perbatasan yang masih tertinggal. Oleh karena itu, kawasan perbatasan harus menjadi prioritas utama pembangunan, termasuk infrastruktur. Terdapat korelasi yang signifikan antara kondisi infrastruktur dengan denyut aktivitas sosial ekonomi masyarakat dan kesejahteraan masyarakat di perbatasan. Pembangunan infrastruktur akan mengarah pada peningkatan kesehatan masyarakat perbatasan” (Shanteukie, 2011).

Ketersediaan pelayanan kesehatan dan fasilitas penunjang di daerah tertinggal, perbatasan, dan pulau-pulau kecil terpencil masih rendah. “Sumber daya yang tersedia dan jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan di bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sebagian besar terkonsentrasi di kota-kota besar. Meski jumlah tenaga kesehatan mencukupi, namun distribusinya tidak merata. Optimalisasi tenaga kesehatan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas kesehatan terutama di daerah tertinggal, perbatasan, dan pulau-pulau kecil terpencil. Distribusi tenaga kesehatan lokal harus dioptimalkan, terutama di daerah-daerah terpencil (Suharmiati et al, 2013).

Pelayanan kesehatan dasar di wilayah perbatasan Indonesia masih rendah. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan fungsi utama andalan pelayanan kepada masyarakat. Namun, Puskesmas belum mampu memberikan fasilitas yang maksimal bagi daerah-daerah terpencil, terutama di daerah perbatasan. Karena wilayah kerja Puskesmas yang luas, secara geografis sebagian bahkan sulit dijangkau, jumlah penduduk yang sedikit, tersebar dalam kelompok-kelompok kecil yang berjauhan (Suharmiati et al., 2013).

Akses terhadap pelayanan kesehatan tidak hanya disebabkan oleh masalah jarak, tetapi ada dua faktor penentu, yaitu faktor *supply* dan *demand*. Determinan pasokan terdiri dari organisasi pelayanan dan infrastruktur fisik, tempat pelayanan, ketersediaan, pemanfaatan, distribusi petugas, biaya pelayanan, dan kualitas pelayanan. Adapun determinan permintaan yang merupakan faktor pengguna antara lain rendahnya pendidikan dan kondisi sosial budaya masyarakat, serta lemah atau tidak memadainya tingkat pendapatan masyarakat. Kebutuhan utama akan akses layanan yang memadai adalah ketersediaan fasilitas dan staf, jarak, dan masalah sosial budaya yang terjangkau secara finansial (Timyan, 1997).

Ketersediaan dokter penugasan yang sering berganti-ganti di daerah perbatasan juga mempengaruhi pengelolaan Puskesmas. Dokter dengan masa kontrak satu tahun, terlalu singkat untuk mengelola Puskesmas dengan baik karena dalam kurun waktu tersebut mereka belum menguasai program Puskesmas. Selain itu, dokter perlu beradaptasi dengan lingkungan, dan butuh waktu bagi orang untuk mengenalnya. Sumber daya Puskesmas khususnya di daerah perbatasan yang terpencil masih perlu ditingkatkan terutama mengenai keseimbangan masa kerja, beban kerja, dan penghargaan bagi tenaga kesehatan. (Suharmiati et al., 2013)

Rendahnya jumlah pasien yang berkunjung ke Puskesmas menunjukkan bahwa Puskesmas induk sulit dijangkau oleh masyarakat, karena letak geografis, minimnya sarana transportasi, dan rendahnya kemampuan membayar biaya transportasi. Kabupaten mengharapkan agar petugas kesehatan Puskesmas tersebut dapat memberikan pelayanan kesehatan di rumah atau di tempat yang dekat dengan tempat tinggalnya. Oleh karena itu, masyarakat cenderung memanggil tenaga kesehatan ke rumah, mengingat biaya yang sama jika harus ke Puskesmas dan difasilitasi dengan telepon genggam. Keadaan ini menunjukkan tingginya ketidakefektifan waktu yang dihabiskan oleh perawat dan bidan dalam menjalankan tugasnya di Puskesmas (Budiarto et al. 2007).

Jumlah tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas belum mampu menyelesaikan seluruh upaya kesehatan yang wajib dilakukan di Puskesmas, terutama pelayanan di luar gedung. Hal ini dikarenakan wilayah Puskesmas dan sulitnya mencapai target.” Oleh karena itu, jumlah kegiatan pelayanan kesehatan dikurangi dengan jumlah kunjungan. Akibatnya, cakupan layanan di gedung menjadi lebih rendah. (Suharmiati et al., 2013)

“Pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di Puskesmas di daerah terpencil dan perbatasan perlu memperhatikan situasi dan kondisi Puskesmas setempat. Di beberapa Puskesmas, beberapa petugas tidak kompeten dengan tanggung jawabnya. Misalnya pelayanan obat, promosi kesehatan, dan pemberantasan penyakit menular yang dilakukan oleh tenaga kerja yang hanya tamatan SLTP atau SLTA. Perencanaan kebutuhan staf di Puskesmas harus dilakukan dengan analisis tingkat makro tentang efek jangka panjang dari berbagai strategi pelatihan dan rekrutmen karyawan. Selanjutnya juga dilakukan analisis mikro terhadap profil kegiatan tenaga kesehatan. Analisis makro akan menentukan jumlah tenaga yang akan

direncanakan, sedangkan analisis mikro akan menentukan jenis tenaga kesehatan yang harus direkrut. Pengerahan personel dimulai dengan menilai kebutuhan layanan lokal setelah melalui analisis fungsional” (Budiarto et al. 2005).

Akuisisi obat umumnya tidak berdasarkan permintaan. Banyaknya keluhan petugas kesehatan tentang ketidaksesuaian antara jenis dan jumlah obat dengan kasus penyakit yang ditangani merupakan. Hal ini termasuk yang perlu mendapat perhatian. “Dalam pemenuhan kebutuhan obat harus disesuaikan dengan epidemiologi di wilayah Puskesmas. Epidemiologi kondisi sangat penting dalam menetapkan prioritas dan populasi sasaran. Dengan mempelajari persebaran penyakit di wilayah Puskesmas dapat digunakan untuk menentukan titik fokus pelayanan yang berkaitan dengan jenis dan jumlah obat dan jenis alat kesehatan” (Baker, TD, William A. Reinke, 1994).

Alat kesehatan dan fasilitas penunjang kesehatan (laboratorium) di Puskesmas belum memadai. “Minimnya alat kesehatan dan fasilitas penunjang kesehatan (laboratorium) di Puskesmas seringkali mengecewakan masyarakat yang harus menempuh perjalanan jauh dan berat. Situasi ini semakin memperkuat minat masyarakat untuk tidak berobat ke Puskesmas. Ketersediaan alat kesehatan, bahan habis pakai, obat perlu ditingkatkan sesuai kebutuhan masing-masing Puskesmas. Sarana komunikasi dan transportasi harus dipenuhi agar Puskesmas terjangkau oleh masyarakat. Oleh karena itu diperlukan kelengkapan alat kesehatan dan bahan habis pakai yang menunjang pelayanan kesehatan terutama untuk kasus penyakit yang sering terjadi di Puskesmas. Banyak kasus darurat yang membutuhkan peralatan dan keterampilan khusus, namun pada kenyataannya masih kurang. Karena Puskesmas dan jaringannya merupakan sasaran pertama penanganan kasus kegawatdaruratan, maka penyediaan peralatan kegawatdaruratan perlu tersedia di semua sistem Puskesmas” (Ristrini et al., 2004; Handayani et al., 2006)



Gambar 3. Berdiskusi dengan para Mahasiswa Universitas Kristen Artha Wacana, Kupang

D. PENUTUP

Kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat ini dapat dilaksanakan dengan baik. Tim pelaksana mendapat sambutan antusias dan ramah dari para dosen, mahasiswa dan pimpinan Universitas Kristen Artha Wacana Kupang. Diskusi dan tukar pikiran berlangsung penuh keakraban dengan saling tukar menukar informasi dan pengetahuan. Pemberian pemahaman kepada mahasiswa juga diikuti dengan semangat dengan banyak pertanyaan yang diberikan.

Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan unggulan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat khususnya di daerah perbatasan. Namun sejak era desentralisasi dan otonomi daerah, pengelolaan dan pengawasan Puskesmas diserahkan kepada Pemerintah Kabupaten/Kota. Dengan demikian perkembangan Puskesmas bervariasi dan bergantung pada komitmen dan kapasitas lokal. Pemenuhan ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya di daerah perbatasan, semestinya sekurang-kurangnya setara dengan pelayanan kesehatan negara tetangga. Karena itu perlu memberikan insentif kepada para petugas kesehatan. Selain itu, kompetensi tenaga kesehatan perlu ditingkatkan, seperti dengan mengadakan pelatihan-pelatihan menuju kualitas pelayanan yang lebih baik.

Dan juga perlu memenuhi ketersediaan transportasi bagi para petugas kesehatan di daerah perbatasan, seperti sepeda motor, kendaraan roda empat, kapal kesehatan jenis tertentu sesuai topografi wilayah yang ada.

Ucapan Terima Kasih

Pelaksanaan kegiatan ini terwujud berkat Program Simlitabmas dari Pemerintah. Penulis juga berterima kasih kepada Universitas Kristen Artha Wacana Kupang, dan pihak-pihak lain yang telah membantu.

E. DAFTAR PUSTAKA

- Baker, T.D., Reinke, W.A. (1994). Dasar Epidemiologi untuk Perencanaan Kesehatan. Dalam: Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Bappenas (2017). Terjemahan Tujuan dan Target Global Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/Sustainable Development Goals (SDGs). Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Bappenas, Jakarta.
- Bárcena A., Cimoli M., García-Buchaca R., Yáñez L.F., and Pére R.. (2018). The 2030 Agenda and the Sustainable Development Goals An opportunity for Latin America and the Caribbean. United Nations publication, Santiago.
- Budiarto, W., Suprpto, A., Ristrini, R. (2007). Studi tentang Rekrutmen, Seleksi dan Alokasi Kegiatan Tenaga Keperawatan di Daerah Terpencil di Jatim dan NTT. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 10 (2). Retrieved from <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/hsr/article/view/1777/2584> [accessed: 26.08.2019].
- Budiarto, W., Suprpto, A., Sarwanto, Ristrini, Busisuari, M.A. (2005). Pengembangan Model Rekrutmen dan Pendayagunaan Tenaga Keperawatan di Daerah Terpencil. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Abstrak Hasil Penelitian, Surabaya.
- Cevik, C., Sozmen, K., Kilic, B. (2017). How Primary Care Reforms Influenced Health Indicators in Manisa District in Turkey: Lessons for General Practitioners. *European Journal of General Practice*, 24 (1), 74–83, <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1410538>
- Handayani, L., Evie, S., Siswanto (2006). Upaya Revitalisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas dan Jaringannya dalam rangka Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Laporan Akhir Penelitian. Surabaya.
- Kennedy, P.S.J., Tobing, S.J.L., Heatubun, A.B., Toruan, R.L. (2018). Strategic Issues of Indonesian Border Area Development based on The Master Plan 2015–2019. [In:] *Proceeding Universitas Pamulang, International Seminar on Accounting for Society*, 21 Maret 2018, Vol 1(1), p.190–198. Retrieved from: <http://openjournal.unpam.ac.id/index.php/Proceedings/article/view/1830/1527> [accessed: 27.08.2019].
- Klimczuk, A., Klimczuk-Kochańska, M. (2015). Technology transfer. [In:] M. Odekon (Ed.), *The SAGE encyclopedia of world poverty*. 2nd ed. SAGE, Los Angeles, 1529–1531.
- Li, X., Lu, J., Hu, S., Cheng, K.K., De Maeseneer, J., Meng, Q., Mossialos, E., Xu, D.R., Yip, W., Zhang, H., Krumholz H.M., Jiang, L., Hu, S. (2017). The primary healthcare system in China. *The Lancet*, 390 (10112), 2584—2594, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33109-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33109-4)
- Magnusson, L., Ottosson, J. (2009). *The evolution of path dependence*. Edward Elgar, Cheltenham/Northampton.
- Muldoon, L.K., Hogg, W.E., Levitt, M. (2006). Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC): What is the Difference? *Canadian Journal of Public Health*, 97 (5), 409–411.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan [Regulation No 43/2016 of the Minister of the Health concerning minimum health service standards].
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat [Regulation No 75/2014 of the Minister of the Health Minister on community health centres].

- Ristrini, Sulistyowati, Siswanto, 2004. Intervensi Pemberdayaan Masyarakat Melalui Penumbuhkembangan Upaya Kesehatan yang Berbasis Masyarakat Miskin di Pedesaan dalam rangka “Making Pregnancy Safer”. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Laporan Akhir Penelitian, Surabaya.
- Shanteukie WordPress (2011). Mempertanyakan kembali Nasionalisme Masyarakat di Kalimantan Barat (Perbatasan RI – Malaysia). Retrieved from <https://shanteukie.wordpress.com/2011/04/20/mempertanyakankembali-nasionalisme-masyarakat-di-kalimantanbarat-perbatasan-ri-%E2%80%93-malaysia> [accessed: 27.08.2019].
- Suharmiati, S., Laksono, A.D., Astuti, W.D. (2013). Review Kebijakan tentang Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Daerah Terpencil Perbatasan [Policy Review on Health Services in Primary Health Center in the Border and Remote Area]. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 16 (2), 109–116.
- Timyan, Y. (1997). Akses pelayanan: Bukan Sekedar Masalah Jarak. Dalam: Kesehatan Wanita, Sebuah Perspektif Global. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- World Health Organization – WHO (1978). Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, Kazakhstan, 6–12 September 1978.
- World Health Organization – WHO (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever). World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization – WHO (2012). Good Practices in Delivery of Primary Health Care in Urban Settings. UNRWA – WHO study. World Health Organization, Geneva.