

PEMERIKSAAN PUSKESMAS DI DAERAH TERPENCIL TERHADAP FASILITAS KESEHATAN

Sri Wahyuni¹, Linardita Ferial¹

¹ Universitas Banten Jaya, Jl Syech Nawawi Albantani Serang, Banten, Indonesia

ABSTRACT

Progress towards health for all must be supported by quality health facilities available to everyone. However, health facilities in remote and underdeveloped areas, borders, and remote islands, or remote, underdeveloped, border and islands (DTPK) areas, face obstacles related to access to health insurance. This study aims to provide a comprehensive picture of the readiness of the Puskesmas as the main provider of primary health services located in remote areas. Observations were made at 18 Community Health Centers in locations identified as remote and underdeveloped areas, borders, and outer islands in three provinces: Bengkulu, East Nusa Tenggara (East Nusa Tenggara), and South Sulawesi. The findings reveal that many facilities in primary health centers are still inadequate. In particular, roads to primary health centers were in poor physical condition, Jam of operation were too short, and doctors and laboratory technicians were unavailable. However, the puskesmas has been successful in carrying out many indoor and outdoor activities such as health education classes and priority disease detection in the community. Regarding the finances of primary health centers, they are very dependent on public funds to support their increased spending to provide health services, pay workers' salaries, and carry out indoor and outdoor activities, so that several obstacles faced by puskesmas in DTPK include difficulty access temporary health facilities and personnel. This information provides valuable input for policy makers in building health infrastructure and health human resources in DTPK.

Keywords : Human Resources, Remote Areas, Health Facilities, Primary Health

ABSTRAK

Kemajuan menuju kesehatan untuk semua harus didukung oleh fasilitas kesehatan berkualitas yang tersedia untuk semua orang. Namun, fasilitas kesehatan di daerah terpencil dan tertinggal, perbatasan, dan pulau-pulau terpencil, atau daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK), menghadapi kendala terkait akses jaminan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang komprehensif tentang kesiapan Puskesmas sebagai penyedia utama pelayanan kesehatan primer yang berlokasi di daerah terpencil. Pengamatan dilakukan di 18 Puskesmas di lokasi yang teridentifikasi sebagai daerah terpencil dan tertinggal, perbatasan, dan pulau terluar di tiga provinsi: Bengkulu, Nusa Tenggara Timur (Nusa Tenggara Timur), dan Sulawesi Selatan. Temuan mengungkapkan bahwa banyak fasilitas di pusat kesehatan primer masih tidak memadai. Secara khusus, jalan menuju pusat kesehatan primer dalam kondisi fisik yang buruk, jam operasional terlalu pendek, dan dokter serta teknisi laboratorium tidak tersedia. Namun, puskesmas telah berhasil melakukan banyak kegiatan di dalam dan di luar ruangan seperti kelas pendidikan kesehatan dan deteksi penyakit prioritas di masyarakat. Mengenai keuangan pusat kesehatan primer, mereka sangat bergantung pada dana publik untuk mendukung pengeluaran mereka yang meningkat untuk menyediakan layanan kesehatan, membayar gaji pekerja, dan melakukan kegiatan di dalam dan di luar ruangan, sehingga didapatkan beberapa kendala yang dihadapi puskesmas di DTPK antara lain sulitnya akses fasilitas dan tenaga kesehatan sementara. Informasi ini memberikan masukan berharga bagi pembuat kebijakan dalam membangun infrastruktur kesehatan dan SDM kesehatan di DTPK.

Keywords: Sumber Daya Manusia, Daerah Terpencil, Fasilitas Kesehatan, Kesehatan Primer

INTRODUCTION

Di Indonesia, Puskesmas atau Puskesmas adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama (primer) di bawah dinas kesehatan kabupaten yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat yang tinggal di wilayah kerjanya. Sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama, Puskesmas merupakan tempat dimana pasien dan tenaga kesehatan sering bertemu untuk pertama kali dan saling berinteraksi untuk berkonsultasi mengenai masalah kesehatan, memeriksa kondisi kesehatan yang vital, menerima obat-obatan, dan mendapatkan informasi kesehatan yang bermanfaat, peningkatan kesehatan. saran, dan rujukan ke layanan kesehatan pelengkap. Pusat kesehatan primer juga bertindak sebagai penjaga gerbang ke fasilitas tingkat yang lebih tinggi seperti rumah sakit dan klinik khusus. Pada tahun 2017, 9.825 Puskesmas beroperasi di seluruh Indonesia (Kurniawan, Yudianto, Hardhana, dan Siswanti, 2018), dengan setidaknya satu Puskesmas di setiap kabupaten.

Ada kelangkaan literatur ilmiah yang diterbitkan tentang pusat kesehatan primer. Beberapa penelitian yang ada terbatas cakupannya, hanya mengambil sampel pasien dari satu sampai tiga pusat kesehatan primer untuk menyelidiki kepuasan pasien terkait layanan yang mereka terima. Utama, Lestari, dan Ikmaluhakim (2017) melakukan penelitian di Puskesmas Ngagel Rejo, Surabaya yang mampu menampung hingga 100 pasien per hari. Studi mereka menemukan kepuasan pasien cukup rendah terkait kebersihan dan kenyamanan ruang tunggu serta daya tanggap staf di meja registrasi. Di pusat kesehatan primer lainnya, Biyanda et al. (2017) menemukan bahwa pasien cukup puas dengan kondisi fasilitas, namun tidak puas dengan cara dokter menangani keluhan kesehatannya, menilai mereka kurang kasih sayang, empati, akurasi, dan perhatian terhadap detail. Pertimbangan penting adalah bahwa jika seorang pasien memiliki pengalaman buruk di pusat kesehatan primer, hal itu dapat mencegah kunjungan berulang (Afifah, 2017). Apriyanto, Kuntjoro, dan Lazuardi (2013) mewawancarai 111 pasien di tiga pusat kesehatan primer di Singkawang, Kalimantan Barat, dan menemukan bahwa pasien mendapatkan skor sekitar 2,5 (dari skala 5 poin) untuk setiap dimensi layanan yang mereka butuhkan. Dimensi ini berkisar dari kualitas pelayanan kesehatan secara umum hingga ketepatan waktu jam operasional. Berbeda dari ketiga penelitian yang disebutkan di atas, Djauhari (2010) menyelidiki masukan penting yang berkontribusi pada penyediaan layanan berkualitas tinggi di pusat kesehatan primer. Penulis menemukan masukan keuangan sebagai yang paling kritis, diikuti oleh struktur birokrasi, ketersediaan sumber daya kesehatan,

dan terakhir komunikasi. Terdapat tambahan disertasi dan artikel mahasiswa tentang program khusus di pusat kesehatan primer, tetapi tidak dipublikasikan dalam jurnal ilmiah (Vondewi, 2010). Sepengetahuan kami, sampai saat ini belum ada literatur tentang puskesmas di daerah terpencil di Indonesia.

Tiga penelitian yang sangat cocok dengan penelitian kami adalah Sagala, Trisnantoro, dan Padmawati (2016), Husain, (2006), dan Suharmiati, Handayani, dan Kristiana (2012). Sagala, Trisnantoro, dan Padmawati meninjau penyediaan layanan kesehatan di Kepulauan Anambas, salah satu yang disebut daerah terpencil dan tertinggal, perbatasan, dan pulau-pulau terpencil, atau daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK) di provinsi Riau; namun, penelitian mereka berfokus pada konteks rumah sakit. Husain (2006) menggunakan data dari puskesmas dan puskesmas pembantu, atau puskesmas pembantu (pustu), dalam survei Kehidupan Keluarga Indonesia, atau Survei Aspek Kehidupan Keluarga Indonesia (sakerti), yang dilakukan di 13 provinsi. Dengan membandingkan kondisi puskesmas di pedesaan dan perkotaan, studi ini menemukan bahwa ketersediaan dokter di puskesmas perkotaan jauh lebih tinggi daripada di pedesaan, terutama di Pulau Jawa, Bali, dan Sumatera. Namun, ketersediaan paramedis di pusat kesehatan primer pedesaan ditemukan cukup baik. Sementara studi ini menyoroti perbedaan geografis dalam sumber daya manusia untuk kesehatan, itu tidak komprehensif. Selain itu, data Sakerti yang digunakan dalam penelitian ini sudah cukup tua, yang telah dikumpulkan hampir dua dekade lalu.

Baru-baru ini, Suharmiati, Handayani, dan Kristiana (2012), dan Suharmiati, Laksono, dan Astuti (2013) mengumpulkan data dari pusat kesehatan primer di Sajingan Besar, daerah terpencil di provinsi Kalimantan Barat, untuk menyelidiki faktor-faktor yang mempengaruhi akses ke fasilitas. Dalam hal akses pasien ke pusat kesehatan primer, mereka menemukan transportasi menjadi rintangan terbesar. Namun, temuan penelitian ini hanya berdasarkan pengalaman satu pusat kesehatan primer. Akan menarik untuk memeriksa beberapa pusat di daerah terpencil dan memasukkan lebih banyak dimensi penyediaan layanan selain sumber daya manusia untuk kesehatan dan hambatan akses bagi pasien.

Dalam studi kali ini, peneliti mengunjungi 18 Puskesmas di lokasi target kesehatan nasional yang termasuk dalam program Nusantara Sehat (NS) yang diprakarsai oleh Kementerian Kesehatan Indonesia. Tim tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, ahli kesehatan masyarakat, ahli kesehatan lingkungan, teknisi laboratorium, ahli gizi,

dan apoteker turun ke daerah-daerah yang dianggap terpencil dan tertinggal, perbatasan, dan pulau-pulau terpencil yang kekurangan sumber daya manusia untuk kesehatan. Di fasilitas ini, para peneliti mewawancarai manajer pusat kesehatan primer ini untuk mendapatkan informasi tentang kondisi fasilitas mereka, aktivitas di dalam dan di luar pusat, dan setiap perubahan keuangan mereka dalam beberapa bulan terakhir.

Inspeksi kami menemukan bahwa akses ke perawatan primer di daerah terpencil dan terbelakang, perbatasan, dan pulau-pulau terpencil tetap menantang, dengan jalan menuju pusat kesehatan primer seringkali dalam kondisi fisik yang buruk (misalnya, banyak lubang, berbatu, dan tidak beraspal). Selain itu, pusat kesehatan kekurangan dokter tetap dan fasilitas laboratorium (atau teknisi laboratorium) untuk melakukan tes darah. Dalam hal kegiatan yang dilakukan oleh pusat kesehatan primer, studi saat ini menemukan bahwa sebagian besar cukup aktif dalam memberikan program luar ruangan, terlibat dalam kegiatan preventif dan promotif seperti mendeteksi kasus penyakit prioritas (misalnya, hipertensi, diare, dan kekurangan gizi pada anak kecil).) di masyarakat dan memberikan kelas pendidikan kesehatan. Puskesmas juga menginisiasi dan memantau pos pelayanan terpadu (Posyandu) desa, pos terpadu desa pencegahan penyakit tidak menular (PTM) untuk lansia (Posbindu Lanjut Usia/Lansia), dan pos terpadu desa pencegahan PTM untuk penyakit tidak menular (Posbindu PTM) /Penyakit Tidak Menular). Terakhir, mengenai kondisi keuangan, studi saat ini menemukan bahwa pendapatan dan pengeluaran telah meningkat, dan sangat sedikit pusat layanan kesehatan yang mengeluarkan uang untuk perbaikan fasilitas.

METHODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang dilakukan dengan wawancara mendalam di tingkat Puskesmas. Puskesmas dipilih berdasarkan hasil teknik purposive sampling. Peneliti mengembangkan instrumen survei (dalam bahasa Indonesia) yang meliputi kegiatan di puskesmas, volume pasien, fasilitas puskesmas yang tersedia, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan, SDM kesehatan, kegiatan di dalam dan di luar ruangan, dan perubahan pada pendapatan dan beban pusat. Tujuan pengumpulan informasi ini adalah untuk memberikan pengetahuan tentang tiga dimensi puskesmas: tingkat (atau kualitas) fasilitas di dalam dan di sekitar gedung puskesmas, kegiatan yang sedang berjalan, dan perubahan keuangan dalam beberapa bulan terakhir.

Dengan anggaran yang tersedia, peneliti memilih DTPK di tiga provinsi yang meliputi

Indonesia Barat hingga Timur: Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. Telah terdokumentasi dengan baik bahwa kondisi kesehatan dan tingkat pasokan kesehatan sangat bervariasi di seluruh wilayah Indonesia, dengan Indonesia Timur berada pada posisi terburuk dibandingkan dengan wilayah lain (Kurniawan, Yudianto, Hardhana, dan Siswanti, 2018; Worldbank, 2018).

Di setiap provinsi, enam kabupaten DTPK dikunjungi, dengan satu puskesmas per kabupaten, sehingga total 18. Puskesmas ini mencakup enam sampai 17 desa, dengan populasi antara 3.000 dan 30.000 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017b, 2017c, 2017d). Dibandingkan dengan puskesmas lain di kabupaten, mereka memiliki infrastruktur komunikasi yang relatif lumayan (jalan beraspal, koneksi internet, dan listrik), memungkinkan proses pengumpulan data yang lancar. Selain itu, mereka menyertakan banyak rumah tangga di daerah tangkapan (teritori) mereka, memungkinkan gambaran yang lebih akurat tentang berbagai layanan yang disediakan oleh pusat kesehatan primer. Sumber informasi utama dari penelitian ini adalah para manajer pusat kesehatan primer, yang mungkin paling tahu tentang kondisi dan kegiatan di dalam fasilitas dan program penjangkauan mereka ke masyarakat setempat. Ketika kepala puskesmas tidak ada, kepala administrasi, kepala operasi, penjabat kepala, atau petugas kesehatan senior yang bertanggung jawab menjadi informan. Wawancara dipimpin oleh pewawancara berpengalaman menggunakan tablet elektronik dan setiap wawancara berlangsung kurang lebih 1,5 jam. Tabel 1 menunjukkan kabupaten sampel puskesmas dan informan di setiap puskesmas.

Tabel 1 Lokasi dan partisipan sampel puskesmas

Propinsi	Kota	Luas (km ²)	Desa	Jumlah Penduduk	Informan
Bengkulu	Sekayun	79.00	11	6,968	Kepala administrasi
	Ketenong	63.09	8	4,840	Kepala Puskesmas
	Tanjung Harapan	24.30	10	11,451	Kepala puskesmas
	Pagar Jati	70.00	10	5,892	Plt Kepala Puskesmas tengah
	Taba Teret	96.00	7	5,696	Kepala administrasi
	Taba Lagan	50.00	9	7,029	Kepala administrasi
Sulawesi Selatan	Kondodewata	196.74	17	30,691	Kepala bidan
	Rampi	156.56	7	3,134	Kepala puskesmas
	Latimojong	NA	12	26,819	Kepala administrasi

Propinsi	Kota	Luas (km ²)	Desa	Jumlah Penduduk	Informan
Nusa Tenggara Timur (NTT)	Walenrang Barat	NA	6	10,716	Kepala puskesmas
	Bittuang	134.47	13	19,550	Kepala puskesmas
	Rano	166.02	6	6,119	Dokter umum
	Ngalupulo	106.47	13	13,169	Kepala puskesmas
	Watuneso	46.79	12	8,613	Kepala puskesmas
	Iteng	138.00	10	16,671	Kepala administrasi
	Beamese	226.10	7	9,681	Plt Kepala Puskesmas tengah
	Ranggu	30.44	8	8,713	Kepala operasi
	Pacar	63.50	12	14,066	Kepala puskesmas

RESULTS AND DISCUSSION

Tabel 2. Jam Operasional, Sumber Daya Manusia, dan Fasilitas

	Bengkulu	NTT	Sulawesi Selatan	Total
# Pusat kesehatan primer	6	6	6	18
# Puskesmas Rawat Inap	1	5	4	10
Jam beroperasi				
# Buka Senin-Sabtu	6	6	6	18
# Buka hari Minggu	1	2	1	4
Durasi rata-rata (Senin-Kamis)	5.8 jam	5.1 Jam	5.9 Jam	5.58 Jam
Durasi rata-rata (Jum'at)	3.9 Jam	3.1 Jam	5.2 Jam	4.04 Jam
Durasi rata-rata (Sabtu)	4.8 Jam	3.8 Jam	5.6 Jam	4.75 Jam
Status Kedatangan	pribadi	Umum	Umum	pribadi
Biaya transportasi rata-rata	Rp.13,000	Rp.29,000	Rp.104,100	Rp.51,000
Waktu tempuh rata-rata	43 menit	140 menit	143 menit	99 menit
Rata-rata per layanan kesehatan primer tengah				
Dokter Umum	1.5	0.5	0.67	0.89
Dokter Gigi	0.33	0.33	0.5	0.39
perawat	10.8	22.3	8.8	14
bidan	15.3	22.7	14.2	17.4
apoteker	0.67	1.17	0.5	0.78
ahli gizi	0.33	2	1	1.11
Pakar kesehatan masyarakat	1.67	0.83	1	1.17
Ahli kesehatan lingkungan	0	1.67	1	0.89
Teknisi laboratorium	0	1.17	0	0.39
Rata-rata ruang konsultasi	3.33	5.17	3.33	3.94
# dengan ruang penyimpanan obat	6	6	4	16
# dengan laboratorium	2	5	3	10
# dengan ketersediaan "tidak ada"/"sangat buruk"				
Berbagai obat	2	0	0	2
Suplai medis	1	0	0	1
Peralatan medis	3	0	1	4

Tabel 2 menunjukkan fasilitas di Puskesmas meliputi jam operasional, kemudahan akses pasien, tingkat ketersediaan SDM kesehatan, ketersediaan ruangan, dan kecukupan alat dan perbekalan kesehatan. Para peneliti melaporkan temuan dari semua pusat kesehatan primer dalam sampel (dan menurut provinsi) untuk menyoroti variasi regional dalam pasokan

kesehatan.

Sepuluh puskesmas sampel memiliki tempat tidur untuk rawat inap (puskesmas rawat inap), sedangkan delapan puskesmas tidak memiliki tempat tidur untuk rawat inap (puskesmas rawat jalan). Separuh dari Puskesmas dengan tempat tidur rawat inap berada di Nusa Tenggara Timur (NTT). Di Bengkulu, hanya satu dari enam puskesmas yang dikunjungi yang dapat memberikan pelayanan rawat inap.

Semua pusat kesehatan primer dalam sampel buka dari hari Senin sampai Sabtu. Empat juga buka pada hari Minggu, tiga di antaranya memiliki tempat tidur. Durasi operasi adalah empat hingga enam jam sehari, antara pukul 07.00–08.00 hingga 12.00–14.00. Format ini berlaku di sebagian besar puskesmas di seluruh tanah air, tidak hanya di DTPK. Sebagian besar pasien menggunakan kendaraan pribadi atau sepeda motor umum untuk berobat ke Puskesmas. Namun kondisi jalan menuju puskesmas seringkali kondisi fisiknya memprihatinkan, seperti tidak beraspal, berlubang, tergenang air, dan berbatu. Selain itu, banyak pasien harus melintasi sungai (12 Puskesmas) dan lembah (15 Puskesmas) untuk mencapai Puskesmas. Rata-rata, pasien memerlukan waktu 99 menit untuk mencapai pusat kesehatan primer; namun bagi sebagian orang, waktu tempuh bisa mencapai enam jam (Puskesmas di Rampi, Sulawesi Selatan). Hambatan akses ini mencerminkan kondisi DTPK yang terpencil dengan infrastruktur transportasi yang kurang baik.

Rata-rata puskesmas sampel memiliki 0,89 dokter umum, 0,39 dokter gigi, 14 perawat, dan 17 bidan. Memiliki kurang dari satu dokter di pusat kesehatan primer berarti beberapa pusat kesehatan tidak memiliki dokter tetap. Peneliti mengidentifikasi lima Puskesmas (tiga di NTT dan dua di Sulawesi Selatan) yang tidak memiliki dokter umum tetap dan 11 yang tidak memiliki dokter gigi tetap. Hal ini masih jauh dari standar minimal SDM Kesehatan menurut Keputusan Menteri Kesehatan atau Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 (75/2014) tentang Puskesmas, yang menyatakan bahwa untuk daerah terpencil dan sangat terpencil harus ada satu dokter umum. di puskesmas rawat jalan, dua dokter umum di puskesmas rawat inap, dan satu dokter gigi di setiap puskesmas rawat jalan (Kemenkes RI, 2014b). Ketiadaan dokter pada gilirannya dapat membuat masyarakat enggan mencari pengobatan di pusat-pusat kesehatan primer, mengingat bahwa menjangkau pusat-pusat tersebut tidak mudah bagi banyak orang, terutama bagi mereka yang tinggal jauh. Standar minimum juga mensyaratkan minimal lima perawat dan empat bidan di puskesmas rawat jalan, dan delapan perawat dan tujuh bidan di

puskesmas rawat inap (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014b).

Demikian pula, ketidaktersediaan apoteker dan teknisi lab di pusat kesehatan primer berarti mereka tidak dapat mengeluarkan resep dokter atau melakukan tes darah. Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014, setiap Puskesmas Rawat Jalan dan Puskesmas Rawat Inap harus terdapat Tenaga Laboratorium, Apoteker, Ahli Kesehatan Masyarakat, dan Ahli Kesehatan Lingkungan, di setiap Puskesmas Rawat Jalan dan Puskesmas Rawat Inap. dan dua ahli gizi di setiap puskesmas rawat inap (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014b).

Sebagian besar Puskesmas sampel memiliki minimal tiga ruang konsultasi dan satu ruang penyimpanan obat (16 Puskesmas). Namun, hanya 10 yang memiliki laboratorium yang berfungsi, dua memiliki laboratorium dengan kondisi fisik yang buruk, dan delapan tidak memiliki laboratorium. Ketersediaan alat kesehatan (seperti stetoskop, termometer, timbangan badan, dan sphygmomanometer untuk mengukur tekanan darah) dan alat kesehatan (seperti bola kapas, jarum suntik, dan plester medis) terlihat sudah cukup baik. Beberapa pusat kesehatan primer dalam sampel melaporkan bahwa kebutuhan medis ini tidak tersedia atau hanya tersedia dalam jumlah yang tidak dapat diterima. Ada juga sangat sedikit keluhan tentang variasi obat yang dipasok ke pusat kesehatan primer.

Tabel 3. Kegiatan di Puskesmas

	Bengkulu	NTT	Sulawesi Selatan	Total
# Pusat kesehatan primer	6	6	6	18
# dengan administrasi yang terkomputerisasi	4	6	5	15
Kasus rata-rata (bulanan)				
Wanita rawat jalan	134.5	471.8	257.9	288.1
Laki-laki rawat jalan	155.4	239.4	185.0	193.3
Jumlah rawat jalan	274.6	711.2	448.3	481.3
Wanita rawat inap	5.7	11.7	5.3	7.9
Laki-laki rawat inap	5.0	4.8	2.7	3.8
Jumlah pasien rawat inap	10.7	16.4	8.1	11.7
PBI rawat jalan	250.3	467.3	253.4	337.9
PBI rawat inap	6.3	8.2	6.6	7.3
Tingkat rujukan rata-rata (%)	0.09	0.04	0.05	0.06
Rata-rata % kasus dari PBI	0.62	0.69	0.73	0.68
Kasus dengan yang tertinggi volum 1	ISPA	ISPA	ISPA	ISPA
Kasus dengan yang tertinggi volum 2	Hipertensi	Muskuloskeletal	saluran pencernaan	Hipertensi
Kasus dengan yang tertinggi volum 3	saluran pencernaan	saluran pencernaan	Hipertensi	saluran pencernaan
# dapat menangani semua kasus # dengan kelas pendidikan	5	6	5	16
Diare dan pola hidup bersih dan sehat	5	6	5	16
Kebiasaan cuci tangan di sekolah	5	5	3	13

	Bengkulu	NTT	Sulawesi Selatan	Total
Pendahuluan tentang hipertensi	6	6	5	17
Pendahuluan Tentang Tbc	5	5	3	13
ASI Eksklusif	6	6	5	17
Informasi tentang Kesehatan Anak	5	6	5	16
# dengan program deteksi luar ruangan				
Hipertensi	5	6	5	16
TBC	5	6	4	15
Malnutrisi di bawah usia 5 tahun	4	5	4	13
Posyandu aktif rata -rata	11.2	23.3	15.2	16.6
# Posbindu PTM	6	4	4	14
# Posbindu Lansia	5	6	1	12

Tabel 3 menyajikan kegiatan di puskesmas dan menunjukkan bahwa 15 dari 18 puskesmas sampel menggunakan komputer untuk melakukan tugas administrasi dan menyimpan catatan pasien. Selain itu, meskipun berlokasi di DTPK, pusat kesehatan primer tetap mengupayakan efisiensi dan berkomitmen untuk memiliki catatan akurat tentang pasien dan aktivitasnya. Temuan ini seharusnya meredakan banyak spekulasi bahwa data administrasi di pusat kesehatan primer di daerah terpencil atau pedesaan berantakan dan tidak dapat diandalkan. Pembuat kebijakan sudah dapat menggunakan catatan ini untuk mengawasi kegiatan sehari-hari pusat, sumber daya manusia, keuangan, layanan yang mereka berikan kepada pasien yang diasuransikan secara publik, dan untuk melacak prevalensi penyakit umum di masyarakat. Penggunaan sistem komputer juga membantu proses monitoring dan evaluasi secara berkala.

Dalam satu bulan, pusat perawatan kesehatan primer merawat 481 kasus rawat jalan dan 12 kasus rawat inap (dalam 10 pusat perawatan kesehatan primer rawat inap), atau sekitar 25 pasien per hari. Di luar area DTPK, pusat perawatan kesehatan utama yang khas dapat rata-rata menerima 90-100 pasien per hari (Rizcarachmakurnia, Wigati, dan Sriatmi, 2017; Utama, Lestari, dan Ikmaluhakim, 2017). Selain itu, ada lebih banyak wanita daripada pasien pria, tren yang juga diamati di tempat lain (Rahmayanti dan Ariguntar, 2017). Hampir 70% kasus diberikan kepada penerima penerima kontribusi penerima (Penerima Bantuan Iuran [PBI]), yang premi asuransinya dibayar oleh pemerintah. Di kota-kota besar, sejumlah besar pasien umum mungkin membayar "out-of-pocket", tetapi sebagian besar pasien ditanggung oleh asuransi publik (PT Iconesia Solusi Prioritas, 2016). Pusat perawatan kesehatan primer di DTPK dapat mengelola sebagian besar presentasi pasien, dengan tingkat rujukan sekitar 6% ke fasilitas kesehatan tingkat yang lebih tinggi (rumah sakit). Selain kasus-kasus yang membutuhkan perawatan medis yang lebih maju, rujukan juga dapat disebabkan oleh kekurangan obat, peralatan medis yang tidak memadai, dan jarak praktis ke fasilitas tingkat

tinggi terdekat (Alawi, Junadi dan Latifah, 2017). Masalah kesehatan yang paling umum disajikan adalah penyakit akut dan menular. Dua belas pusat perawatan kesehatan primer melaporkan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) sebagai penyakit dengan kejadian tertinggi. Temuan ini juga terjadi di tempat lain, tidak hanya di pusat perawatan kesehatan primer di DTPK (Afifah, 2017; Firnanda N, Junaid, dan Jafriati, 2017; Rahmayanti dan Ariguntar, 2017; Kementerian Kesehatan Indonesia, 2014). Selain ISPA, pusat perawatan kesehatan primer juga mengamati banyak contoh penyakit kronis, terutama hipertensi dan gangguan pencernaan kronis (Rahmayanti dan Ariguntar, 2017). Memang, prevalensi penyakit kronis diprediksi akan meningkat dalam beberapa dekade mendatang, berdasarkan populasi yang menua pergeseran ke arah gaya hidup yang menetap dan diet yang tidak sehat (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018; Kementerian Kesehatan Indonesia, 2014).

Semua pusat perawatan kesehatan utama dalam sampel menyajikan kelas pendidikan kesehatan, dengan topik termasuk promosi gaya hidup yang bersih dan sehat (seperti kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan menyiapkan makanan, tetap aktif setiap hari, berhenti merokok, dan mengikuti diet mengandung banyak buah dan sayuran). Kelas-kelas ini juga termasuk pengantar gejala, penyebab, dan perawatan penyakit umum, dan informasi terkait kesehatan ibu dan anak seperti perawatan antenatal, masalah umum selama kehamilan, menyusui eksklusif dalam enam bulan pertama, dan manfaat dari imunisasi. Ketika kesadaran kesehatan meningkat, orang mungkin lebih cenderung mengunjungi pusat perawatan kesehatan primer untuk mendapatkan perawatan kesehatan, nasihat medis, atau pemeriksaan kesehatan secara teratur (Napirah, Rahman, dan Tony, 2016). Di antara tiga provinsi dalam sampel, pusat perawatan kesehatan primer di NTT tampaknya menjadi yang paling aktif mengenai kelas pendidikan.

Sebagian besar pusat perawatan kesehatan utama dalam sampel telah memperluas jangkauan mereka ke luar ke komunitas lokal untuk mendeteksi prevalensi penyakit prioritas seperti hipertensi, tuberkulosis, dan kekurangan gizi di antara anak-anak kecil. Masalah kesehatan yang paling intens yang dipantau adalah hipertensi, kekurangan gizi (stunting dan pemborosan) pada anak-anak di bawah usia lima tahun, dan menerima imunisasi primer lengkap. Seperti dalam kasus kelas pendidikan, program deteksi luar ruangan dikelola paling intensif oleh pusat perawatan kesehatan primer di NTT.

Pusat perawatan kesehatan primer bertanggung jawab untuk membentuk dan mengawasi

Posyandu di daerah tangkapan mereka. Rata-rata, pusat perawatan kesehatan utama dalam sampel mengawasi 16 POSYANDU aktif, yang disajikan setiap bulan. Sebagian besar pusat perawatan kesehatan primer juga memprakarsai POSBINDU LANSIA bulanan dan POSBINDU PTM.

Temuan ini tentang kegiatan luar ruangan pusat perawatan kesehatan primer berbeda dari temuan di Suharmati, Handayani, dan Kristiana (2012), yang menemukan bahwa kurangnya petugas kesehatan di pusat perawatan kesehatan primer mencegah mereka melakukan kegiatan di luar ruangan. Salah satu penjelasan potensial untuk ini adalah bahwa area tangkapan dari sebagian besar pusat perawatan kesehatan utama dalam sampel kami jauh lebih luas dibandingkan dengan penelitian yang dicatat dan populasi yang terakhir telah kecil dan jarang didistribusikan.

Untuk memperoleh informasi tentang keadaan keuangan, informan ditanya apakah (dibandingkan dengan pendapatan tiga bulan sebelumnya), penyerapan dana, dan biaya telah meningkat (dan berapa banyak), tetap stabil, atau telah menurun (dan berapa banyak). Karena perubahan cenderung terpolarisasi ke arah ekstrem (meningkat atau menurun secara signifikan), para peneliti mengumpulkan jawaban menunjukkan peningkatan dan menurun dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Keadaan keuangan pusat perawatan kesehatan primer

	Bengkulu			NTT			Sulawesi Selatan			Tidak tahu/tidak berlaku	Total		
# Pusat perawatan kesehatan primer	6			6			6				18		
Dibandingkan dengan 3 bulan lalu	<	=	>	<	=	>	<	=	>		<	=	>
# Pendapatan													
BOK	0	1	4	0	0	6	0	1	4	2	0	2	14
JKN	1	2	1	1	1	2	0	1	3	6	2	4	6
Pasien Umum	1	2	1	1	1	2	1	3	0	6	3	6	3
# penyerapan dana													
BOK	0	1	3	1	2	3	0	1	3	4	1	4	9
JKN	0	2	1	1	2	3	0	1	3	5	1	5	7
# pengeluaran													
Penyediaan Layanan Medis	0	1	4	1	1	4	0	1	5	1	1	3	13
Ahli kesehatan	0	2	3	1	2	2	1	0	2	5	2	4	7
Operasi internal	1	0	4	0	1	5	1	2	1	4	2	2	10
Kegiatan di luar ruangan	0	1	4	0	1	4	0	1	4	3	0	3	12
Perbaikan fasilitas	0	1	1	2	0	1	0	0	1	14	0	1	3

Dalam tiga bulan terakhir yang mendahului penelitian, 14 dari 18 pusat perawatan kesehatan utama dalam sampel melaporkan telah menerima peningkatan dana dari pemerintah pusat melalui hibah operasional kesehatan atau Bantuana Operasional Kesehatan (BOK). Pendanaan dari asuransi publik (JKN Capitation Fund) meningkat di enam pusat perawatan kesehatan primer, sementara pendapatan dari pasien out-of-pocket di sebagian besar pusat perawatan kesehatan primer relatif stabil atau menurun. Tren ini mencerminkan peningkatan jumlah pasien yang diasuransikan secara publik di pusat perawatan kesehatan primer, yang pada gilirannya mengurangi jumlah pasien umum. Dengan demikian, tren ini juga menunjukkan bahwa pusat semakin tergantung pada pendanaan publik sebagai sumber pendapatan utama mereka.

Penyerapan dana pada dasarnya diikuti dari peningkatan dana. Sebagai contoh, dana BOK diserap oleh peningkatan kegiatan operasional harian, mengikuti adanya volume pasien yang lebih tinggi. Selain itu, beban kerja meningkat di samping jumlah pasien yang lebih tinggi yang disajikan di pusat perawatan kesehatan primer. Situasi ini digaungkan oleh Kementerian Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017a).

Tiga belas dari 18 pusat perawatan kesehatan utama dalam sampel melaporkan peningkatan biaya untuk ketentuan layanan medis, sementara hanya tujuh yang melaporkan peningkatan biaya untuk membayar personel kesehatan. Dengan dana kapitasi, sangat penting untuk menyesuaikan kembali kompensasi pekerja, mengingat peningkatan volume pasien (Ramdani, Setiawati, dan Herawati, 2016; Kompak, 2017). Sepuluh pusat perawatan kesehatan primer melaporkan peningkatan biaya karena peningkatan kegiatan dalam ruangan, dan 12 melaporkan peningkatan biaya karena kegiatan di luar ruangan. Hanya tiga pusat perawatan kesehatan utama yang meningkatkan pengeluaran untuk fasilitas bangunan; Sebagian besar memberikan jawaban "tidak relevan" atau "tidak tahu" untuk pertanyaan ini.

Sebagai kesimpulan, beberapa kekurangan dalam fasilitas membutuhkan perhatian segera. Misalnya, jam operasi pendek dan waktu penutupan awal (12.00 pagi) membuat pengobatan tidak layak bagi banyak orang. Ini termasuk pasien yang bekerja berjam-jam tanpa izin atau pergi sakit (Pekerja kerah biru dan petani). Pusat perawatan kesehatan primer harus mempertimbangkan menjalankan sesi sore, contohnya membuka lagi pada pukul 14.30 hingga 17.30 (PT Iconesia Solusi Prioritas, 2016). Keluhan serupa juga didokumentasikan oleh Apriyanto (2016) dan Juliansyah (2013), yang membahas peran pusat perawatan kesehatan

primer dalam memberikan layanan terbaik kepada pasien. Syarif, Wahono, dan Khoirul ABS (2017) menemukan kondisi yang terkait dengan fasilitas sebagai aspek paling berpengaruh dari kinerja mereka dari perspektif pasien karena kondisi ini menunjukkan "jaminan" bahwa pusat-pusat dapat memberikan layanan kesehatan terbaik. Sementara itu, akses yang tidak nyaman dapat mencegah orang untuk mencari pengobatan (Radito, 2014). Fasilitas di pusat perawatan kesehatan primer harus bersih, rapi, dan mengundang sehingga lebih banyak orang akan bersedia menghadiri pemeriksaan kesehatan dan menerima perawatan kesehatan yang tepat saat sakit. Bagi mereka yang tinggal jauh dari pusat perawatan, pusat perawatan kesehatan primer mobile dapat dijalankan lebih sering, sehingga memastikan bahwa setiap orang menerima perawatan kesehatan yang tepat.

Tidak adanya dokter di pusat perawatan kesehatan primer juga dapat mendemotivasi orang tentang mengejar perawatan kesehatan. Di tingkat nasional, ada rata-rata 1,83 GPS dan 0,73 dokter gigi per pusat perawatan kesehatan primer (Kurniawan, Yudianto, Hardhana, dan Siswanti, 2018). Dalam sampel kami, hanya ada 0,89 GPS dan 0,39 dokter gigi per pusat perawatan kesehatan primer. Ini tidak memenuhi sumber daya manusia minimum standar untuk kesehatan di pusat perawatan kesehatan primer di daerah terpencil dan sangat terpencil yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan (2014b). Itu juga jauh dari jumlah dokter dan dokter gigi di pusat perawatan kesehatan primer di kota Ambon, provinsi Maluku, di Indonesia timur, yang telah memiliki dokter umum dan dokter gigi selama 10 tahun terakhir (Corputty, Kusnanto dan Lazuardi. Lutfan, 2013). Perawat dan bidan terkadang berfungsi sebagai pengganti dokter. Ada lebih banyak perawat dan bidan per pusat perawatan kesehatan primer dalam sampel kami (rata-rata 17 perawat dan 14 bidan) daripada yang dilaporkan di tingkat nasional (rata-rata 15 perawat dan 12 bidan) (Kurniawan, Yudianto, Hardhana, dan Siswanti) (Kurniawan, 2018). Namun, sampel kami terletak di DTPK, di mana pusat perawatan kesehatan primer cenderung memiliki area tangkapan (banyak) yang lebih luas di Indonesia; Oleh karena itu, lebih banyak perawat dan bidan diperlukan untuk mengambil pos kesehatan desa, atau poskesdes, dan klinik bersalin desa, atau polindes.

Dalam hal kegiatan, pusat perawatan kesehatan primer dalam sampel DTPK kami berkinerja cukup baik, dengan berbagai kegiatan dalam dan luar ruangan termasuk kelas pendidikan kesehatan, deteksi luar ruangan penyakit di masyarakat, dan pemeliharaan Posyandu dan Posbindu yang aktif. Kegiatan luar ruangan khususnya dapat meningkatkan

pemanfaatan layanan kesehatan, dengan memberi tahu lebih banyak orang tentang ketersediaan asuransi kesehatan masyarakat universal dan berbagai layanan kesehatan gratis yang tersedia di pusat perawatan kesehatan primer (Restiyani, Fitriyah, dan Astrika, 2013).

Untuk memastikan bahwa komunitas DTPK memiliki akses ke perawatan primer berkualitas tinggi, kebijakan langsung dapat diarahkan untuk meningkatkan fasilitas yang tersedia di pusat perawatan kesehatan primer. Awalnya, ini akan melibatkan penghubung dengan Kantor Kesehatan Distrik untuk menangani akses ke pusat perawatan kesehatan primer dan merekrut GPS, dan untuk menyediakan teknisi laboratorium dan apoteker (Harian Nasional, 2017). Dengan meningkatnya volume pasien, rasio profesional-ke-pasien kesehatan akan berkurang, yang dapat membahayakan kualitas layanan. Abdul Gani Hasan (2017) menghitung bahwa kekurangan dokter dapat melihat pasien menerima waktu konsultasi kurang dari dua menit. Komunitas setempat mungkin dapat membantu memperbaiki pusat perawatan kesehatan primer dengan mengoordinasikan tindakan bersama (Gotong Royong) untuk membuka jalan, mengecat ulang, dan membersihkan. Pusat perawatan kesehatan primer juga dapat bekerja sama dengan Kantor Kesehatan Distrik untuk memperoleh sumber daya tambahan (Listiana, Suryoputro, dan Sriatmi, 2018). Pesan kesehatan juga harus disampaikan secara sederhana dan komprehensif untuk memastikan bahwa mereka dapat diimplementasikan di rumah. Pusat perawatan kesehatan primer tampaknya memiliki sedikit insentif untuk meningkatkan bangunan mereka. Para peneliti memberi nama komitmen Kementerian Kesehatan baru-baru ini untuk membangun lebih banyak pusat perawatan kesehatan primer dan merenovasi rekan-rekan mereka yang ada di DTPK sebelum 2019 (Ramadhan, 2018).

Dalam jangka panjang, kebijakan harus fokus pada perekrutan dan retensi personel kesehatan di DTPK. Ini harus dimulai dengan menumbuhkan altruisme dan moral di antara mahasiswa kedokteran yang bertugas di daerah terpencil, dan dengan memberikan insentif bagi lulusan medis untuk bekerja di DTPK. Paket remunerasi yang menarik juga dapat dirancang untuk menarik personel kesehatan yang lebih berpengalaman.

CONCLUSION

Pusat perawatan kesehatan primer adalah tempat pasien menetapkan kontak pertama mereka dengan profesional kesehatan. Dengan demikian, pusat perawatan kesehatan primer juga menghadirkan peluang bagi personel kesehatan untuk mendeteksi penyakit dan

memberikan perawatan kesehatan yang tepat kepada mereka yang sakit atau berisiko tinggi mengalami masalah kesehatan. Temuan dari penelitian kami mengungkapkan bahwa perawatan primer di pusat perawatan kesehatan primer di DTPK tetap kurang, dengan akses yang tidak nyaman ke fasilitas dan kurangnya dokter permanen, apoteker, dan teknisi laboratorium. Dalam hal kegiatan, pusat perawatan kesehatan primer di DTPK telah cukup berhasil dalam berinteraksi dengan komunitas lokal mereka melalui program pencegahan dan promosi sehingga pusat perawatan kesehatan primer menerima dana tambahan untuk melayani peningkatan volume pasien dan kegiatan operasional harian, sangat sedikit yang menggunakan kesempatan ini untuk memperbarui fasilitas.

REFERENCES

- Achdami, M. (2017) *Libatkan Pemda Dalam Pembangunan Puskesmas, Harian Nasional*.
- Afifah, K. (2017) *Hubungan mutu pelayanan kesehatan dengan minat kunjungan ulang pasien di puskesmas Cangkringan Sleman*. Undergraduate Thesis. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
- Alawi, M., Junadi, P. and Latifah, S. N. (2017) 'Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingginya Rujukan Kasus Non Spesialistik Pasien Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Sukabumi Tahun 2015', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(1), pp. 17–23.
- Apriyanto, D. (2015) 'Pengukuran Kinerja Puskesmas Dalam Rangka Peningkatan Layanan Kesehatan Masyarakat', *Jurnal Ilmu Sosial*, 14(2), pp. 46–62.
- Apriyanto, R. H., Kuntjoro, T. and Lazuardi, L. (2013) 'Implementasi Kebijakan Subsidi Pelayanan Kesehatan Dasar terhadap Kualitas Pelayanan Puskesmas di Kota Singkawang', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2(4), pp. 180–188.
- Corputty, L. S., Kusnanto, H. and Lazuardi, L. (2013) 'Dampak Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis Terhadap Kepuasan Pasien Dalam Menerima Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Kota Ambon', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2(2), pp. 95–104.
- Djauhari, M. A. (2010) 'Pengaruh Implementasi Kebijakan Perimbangan Keuangan Terhadap Kualitas Pelayanan Puskesmas: Studi Kasus Kota Banjar Propinsi Jawa Barat', *Sosiohumaniora*, 12(1), pp. 25–38.

- Eninurkhayatun, B., Suryoputro, A. and Fatmasari, E.Y. (2017) 'Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan Rawat Jalan di Puskesmas Duren dan Puskesmas Bergas Kabupaten Semarang Tahun 2017', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(4).
- Firnanda N, Junaid and Jafriati (2017) 'Analisis spasial kejadian penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) pada balita di kelurahan Puwatu tahun 2017', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(7), pp. 1–7.
- Gunawan, I. (2018) *Penyakit ISPA Masih Jadi Penyakit Terbanyak di Wilayah Kecamatan Cikampek, Pojok Jabar*.
- Hardhana, B., Yudianto and Soenardi, T. (2017) *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016, Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta.
- Hasan, A. G. and Adisasmito, W. B. B. (2017) 'Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN Pada FKTP Puskesmas Di Kabupaten Bogor Tahun 2016', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 6(3), pp. 127–137.
- Husain, I. (2006) *Kualitas dan Kuantitas Tenaga Kesehatan Puskesmas, Studi Distribusi Desa-Kota dan Regional Analisis Data SAKERTI2000*.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2018) 'New study: Indonesia faces a “double burden” of persistent communicable diseases and increasing non-communicable diseases', *IHME Measuring What Matters*.
- Juliansyah, E. (2012) 'Efektivitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas', *JIANA (Jurnal Ilmu Administrasi Negara)*, 12(1), pp. 40–50.
- KOMPAK (2017) 'Kondisi Pembiayaan dan Tantangan Sumber Daya Manusia Saat ini di Puskesmas', *Ringkasan Kebijakan*.
- Kurniawan, R. et al. (2018) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta.
- Listiana, N., Suryoputro, A. and Sriatmi, A. (2018) 'Analisis Penyebab Rendahnya Kinerja Organisasi di Puskesmas Candilama Kota Semarang', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal)*, 6(1), pp. 49–56.
- Indonesian Ministry of Health (2014) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta.
- Ministry of Health of the Republic Indonesia (2014a) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta.
- Ministry of Health of the Republic Indonesia (2014b) *Standar Ketenagaan Puskesmas Permenkes75 Tahun 2014*. Jakarta.

- Ministry of Health of the Republic Indonesia (2017a) *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016*, Kementerian Kesehatan RI. doi:10.11607/ijp.4244.
- Ministry of Health of the Republic Indonesia (2017b) *Data Dasar Puskesmas Bengkulu 2016*. Jakarta.
- Data Dasar Puskesmas Bengkulu 2016.pdf. Ministry of Health of the Republic Indonesia (2017c) *Data Dasar Puskesmas NTT 2016*.
- Ministry of Health of the Republic Indonesia (2017d) *Data Dasar Puskesmas Sulawesi Selatan 2016*. Jakarta.
- Ministry of Health of the Republic Indonesia (2018) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta.
- Napirah, M. R., Rahman, A. and Tony, A. (2016) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso', *Jurnal Pengembangan Kota*.
- Nugroho P, Pramono LA and Mihardja L (2015) 'Hypertension and Kidney Dysfunction in Adult Population in Indonesia', *Journal of Hypertension*, 33, p. e43.
- PT Iconesia Solusi Prioritas (2017) *Laporan Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2016*. Surabaya.
- Radito, T. (2014) 'Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Dan Fasilitas Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Puskesmas', *Jurnal Ilmu Manajemen*, 11(2), pp. 1–26.
- Rahmayanti, N. S. and Ariguntar, T. (2017) 'Karakteristik Responden dalam Penggunaan Jaminan Kesehatan Pada Era BPJS di Puskesmas Cisoka Kabupaten Tangerang Januari-Agustus 2015', *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(1), pp. 61–65.
- Ramadhan, A. (2018) *260 Puskesmas berstandarnasional akan dibangun pemerintah.*, *Antara Sumbar*.
- Ramdani, A. H., Setiawati, E. P. and Herawati, D. M. D. (2016) 'Persepsi Dokter Puskesmas di Kota Bandung terhadap Implementasi Sistem Jaminan Kesehatan Nasional', *Jurnal Sistem Kesehatan*, 1(4), pp. 171–178. doi: <https://doi.org/10.24198/jsk.v1i4.12804>.
- Restiyani, P., Fitriyah and Astrika, L. (2013) 'Aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan (Studi Kasus di Kawasan Kampung Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang)', *Journal of Politic and Government Studies*.

- Rizcarachmakurnia, N., Wigati, P. A. and Sriatmi, A. (2017) 'Analisis beban kerja dan kebutuhan tenaga perawat di Puskesmas Poncol Kota Semarang', *Jurnal kesehatan masyarakat*, 5(3), pp. 26–33.
- Sagala, I., Trisnantoro, L. and Padmawati, R. S. (2016) 'The implementation of nhi policy by the public health care providers in the District of Anambas islands', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 5(3), pp. 115–121.
- Suharmiati, Handayani, L. and Kristiana, L. (2012) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Daerah Terpencil Perbatasan Di Kabupaten Sambas (Studi Kasus Puskesmas Sajingan Besar)', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 15(3), pp. 223–231.
- Suharmiati, Laksono, A. D. and Astuti, W. D. (2013) 'Review Kebijakan tentang Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Daerah Terpencil Perbatasan', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(2), pp. 109–116.
- Syarif, M., Wahono, B. and Khoirul ABS, M. (2017) 'Pengaruh mutu pelayanan terhadap tingkat kepuasan pasien (Studi kasus Puskesmas Kecamatan Pragaan Sumenep Jawa Timur)', *Jurnal Ilmu Riset Manajemen*, 6(5), pp. 34–50.
- Utama, W., Lestari, W. and Ikmaluhakim, D. R. (2017) 'Pengukuran Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Puskesmas Dengan Metode Servqual (Studi Kasus: Puskesmas NgagelRejo Surabaya)', in *Proceeding SENDI_U*.
- Vondewi, R. (2010) *Analisa Dan Perancangan Sistem Informasi Puskesmas (Studi Kasus: Puskesmas Rawat Inap Simpang Tiga Pekanbaru)*. Undergraduate Thesis. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau.
- Worldbank (2018) *Program for Results (PforR) Indonesia-Supporting Primary healthcare Reform --I-SPHERE*. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/722581527068052303/Final-Technical-Assessment-Indonesia-Supporting-Primary-Health-Care-Reform-P164277.docx>.