

BAB I

PENDAHULUAN UMUM

1.1. Latar Belakang

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di Asia Tenggara dan menempati peringkat keenam sebagai negara dengan jumlah pulau terbanyak di dunia, yaitu sebanyak 17.504 pulau. Posisi ini berada di bawah Swedia yang memiliki 267.570 pulau, Norwegia dengan 239.057 pulau, Finlandia sebanyak 178.947 pulau, Kanada sekitar 52.455 pulau, dan Amerika Serikat yang memiliki 18.617 pulau (CNBC, 2024).

Indonesia adalah negara maritim yang terdiri dari lebih 17.000 pulau. Sebagian besar penduduk tinggal di pulau-pulau kecil yang tersebar di Indonesia. Daerah pulau terbanyak berada di Papua Barat 4.514 pulau, Kepulauan Riau 2.025 pulau, Sulawesi Tengah 1.572 pulau, Maluku 1.337 pulau, dan Maluku Utara 837 pulau (UNEGN, 2022). Permasalahan kesehatan di daerah kepulauan hingga saat ini masih sering terjadi. Salah satu tantangan utama adalah terbatasnya akses terhadap fasilitas kesehatan yang memadai, keterbatasan air bersih dan minimnya ketersediaan makanan bergizi yang menyebabkan rendahnya status kesehatan masyarakat (Syahriani & Palutturi, 2021). Keterbatasan sarana dan prasarana, baik dari segi jenis, jumlah dan pembiayaan juga menjadi kendala yang semakin memperburuk kondisi Kesehatan di daerah kepulauan (Massie & Kandou, 2013).

Mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan hak seluruh individu, termasuk masyarakat yang tinggal di pulau-pulau kecil (Navarro, 2022). Kehidupan sehari-hari masyarakat yang hidup di pulau-pulau kecil terpapar dengan risiko kesehatan (U.S. Board, 2016). Secara geografis, pelayanan kesehatan di kepulauan masih sulit dijangkau oleh kelompok masyarakat yang berjauhan dengan jumlah penduduk yang sedikit. Masalah yang menjadi prioritas utama pemerintah pada pelayanan kesehatan di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan adalah kurangnya ketersediaan tenaga kesehatan dan peralatan kesehatan (Su'udi, 2022). Distribusi dan terbatasnya infrastruktur di kepulauan dengan mayoritas masyarakat miskin perlu segera diatasi (Afrina, dkk., 2020).

Masih terdapat pulau di gugusan Kecamatan Kepulauan Sangkarrang Kota Makassar yang merupakan Ibu kota Provinsi Sulawesi Selatan yang tidak memiliki fasilitas pelayanan kesehatan sama sekali (Rahmah, 2020). Populasi masyarakat di Kecamatan Kepulauan Sangkarrang setiap tahun terus meningkat, tercatat dari tahun 2018 sebanyak 14.458 hingga tahun 2021 sebanyak 14.521 yang tersebar dan menetap di 11 pemukiman kumuh di Kecamatan Kepulauan Sangkarrang (BPS, 2021). Jika jumlah penduduk tidak diantisipasi maka diperkirakan akan terjadi kepadatan penduduk di suatu wilayah.

Kepadatan penduduk di Kecamatan Kepulauan Sangkarrang tercatat 9.429 jiwa/km², dimana kepadatan penduduk tertinggi berada di kelurahan Barrang Lompo dengan 10.402 jiwa/km² sedangkan kelurahan dengan kepadatan penduduk terendah adalah Kelurahan Barang Caddi yaitu 8.056 jiwa/km². Persebaran penduduk yang tidak merata menyebabkan daya dukung pulau semakin terbatas.

Dalam mengatasi persebaran penduduk yang tidak merata, pemerintah melaksanakan beberapa program seperti transmigrasi ke wilayah yang jarang penduduknya dan pengendalian jumlah penduduk dengan program KB atau penundaan usia menikah (Amri, dkk., 2016).

Tingginya tingkat kepadatan penduduk berpengaruh terhadap permasalahan kualitas, pendapatan, lingkungan dan kesehatan. Kepadatan penduduk merupakan ancaman terbesar masalah lingkungan hidup yang menyebabkan kualitas hidup rendah sehingga rentan terhadap tingginya kasus penyakit menular dan tidak menular. Penyakit tidak menular merupakan isu strategis dalam agenda SDGs 2030 sehingga harus menjadi prioritas pembangunan di setiap negara. 63% penyebab kematian di dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular yang membunuh 36 juta jiwa per tahun (Nildawati, 2020). Pada tahun 2030 diperkirakan terjadi 52 juta kematian akibat penyakit tidak menular (Utami, 2016). Sekitar 80% kematian tersebut terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Nildawati, 2020).

Di Indonesia, penyakit tidak menular merupakan penyebab 73% kematian saat ini (WHO, 2018). Meningkatnya kasus penyakit tidak menular secara signifikan diperkirakan akan menambah beban masyarakat dan pemerintah, karena penanganannya membutuhkan biaya yang besar dan memerlukan teknologi tinggi. Hampir semua jenis penyakit tidak menular merupakan penyakit katastrofik, yang mana sebetulnya bisa dicegah dengan perilaku hidup sehat (BPJS, 2020). Sebanyak 10.801.787 juta orang atau 5,7% peserta JKN mendapat pelayanan untuk penyakit katastrofik dan menghabiskan biaya kesehatan sebesar 14,6 triliun rupiah atau 21,8% dari seluruh biaya pelayanan kesehatan (P2PTM, 2019).

Hipertensi merupakan salah satu jenis penyakit tidak menular yang dikenal dengan istilah *The Silent Killer* karena sering ditemukan tanpa gejala. Hipertensi merupakan penyakit kronis penyebab morbiditas dan mortalitas terbesar di dunia. Penyakit ini membunuh 9,4 juta warga di dunia setiap tahunnya. Berdasarkan data WHO (2021), diperkirakan terdapat 1,28 miliar orang dewasa di seluruh dunia menderita hipertensi (Laurensia, dkk., 2022). Di Asia Tenggara, angka kejadian hipertensi saat ini sebesar 39,9% (Jeemon, et.al., 2021). Di Indonesia, jumlah hipertensi dilaporkan oleh PKM secara teratur sebanyak 22,8 % sedangkan yang tidak teratur atau tidak sebanyak 77,2% (Fitria, dkk., 2022).

Hipertensi menyebabkan penderita melakukan pengeluaran OOP, rata-rata sedang tetapi sering dalam perawatannya (Moucheraud, 2020). Dalam penanganannya, hipertensi membutuhkan perawatan medis seumur hidup yang dapat menyebabkan beban ekonomi mengarah pada pengeluaran kesehatan katastrofik (Agudelo, 2020). Sekitar 11,7% (808 juta) populasi dunia menanggung pengeluaran kesehatan katastrofik (CHE), dan 1,4% (97 juta) orang didorong ke dalam kemiskinan (Wagstaff, dkk., 2018).

Secara global, masyarakat yang berada di negara berpenghasilan rendah dan menengah mengalami kesulitan keuangan karena pengeluaran kesehatan OOP. Seseorang dengan kondisi kesehatan yang sama dapat menghabiskan biaya dengan jumlah yang berbeda, beberapa orang juga tidak menerima semua perawatan kesehatan yang mereka butuhkan dan beberapa juga menerima serta membayar

yang tidak diperlukan. Pengeluaran OOP untuk kesehatan dapat menambah jumlah masyarakat kedalaman kemiskinan (Wagstaff, dkk., 2018).

Perhitungan *World Economic Forum* (WEF) memperkirakan bahwa kerugian ekonomi yang diderita Indonesia akibat penyakit tidak menular sepanjang tahun 2012 hingga 2030 berkisar US\$ 4,4 triliun atau setara Rp. 58.542 triliun, salah satunya untuk perawatan dan pengobatan penyakit hipertensi serta produktivitas yang hilang (Ashari, 2022). Hipertensi meningkatkan risiko penyakit jantung dua kali dan risiko penyakit dengan biaya OOP tertinggi yaitu stroke delapan kali dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami hipertensi (Burhan, dkk., 2020).

Masyarakat yang tinggal dalam gugusan pulau, miskin transportasi dan komunikasi cenderung memiliki derajat kesehatan lebih rendah dibandingkan wilayah perkotaan. Mayoritas (>90%) masyarakat berekonomi rendah tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah tepatnya di pesisir dan kepulauan (Ahmed, 2022). Salah satu kendala masyarakat jarang memeriksakan kesehatannya adalah jarak tempuh dan transportasi untuk sampai ke pulau yang memiliki pelayanan kesehatan. Beberapa masyarakat melewati fasilitas perawatan kesehatan primer untuk mencari perawatan spesialis ke tingkat yang lebih tinggi sehingga mengeluarkan biaya lebih di luar jaminan kesehatan (Hanson, 2022). Mengingat kesehatan global dan beban ekonomi hipertensi yang tinggi, dibutuhkan untuk lebih banyak penelitian yang mengeksplorasi manajemen hemat biaya untuk pasien hipertensi (Adams, 2020).

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi tantangan layanan kesehatan di wilayah kepulauan, khususnya di Kecamatan Kepulauan Sangkarrang, yang menghadapi keterbatasan infrastruktur, tenaga medis, serta akses terhadap layanan kesehatan. Kepadatan penduduk yang tinggi dan kondisi geografis yang sulit dijangkau memperburuk risiko penyakit tidak menular, terutama hipertensi, yang terus meningkat dan menimbulkan beban ekonomi bagi masyarakat dan pemerintah. Diperlukan model layanan kesehatan berbasis faktor risiko untuk merancang strategi pencegahan yang efektif. Penelitian ini akan memantau tren dan pola layanan Kesehatan primer di wilayah kepulauan, mengidentifikasi biaya perawatan penderita hipertensi, dan menggunakan *Interpretative Structural Modeling* (ISM) untuk mengidentifikasi faktor utama beban ekonomi dan risiko penderita hipertensi serta *Structural Equation Modeling* (SEM) untuk menganalisis hubungan antara variabel risiko. Pendekatan ini digunakan untuk mengembangkan model layanan kesehatan yang lebih adaptif dan berbasis data untuk meningkatkan aksesibilitas dan efektivitas intervensi kesehatan di wilayah kepulauan.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

- a) Bagaimana tren dan pola layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan berdasarkan analisis bibliometrik?

- b) Bagaimana *cost of illness* penderita hipertensi di wilayah Kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Kodingareng berdasarkan *indirect cost (independent drug costs, transportation cost, accommodation costs, health supplement costs, Opportunity Cost, accompanying fee, routine maintenance costs, eating costs, Biaya Konsumsi Rokok, Kopi, dll.)*?
- c) Bagaimana biaya tidak langsung (*indirect cost*) dan faktor risiko yang dominan di wilayah kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Kodingareng berdasarkan analisis *Interpretative Structural Modeling (ISM)*?
- d) Bagaimana pengaruh faktor risiko yang paling signifikan terhadap hipertensi di wilayah kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Kodingareng, serta bagaimana hubungan kausal antara faktor-faktor tersebut berdasarkan analisis *Structural Equation Modeling (SEM)*?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model layanan kesehatan primer dan pengendalian hipertensi berbasis faktor risiko dengan mempertimbangkan pengeluaran biaya perawatan di wilayah Kepulauan Sangkarrang.

1.3.2 Tujuan khusus

- a) Menyusun kajian literatur mengenai tren dan pola layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan melalui analisis bibliometrik.
- b) Mengidentifikasi distribusi biaya perawatan dan pengobatan serta proporsi pengeluaran penderita hipertensi di wilayah kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Pulau Kodingareng.
- c) Mengeksplorasi biaya tidak langsung (*indirect cost*) dan faktor risiko yang paling dominan menggunakan analisis *Interpretative Structural Modeling (ISM)* di wilayah kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Kodingareng.
- d) Mengidentifikasi dan mengukur faktor risiko hipertensi yang paling signifikan, serta memahami hubungan kausal antar faktor menggunakan analisis *Structural Equation Modeling (SEM)* di wilayah kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Kodingareng.

1.4. Kegunaan Penelitian

1.4.1. Aspek Teoritis

Penelitian ini memberikan kontribusi penting terhadap pengembangan teori dalam bidang layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan, terutama dalam pengelolaan hipertensi. Dengan menganalisis tren dan pola layanan kesehatan serta distribusi biaya perawatan, khususnya biaya tidak langsung (*indirect cost*) pada penderita hipertensi, penelitian ini memperkaya pemahaman mengenai dinamika kesehatan di daerah terpencil. Selain itu, melalui penerapan metode *Interpretative Structural Modeling (ISM)* dan *Structural Equation Modeling (SEM)*, penelitian ini mengembangkan kerangka teoritis mengenai efisiensi biaya tidak langsung dan

hubungan kausal antara faktor-faktor risiko hipertensi. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan yang lebih komprehensif tentang bagaimana biaya tidak langsung dan faktor risiko saling mempengaruhi dalam pengelolaan hipertensi, serta menyumbangkan teori yang dapat digunakan untuk penelitian lebih lanjut di wilayah serupa.

1.4.2. Aspek Praktis

- a. Pemerintah
Penelitian ini memberikan dasar bagi pemerintah untuk merumuskan kebijakan kesehatan yang lebih efektif, khususnya dalam pengelolaan hipertensi, dengan mempertimbangkan biaya tidak langsung dan faktor risiko. Temuan ini diharapkan membantu merancang program pencegahan berbasis bukti, mengalokasikan anggaran lebih efisien, dan meningkatkan pelayanan kesehatan di daerah terpencil.
- b. Dinas Kesehatan dan Puskesmas
Penelitian ini memberikan informasi penting untuk merancang layanan kesehatan primer yang lebih efektif di wilayah kepulauan, dengan fokus pada biaya tidak langsung dan faktor risiko hipertensi. Temuan ini mendukung kebijakan yang lebih tepat sasaran, meningkatkan efisiensi sumber daya, dan memperkuat pengendalian hipertensi. Selain itu, hasilnya dapat digunakan untuk pengembangan kebijakan kesehatan nasional dan infrastruktur kesehatan digital, seperti telemedicine, untuk mengatasi tantangan geografis.
- c. Masyarakat
Meningkatkan kesadaran Masyarakat khususnya di wilayah kepulauan tentang pentingnya pencegahan dan pengelolaan hipertensi serta pola hidup sehat, dengan memahami dampak biaya tidak langsung dan faktor risiko yang terkait.
- d. Penderita Hipertensi
Penderita hipertensi akan memperoleh manfaat langsung dari penelitian ini dengan pemahaman yang lebih mendalam mengenai biaya tidak langsung dan faktor risiko yang dapat membantu mereka mengelola penyakit lebih efektif. Pengetahuan ini memungkinkan penderita untuk mencegah kondisi mereka menjadi lebih buruk, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi beban biaya perawatan kesehatan di masa depan.

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

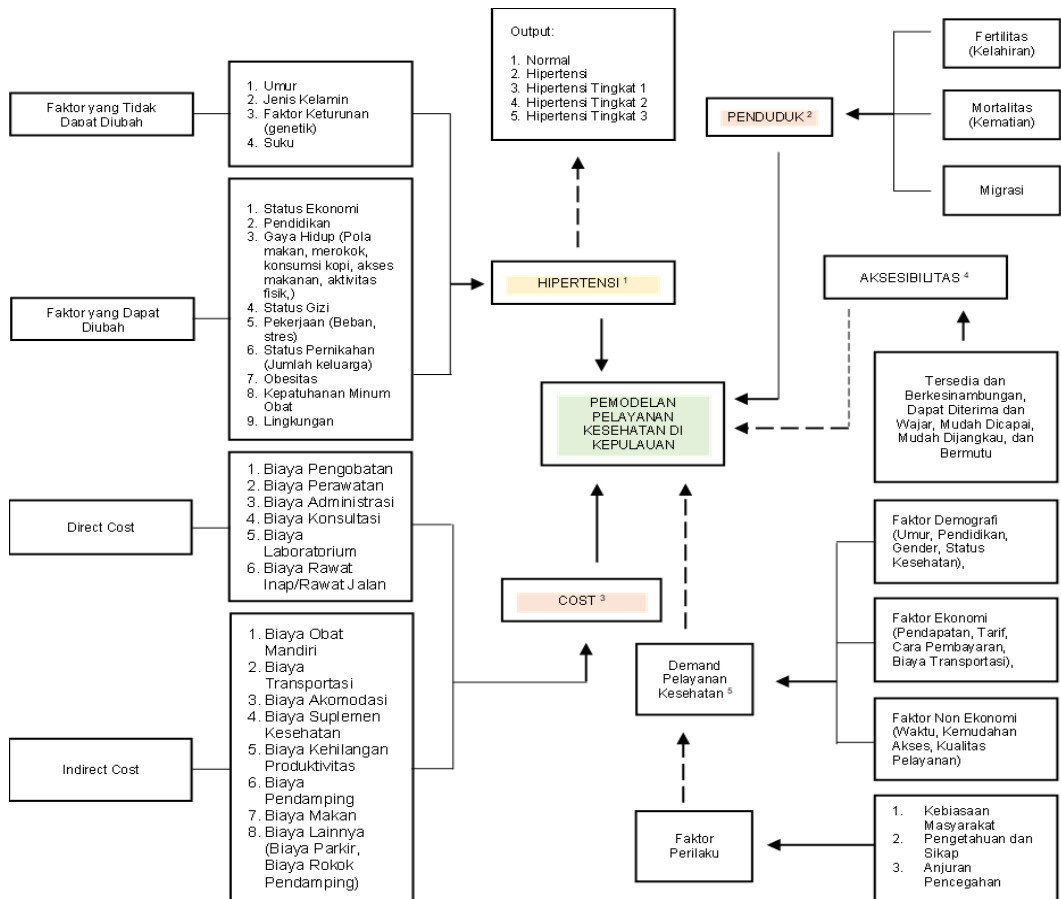
Ruang lingkup penelitian ini mencakup tiga area utama yang saling terkait, yaitu layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan, pembiayaan kesehatan, dan pengendalian hipertensi. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi tren dan pola layanan kesehatan di wilayah kepulauan. Selanjutnya, penelitian ini menganalisis *indirect cost* penderita hipertensi di wilayah kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Kodingareng dengan menggunakan pendekatan *Interpretative Structural Modeling (ISM)* untuk mengeksplorasi efektivitasnya. Setelah itu, penelitian ini juga mengidentifikasi dan mengukur faktor risiko hipertensi yang paling signifikan, serta menganalisis hubungan kausal antar faktor-faktor tersebut melalui *Structural Equation Modeling (SEM)*. Ketiga area ini saling berhubungan dalam memberikan

pemahaman menyeluruh tentang tantangan kesehatan di wilayah kepulauan, serta mengembangkan solusi berbasis kebijakan untuk meningkatkan layanan kesehatan yang lebih baik dan berkelanjutan.

1.6. Kebaruan Penelitian

- a. Studi bibliometrik pertama yang secara khusus memetakan tren, kolaborasi global, dan distribusi penelitian mengenai layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan.
- b. Integrasi metode yang unik (bibliometrik, ISM, dan SEM) dalam satu kerangka analisis, yang belum pernah digunakan sebelumnya dalam konteks layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan.
- c. Pendekatan komprehensif dengan memadukan perspektif pengambil kebijakan dan masyarakat, sehingga mampu mengidentifikasi cost of illness hipertensi sekaligus menyingkap kesenjangan antara kebijakan dan realitas lapangan.
- d. Kontribusi empiris baru dengan menghitung distribusi biaya hipertensi pada masyarakat kepulauan di Indonesia, sesuatu yang belum banyak dieksplorasi.
- e. Temuan baru bahwa ketimpangan akses antar-pulau merupakan faktor kunci yang memperbesar beban biaya hipertensi, serta keterkaitannya dengan penyakit akibat gaya hidup, sebuah sudut pandang yang masih jarang diangkat dalam studi terdahulu.

1.7. Kerangka Teori

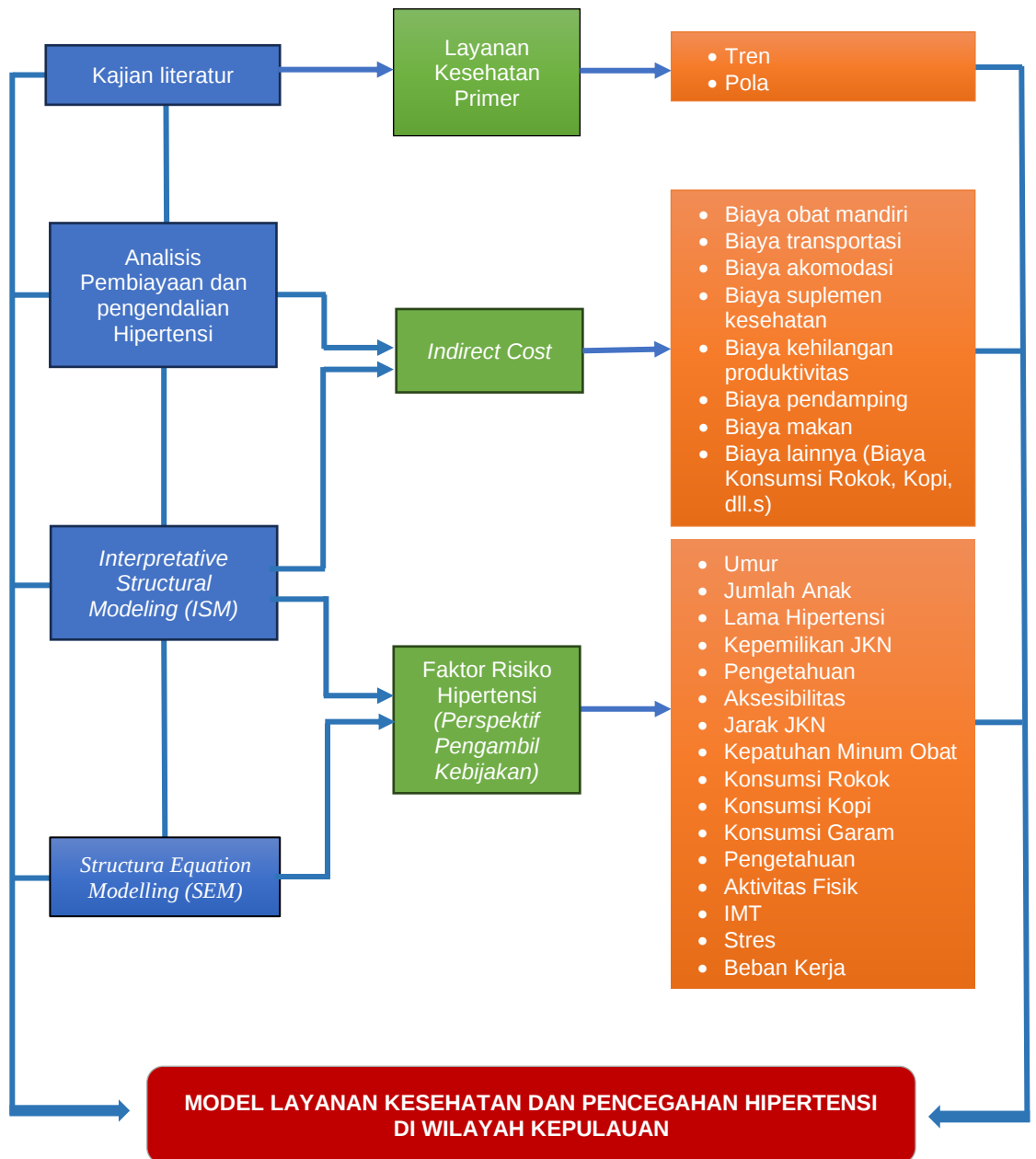


Gambar 1.1.
Kerangka Teori

Sumber:

1. Kannel et. al. (1961) *Modifikasi Risk Factor Theory*
2. Mantra (2003) *Teori Penduduk*
3. Maidin (2004) *Modifikasi Cost Economic*
4. Azwar (2010) *Aksesibilitas*
5. Su'udi (2010) *Demand Pelayanan Kesehatan*

1.8. Kerangka Konsep



Gambar 1.2.
Kerangka Konsep

1.9. Hipotesis

Hipotesis Penelitian Tujuan I:

Analisis bibliometrik terhadap literatur layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan akan mengidentifikasi tren penelitian utama dan pola kolaborasi antar peneliti di wilayah kepulauan.

Hipotesis Penelitian Tujuan II:

Biaya pengobatan dan perawatan hipertensi (*Cost of Illness*) pada penderita hipertensi di wilayah Kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Pulau Kodingareng memiliki variasi signifikan berdasarkan jenis pengeluaran, dengan biaya obat-obatan (*Independent Drug Costs*) sebagai komponen utama yang menyumbang biaya tertinggi, diikuti oleh biaya transportasi, biaya kehilangan produktivitas (*Opportunity Cost*), biaya pendamping (*accompanying fee*), dan biaya pemeliharaan rutin (*routine maintenance costs*).

Hipotesis Penelitian Tujuan III:

Indirect cost dan faktor risiko dapat mempengaruhi pengendalian hipertensi yang lebih efektif di wilayah kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Pulau Kodingareng.

Hipotesis Penelitian Tujuan IV:

Faktor risiko hipertensi yang signifikan di wilayah kepulauan Barrang Lompo, Barrang Caddi, dan Pulau Kodingareng memiliki hubungan kausal yang mempengaruhi prevalensi dan pengendalian hipertensi di wilayah tersebut.

BAB II TOPIK PENELITIAN I

2.1. Abstrak

NUR RAHMAH. Analisis bibliometrik untuk menyusun kajian literatur mengenai tren, dan pola layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan **(dibimbing oleh Amran Razak, Agus Bintara Birawida, Irwandy)**

Latar Belakang: Layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan merupakan komponen krusial dari sistem kesehatan global, namun menghadapi tantangan unik karena isolasi geografis, keterbatasan sumber daya, dan faktor sosial budaya.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara sistematis lanskap penelitian global tentang layanan kesehatan primer di pulau-pulau melalui analisis bibliometrik.

Metode: Pencarian komprehensif dilakukan untuk mengidentifikasi publikasi yang relevan menggunakan Scopus sebagai basis data utama. Analisis kata kunci, jaringan kolaborasi penulis, dan analisis kutipan digunakan untuk mengeksplorasi tren penelitian, pola kolaborasi, serta penulis dan institusi yang berpengaruh.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan peningkatan signifikan dalam output penelitian selama beberapa dekade terakhir, dengan Amerika Serikat, Spanyol, dan Australia sebagai kontributor utama. Tema-tema utama penelitian mencakup akses terhadap perawatan, tenaga kesehatan, manajemen penyakit kronis, dan promosi kesehatan. Jaringan penelitian kolaboratif diidentifikasi, terutama di antara peneliti dari negara pulau dan negara maju. Analisis ini juga menyoroti pentingnya teknologi kesehatan digital dalam mengatasi tantangan layanan kesehatan di pulau-pulau.

Kesimpulan: Penelitian mengenai layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan telah menunjukkan perkembangan konsisten sejak tahun 1972, dengan kontribusi terbesar berasal dari Amerika Serikat, Spanyol, dan Australia. Fokus kajian mengalami pergeseran dari aspek klinis menuju isu yang lebih luas, meliputi sistem kesehatan, kebijakan, serta faktor demografis. Aksesibilitas dan sosial ekonomi tetap menjadi determinan utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan di pulau-pulau, mencerminkan tantangan struktural yang masih berlangsung. Pendekatan *mixed methods* dan penelitian partisipatif diprediksi semakin banyak digunakan untuk menangkap kompleksitas pelayanan kesehatan primer di wilayah kepulauan. Temuan ini memberi gambaran tentang evolusi riset sekaligus menjadi pijakan penting bagi pengembangan kebijakan dan praktik berbasis bukti untuk meningkatkan layanan kesehatan di kawasan kepulauan.

Kata kunci: layanan kesehatan primer; pulau-pulau; sistem kesehatan; lanskap penelitian; analisis bibliometrik.

2.2. Pendahuluan

2.2.1. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan primer merupakan fondasi penting dalam sistem kesehatan yang berperan vital dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat, terutama di wilayah kepulauan (Bazemore et al., 2015). Sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan, perawatan kesehatan primer menjadi kunci dalam mencapai Universal Health Coverage (UHC), namun implementasinya di wilayah kepulauan menghadapi tantangan unik terkait aksesibilitas dan pemerataan layanan (Russell et al., 2013; WHO, 2023). Penelitian tentang perawatan kesehatan primer di wilayah kepulauan telah menunjukkan peningkatan signifikan dalam beberapa dekade terakhir, mencerminkan urgensi global untuk memperkuat sistem kesehatan di daerah terpencil (Gilbert et al., 2019). Karakteristik geografis kepulauan menciptakan tantangan spesifik dalam penyediaan layanan kesehatan, termasuk keterbatasan akses, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, dan kendala logistik dalam penyediaan obat-obatan serta alat kesehatan (Miklos et al., 2011).

Perkembangan teknologi kesehatan dan telemedicine membawa perubahan substansial dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer di wilayah kepulauan (Borgelt et al., 2022). Implementasi solusi digital dalam pelayanan kesehatan primer menunjukkan potensi dalam mengatasi hambatan geografis, meskipun masih terdapat kendala terkait infrastruktur dan literasi digital masyarakat (Craig et al., 2023). Studi yang dilakukan oleh Bradford et al., (2016) di wilayah kepulauan Australia menunjukkan bahwa telemedicine dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan spesialis melalui konsultasi jarak jauh. Kolaborasi internasional dalam penguatan sistem kesehatan primer di wilayah kepulauan semakin meningkat, didorong oleh kebutuhan untuk berbagi pengetahuan dan sumber daya (Reibling et al., 2019). Program-program kemitraan global telah berkontribusi dalam pengembangan model pelayanan kesehatan yang adaptif untuk konteks kepulauan, seperti yang ditunjukkan dalam studi World Health Organization di kawasan Pasifik (WHO, 2018).

Aspek keberlanjutan dalam pelayanan kesehatan primer menjadi fokus penelitian yang semakin penting, terutama terkait pengembangan kapasitas lokal dan pemberdayaan masyarakat (Mabetha et al., 2023; Maceira et al., 2024). Studi di Kepulauan Solomon oleh Hodge et al., (2015) menunjukkan bahwa pendekatan berbasis komunitas dapat meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan program kesehatan primer di pulau-pulau terpencil. Evaluasi kualitas pelayanan kesehatan primer di wilayah kepulauan menghadapi tantangan metodologis tersendiri karena keunikan konteks geografis dan sosial-budaya (Russell et al., 2017). Framework evaluasi yang dikembangkan perlu mempertimbangkan indikator spesifik untuk konteks kepulauan, termasuk aksesibilitas, ketersediaan tenaga kesehatan, dan keberlanjutan layanan (Tham et al., 2011).

Aspek ekonomi kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer di wilayah kepulauan menjadi perhatian khusus mengingat keterbatasan sumber daya dan biaya operasional yang tinggi (Mangoma & Sulistiadi, 2024). Studi

di kepulauan Pasifik menunjukkan bahwa investasi dalam penguatan sistem kesehatan primer dapat menghasilkan dampak ekonomi positif jangka panjang, terutama dalam pencegahan penyakit dan promosi kesehatan (WHO, 2023). Perkembangan penelitian kesehatan primer di wilayah kepulauan mencakup berbagai aspek, mulai dari model pelayanan hingga evaluasi program (Bryar, 2017). Namun, analisis bibliometrik komprehensif tentang tren penelitian di bidang ini masih terbatas. Pemahaman mendalam tentang pola publikasi, kolaborasi penelitian, dan tren tematik dapat memberikan wawasan berharga untuk pengembangan kebijakan dan praktik di masa (Erlinawati, 2024).

Melalui analisis bibliometrik yang dilakukan secara sistematis, studi ini bertujuan mengidentifikasi tren dan pola dalam penelitian tentang pelayanan kesehatan primer di wilayah kepulauan. Studi ini bertujuan mengisi kesenjangan tersebut dengan melakukan analisis bibliometrik sistematis terhadap literatur yang telah dipublikasikan.

2.2.2. Tujuan

2.2.2.1. Tujuan Umum

Menganalisis secara sistematis lanskap penelitian global tentang layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan melalui analisis bibliometrik.

2.2.2.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tren utama dalam penelitian layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan.
- b. Menganalisis pola kolaborasi antar peneliti dalam bidang layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan.

2.2.3. Manfaat

2.2.3.1. Manfaat Teoritis

- a. Pengembangan Teori Layanan Kesehatan: Menambah wawasan tentang layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan, dengan fokus pada tantangan geografis dan kesenjangan penelitian.
- b. Pemahaman Tren: Memperdalam pemahaman tentang pola penelitian dan area yang perlu pengembangan lebih lanjut.

2.2.3.2. Manfaat Praktis

- a. Dinas Kesehatan dan Puskesmas: Membantu merancang kebijakan kesehatan yang lebih efektif, serta meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan melalui teknologi digital.
- b. Kelurahan: Membantu dalam perencanaan program kesehatan yang relevan dan meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat tentang layanan kesehatan.
- c. Masyarakat: Meningkatkan akses ke layanan kesehatan dan kesadaran akan pentingnya pencegahan serta pengelolaan penyakit.

2.2.4. Landasan Teori

2.2.4.1. Definisi Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer atau *primary health care* yang biasa disingkat menjadi PHC yaitu kegiatan pelayanan kesehatan yang memiliki sifat esensial dan juga universal dengan berdasarkan kepada teknologi dan juga metode praktis serta ilmiah guna memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. PHC ini diperkenalkan oleh WHO pertama kali pada tahun 1978. Bentuk pelayanan kesehatan tersebut menjadi salah satu strategi yang dilakukan WHO secara global guna mencapai target dari program WHO yaitu “Kesehatan bagi semua kalangan di tahun 2000.” Tujuan utama dari pengadaan pelayanan kesehatan primer adalah meningkatkan akses individu dan juga keluarga di dalam sebuah lingkungan masyarakat dan komunitas. Pelayanan kesehatan ini harus memiliki kualitas dengan peran yang sangat esensial di lingkungan masyarakat (Hendrawan, et.al., 2021)..

2.2.4.2. Sejarah Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer dideklarasikan oleh Alma Ata di Jenewa, Swiss. *Primary health Care* atau PHC ini diperkenalkan pada kesempatan tersebut sebagai gerbang pertama bagi masyarakat baik individu dan juga keluarga yang mengedepankan sistem pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ini sesuai dengan definisi dari Sistem Kesehatan Nasional di tahun 2009. Pada Sistem Kesehatan Nasional ini menyatakan bahwa upaya guna mencapai pelayanan kesehatan primer adalah dengan melakukan upaya kesehatan yang paling dasar dimana menjadi gerbang utama bagi masyarakat baik itu individu dan kelompok guna mendapatkan pelayanan di bidang kesehatan (Tahir, 2020)

Pelayanan kesehatan ini menjadi proses awal bagi masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan secara langsung dengan didukung fasilitas penunjang lainnya dengan adanya mekanisme timbal balik kepada masyarakat dan juga pelayanan kesehatan tersebut. Pelayanan kesehatan primer di Indonesia tidak hanya dilakukan oleh pemerintah saja. Pihak swasta juga ada yang ikut membangun pelayanan kesehatan primer untuk menyajikan pelayanan di bidang kesehatan tingkat pertama di Indonesia. Pada jajaran pemerintah, pelayanan kesehatan primer ini akan dilaksanakan secara langsung oleh Pusat Kesehatan Masyarakat atau biasa disebut Puskesmas.

Puskesmas menjadi lokasi pelayanan tingkat pertama yang memiliki basis komunitas dengan mengandalkan partisipasi masyarakat guna ikut ke dalam setiap aktifitas dan juga kegiatan penyuluhan serta membantu masyarakat kala berobat ke Pusat Kesehatan Masyarakat tersebut. Pusat Kesehatan Masyarakat seperti Poskesdes hingga Posyandu, menjadi salah satu bentuk pelayanan tingkat pertama yang ada di setiap kecamatan dan juga kelurahan. Puskesmas ini merupakan wujud dari kepedulian pemerintah di dunia kesehatan bagi masyarakat. Sementara bagi pihak swasta, pusat pelayanan kesehatan primer memiliki bentuk seperti klinik kesehatan hingga dokter praktek dan bidan. Pelayanan kesehatan masyarakat dari pihak swasta tidak berbentuk seperti puskesmas dan tidak pula menyertakan masyarakat ke dalam setiap aktifitas ke dalam pelayanan kesehatan primer tersebut.

Melainkan menyediakan klinik kesehatan untuk membantu masyarakat ketika sedang sakit dan yang ingin mengontrol kesehatan (Tahir, 2020).

2.2.4.3. Prinsip Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer memiliki prinsip-prinsip yang sesuai dengan konferensi Alma Ata yang digelar di Jenewa, Swiss. Prinsip tersebut tentu saja diterapkan ke dalam fungsi pelayanan kesehatan guna memberikan pelayanan yang lebih maksimal. Berikut beberapa prinsip pelayanan kesehatan primer tersebut (Ramadhani, 2023):

1. Pemerataan Kesehatan

Pelayanan kesehatan primer memiliki prinsip menekankan kepada masyarakat akan arti pentingnya sebuah akses yang adil dan merata kepada masyarakat baik itu individu ataupun kelompok. Distribusi pelayanan kesehatan ini tentu saja harus diberikan kepada semua masyarakat yang membutuhkan. Pelayanan ini tidak boleh memandang status sosial, demografi, ekonomi hingga ras dan juga budaya dari masyarakat yang datang. Pelayanan kesehatan harus dilakukan secara merata dan juga adil tanpa ada sekat yang menyebabkan pelayanan seolah berpihak.

2. Ditekankan Kepada Upaya Preventif

Sebuah usaha kesehatan yang terdiri dari berbagai macam cara dan upaya pekerjaan serta kegiatan yang ditujukan guna melakukan pemeliharaan serta meningkatkan derajat kesehatan dengan melibatkan peran dari masyarakat. Hal ini tentu saja bertujuan untuk memberikan peningkatan kesehatan dan juga mencegah terjangkitnya penyakit di tengah-tengah masyarakat. Upaya preventif ini memiliki peran penting kepada masyarakat untuk mengenali dan mengetahui apa yang terjadi di lingkungan masyarakat terutama di dunia kesehatan.

3. Teknologi Tepat Guna

Pemanfaatan teknologi tepat guna berfungsi memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di sektor dasar. Teknologi medis yang menyeluruh kepada semua masyarakat ini harus mudah diakses dan juga layak digunakan untuk masyarakat. Teknologi tepat guna ini juga harus disesuaikan dengan budaya dan juga kultur dari masyarakat setempat. Tentu saja hal ini bisa digunakan untuk meningkatkan kepuasan kepada performa dari pelayanan kesehatan di tingkat pertama tersebut.

4. Semangat kemandirian

Pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak akan bisa berjalan dengan baik jika tidak dibarengi dengan dukungan serta partisipasi dari masyarakat. Semangat kemandirian dari komunitas di lingkungan masyarakat menjadi salah satu peran penting guna meningkatkan pelayanan kesehatan primer. Partisipasi masyarakat merupakan sebuah proses dari setiap individu dan juga keluarga yang mempunyai kesadaran untuk bertanggung jawab kepada kesehatan masyarakat itu sendiri dan juga pemeliharaan kesehatan lingkungan. Tanggung jawab kepada kesehatan diri dan lingkungan menjadi salah satu bukti semangat kemandirian guna berkontribusi kepada pembangunan kesehatan.

5. Kerjasama antar sektor

Kerjasama diantara sektor lintas masyarakat menjadi salah satu peran penting di dalam meningkatkan pelayanan kesehatan primer. Kesehatan tentu saja tidak harus diintervensi oleh sektor kesehatan semata. Ada banyak sektor lain yang memiliki peran penting guna membangun pelayanan kesehatan tersebut. Kerjasama antar sektor bisa memberikan keuntungan tersendiri bagi industri pelayanan kesehatan tingkat pertama. Beberapa sektor yang juga mempunyai peran penting guna melakukan promosi kesehatan ini antara lain yaitu sektor pendidikan, pertanian, infrastruktur, komunikasi dan juga pembangunan desa hingga industri organisasi masyarakat, saling bersinergi dan bekerja sama agar memberikan peran yang signifikan.

2.2.4.4. Elemen Dasar Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer atau primary health care memiliki elemen dasar yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan juga komunitasnya. Menurut Martini, ada 8 elemen dasar di pelayanan kesehatan primer yang memiliki peran penting dalam pengaplikasiannya. Berikut elemen- elemen dasar yang ada di dalam pelayanan kesehatan primer tersebut:

1. Pendidikan tentang kesehatan

Pendidikan dan juga pengetahuan mengenai masalah kesehatan dan juga cara pencegahan penyakit menjadi salah satu elemen dasar yang harus diketahui oleh semua para petugas di unit pelayanan kesehatan primer. Dan pengendalian permasalahan kesehatan juga menjadi salah satu hal yang harus diketahui bersama.

2. Peningkatan gizi

Perbaikan gizi menjadi salah satu elemen dasar yang cukup penting di dunia pelayanan kesehatan primer. Perbaikan gizi dan juga penyediaan makanan bagi masyarakat baik secara individu dan juga kelompok, menjadi salah satu hal yang harus diketahui oleh semua elemen di dalam pelayanan kesehatan primer tingkat pertama tersebut. Hal ini menjadi dasar bagi para petugas guna memperbaiki gizi dari masyarakat.

3. Air bersih dan sanitasi dasar

Ketersediaan air bersih di setiap lingkungan masyarakat, menjadi syarat mutlak agar kondisi kesehatan masyarakat bisa terjaga dan juga tidak terkontaminasi virus dan bakteri yang bisa menjadi penyebab menyebarnya penyakit. Sanitasi dasar juga menjadi salah satu elemen penting yang tidak boleh ketinggalan. Sanitasi yang berfungsi untuk membuat kotoran dan juga mengolah serta menyaringnya menjadi air yang sudah bersih, bisa membuat lingkungan sekitar di kalangan masyarakat menjadi lebih bersih dan kesehatan bisa terjaga dengan lengkap.

4. Kesehatan ibu dan anak serta Keluarga Berencana

Anak-anak terutama balita menjadi salah satu aspek yang harus diperhatikan oleh unit pelayanan kesehatan primer. Anak-anak terutama balita rawan untuk terserang penyakit disebabkan imunitas yang belum sempurna. Sehingga unit

pelayanan kesehatan harus memiliki fasilitas untuk para bayi dan balita serta anak-anak yang mengalami sakit.

Keluarga Berencana menjadi salah satu elemen dasar yang juga harus diperhatikan. Keluarga berencana ini direncanakan untuk mengatur kelahiran agar tidak membuat sang ibu harus berjibaku dengan kehamilan dalam jarak yang cukup dekat. Hal ini bisa memberikan dampak yang fatal jika kesehatan sang ibu menurun. Bukan hanya berbahaya bagi sang bayi, namun juga berbahaya untuk sang ibu.

5. Imunisasi

Agenda imunisasi bulanan dan tahunan menjadi agenda yang tidak boleh terlewatkan. Pasalnya dengan imunisasi, anak-anak dan balita akan mendapatkan vaksin untuk memperkuat imun tubuh menghadapi serangan virus yang sekarang ini cukup banyak tersebar di lingkungan masyarakat. Agenda imunisasi menjadi salah satu agenda penyuluhan berkala yang dilakukan oleh unit pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama yang terus dilakukan kepada masyarakat. Tentu saja hal ini untuk memberikan informasi dan pengetahuan kepada khalayak ramai.

6. Pengendalian Endemi

Endemi adalah sebuah peristiwa luar biasa dimana tersebarnya virus di suatu daerah. Dikatakan endemi karena sifatnya hanya di daerah-daerah tertentu. Berbeda dengan pandemi yang sifatnya lebih general dan luas. Pelayanan kesehatan primer memiliki elemen dasar mengatasi pengendalian dan juga pencegahan endemi. Imunisasi dan vaksinasi menjadi salah satu agenda pencegahan serta pengendalian endemi yang merebak serta menyebar di lingkungan masyarakat.

7. Pengobatan penyakit dan ruda paksa

Pelayanan kesehatan primer memiliki elemen dasar lainnya yaitu pemberian pengobatan bagi penyakit umum, melayani konsultasi dan memberikan obat untuk penyakit umum. Bukan hanya penyakit umum saja, kejadian ruda paksa bisa juga diterima di unit pelayanan kesehatan primer. Pengobatan juga dilakukan di pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi para korban dari ruda paksa.

8. Penyediaan obat esensial

Pelayanan kesehatan primer atau primary health care juga menyediakan obat-obat esensial yang digunakan untuk menangani kasus pasien dari masyarakat yang membutuhkan pengobatan esensial. Dengan ketersediaan obat, maka masyarakat bisa tertangani dengan cepat dan juga ekstra kilat.

2.2.4.5. Tujuan Pelayanan Kesehatan Primer

1. Tujuan Umum Pelayanan Kesehatan Primer

Tujuan umum dari pelayanan kesehatan primer adalah menemukan kebutuhan masyarakat di sektor pelayanan kesehatan yang digelar oleh pemerintah. PHC tentu saja bertujuan untuk mencapai tingkat kepuasan di dalam masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan primer atau tingkat pertama. Peningkatan kesehatan masyarakat bisa terjadi jika pelayanan kesehatan primer tersebar dengan merata. Pelayanan kesehatan primer bukan hanya mengobati semata, namun melakukan penyuluhan yang harus disesuaikan dengan kondisi demografi Indonesia (Tahir, 2020).

2. Tujuan Khusus Pelayanan Kesehatan Primer

a. Pelayanan Merata

Tujuan khusus dari pelayanan kesehatan primer ini adalah dengan meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata di seluruh lapisan masyarakat. Pelayanan kesehatan ini harus mencapai semua aspek dan juga sisi di lingkungan masyarakat. Baik di daerah hingga ke area terpencil. Pelayanan kesehatan primer harus mencakup ke semua masyarakat, baik daerah, usia, tingkat ekonomi hingga status sosial.

b. Pelayanan harus diterima oleh masyarakat

Di setiap daerah memiliki karakteristik masyarakat yang berbeda. Hal ini menjadi perhatian pemerintah ketika meningkatkan pelayanan kesehatan primer di tengah-tengah masyarakat. Pelayanan kesehatan primer harus disesuaikan dengan kondisi dan karakteristik masyarakat yang ada di tempat dan lokasi pelayanan kesehatan primer tersebut. Sisi demografi seperti usia, agama, suku, hingga sektor ekonomi menjadi salah satu perhatian dari sektor pelayanan kesehatan primer dari pemerintah tersebut.

c. Pelayanan berdasarkan kebutuhan medis

Pelayanan kesehatan masyarakat di tingkat pertama harus sesuai dengan kebutuhan medis dari populasi yang ada di lingkungan masyarakat tersebut. Hal ini harus dicek berdasarkan sisi demografi tempat pelayanan kesehatan primer tersebut. Pemberian pelayanan medis harus berdasarkan dari kebutuhan penyakit yang diderita oleh pasien. Penyuluhan kesehatan yang masuk ke dalam sektor promotif dari pelayanan kesehatan, juga didasarkan dengan rata-rata masyarakat yang ada di lingkungan tempat pelayanan kesehatan primer tersebut.

d. Pelayanan dengan tenaga medis maksimal

Pelayanan kesehatan primer harus memanfaatkan secara maksimal tenaga dan sumber daya medis lainnya. Pemanfaatan tenaga medis dan fasilitas medis lainnya seperti obat hingga alat kesehatan yang tersedia di pusat kesehatan primer tersebut harus selaras dengan target dari pelayanan kesehatan primer dalam melayani masyarakat.

2.2.4.6. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer atau primary health care memiliki ruang lingkup yang bertugas meningkatkan kesehatan masyarakat. Berikut ruang lingkup dari pelayanan kesehatan tersebut (Anshari, 2023):

1. Penyuluhan edukasi kesehatan

Penyuluhan informatif kepada masyarakat menjadi salah satu pendidikanserta ilmu pengetahuan kepada masyarakat mengenai masalah kesehatan di lingkungan mereka. Selain itu informasi mengenai wabah penyakit di lingkungan tempat tinggal masyarakat menjadi perhatian penting bukan hanya bagi para petugas di unit pelayanan kesehatan primer saja. Namun, masyarakat juga bisa waspada kepada penyakit dan wabah yang sedang melanda di kawasan mereka.

2. Kesejahteraan kesehatan

Peningkatan kesejahteraan kesehatan masyarakat bukan hanya mencakup obat dan fasilitas alat kesehatan semata. Namun, pelayanan dengan pemberian gizi berupa makanan, suplemen hingga minuman bergizi, menjadi perhatian dari pelayanan kesehatan tersebut.

3. Kesehatan untuk para ibu hamil

Ibu hamil menjadi perhatian penting bagi pelayanan kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah. Berbagai macam program pemerintah untuk menekan angka kematian ibu hamil sudah dilakukan. Hal ini tetap menjadi ruang lingkup utama di sektor pelayanan kesehatan primer.

4. Program Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan salah satu program dari pemerintah untuk mengatur angka kelahiran serta mencegah meningkatnya angka kematian ibu hamil. Pengorganisasian serta pengaturan jarak kehamilan menjadi salah satu program Keluarga Berencana yang terus dicanangkan oleh pemerintah. Ruang lingkup di sektor Keluarga Berencana untuk pelayanan kesehatan primer ini yaitu penyuluhan dan promotif kesehatan kepada masyarakat untuk mengetahui pentingnya perencanaan kehamilan.

5. Pelaksanaan Vaksinasi dan imunisasi

Pelaksanaan imunisasi menjadi salah satu agenda tiap tahun dan juga agenda rutin dari pemerintah kepada masyarakat. Dengan adanya pelaksanaan imunisasi, masyarakat bisa meningkatkan kesejahteraan kesehatan anak-anak dan balita lebih baik. Selain itu agenda vaksinasi terutama bagi vaksin-vaksin baru seperti vaksin Covid 19, juga menjadi agenda rutin yang dicanangkan pemerintah melalui pelayanan kesehatan masyarakat di tingkat pertama agar vaksinasi berjalan lancar dan merata ke berbagai aspek masyarakat.

6. Pengendalian Pandemi

Pandemi yang melanda dunia dan juga Indonesia membuat sebuah peristiwa yang menghebohkan. Pandemi masuk dalam situasi luar biasa yang menjadi perhatian pemerintah dan juga organisasi dunia. Pelayanan kesehatan masyarakat di tingkat pertama memiliki peran untuk mengendalikan pandemi tersebut agar virus tidak tersebar dengan cepat di lingkungan masyarakat.

2.2.4.7. Tantangan Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer memiliki peran dan manfaat yang cukup penting. Tantangan utama dari pelayanan kesehatan primer tentu saja mengenai distribusi dan juga penyakit komorbid yang tersebar di kalangan masyarakat yang cukup sering terlewat saat melakukan diagnosa. Tantangan lainnya adalah mempertahankan kualitas dan juga karakter dari pelayanan kesehatan primer. Mampu memberikan serta menyajikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan progresif agar masyarakat bisa mendapatkan pelayanan dengan maksimal. Pelayanan kesehatan primer juga harus mencapai dan menjaga kondisi kesehatan di lingkungan masyarakat agar pelayanan tetap terjaga. Menjaga kondisi kesehatan masyarakat bukan hanya untuk golongan menengah ke atas saja. Namun, semua aspek masyarakat harus tercakup di dalam pelayanan tersebut. Termasuk daerah

perkotaan atau urban hingga di kawasan pedesaan. Distribusi pelayanan kesehatan primer di sektor kuantitas, kualitas pelayanan serta penyebaran sumber daya manusia seperti petugas kesehatan, tenaga medis hingga dokter harus merata dan adil agar indikator equity dalam pelayanan kesehatan tetap terjaga (Anshari, 2023).

2.2.4.8. Kondisi Permasalahan Pelayanan Kesehatan Primer

Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer adalah transformasi Dinas Bina Upaya Kesehatan Dasar yang mulai beroperasi sejak tahun 2016. Dinas ini bertujuan untuk memperkuat sistem dari pelayanan kesehatan primer yang dibagi kedalam 3 subdit yang mempunyai peran masing-masing. Ketiga subdit tersebut yaitu Subdit Pusat Kesehatan Masyarakat, Subdit Klinik dan Subdit Praktik Perorangan yang didukung oleh Subdit Tata Usaha. Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer memiliki wewenang untuk melaksanakan pembangunan di sektor pelayanan kesehatan tingkat pertama atau primer. Tantangan strategis yang dihadapi adalah sebagai berikut (Anshari, 2023):

1. Manajemen Kesehatan

Perencanaan dan konsep mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan primer harus terintegrasi dengan semua lintas sektor hingga lintas program kerja agar terlaksana dengan baik. Program kerja yang strategis harus dimiliki oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer selaku pemangku kebijakan dan pelaksana di lapangan. Integrasi perencanaan harus dikonsepsi dan diatur agar lebih optimal.

2. Jaminan Kesehatan Nasional

Salah satu tantangan dalam pengelolaan jaminan kesehatan nasional adalah bagaimana BPJS kesehatan dan ketenagakerjaan tetap memberikan layanan jaminan sosial kesehatan secara komprehensif dan responsif. Penyelenggara jaminan sosial juga dituntut mampu beradaptasi di tengah berbagai perubahan yang cepat. Fasilitas kesehatan tingkat pertamapun harus dipantau dalam melayani masyarakat. Pelayanan program promotif dan preventif harus berjalan optimal dan dimanfaatkan masyarakat dengan baik.

3. Fokus kepada semua pelayanan

Pelayanan kesehatan primer harus memfokuskan diri kepada pelayanan kuratif, membuat semua aspek layanan menjadi tidak terprogram dengan baik. Oleh sebab itu kegiatan dan program promotif dan juga preventif di semua aspek yang terbatas.

4. Kolaborasi dengan teknologi

Kemajuan di bidang teknologi tentu harus dimanfaatkan dengan baik dalam membangun layanan kesehatan di tingkat pertama. Kemajuan teknologi tentu akan mempermudah proses pendataan kesehatan di semua aspek di seluruh Indonesia. Data tersebut mampu digunakan sebagai monitoring serta evaluasi dari pelayanan kesehatan primer.

5. Optimalisasi SDM

Tantangan yang harus dihadapi oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer adalah mengoptimalkan sumber daya manusia yang bekerja di pelayanan kesehatan primer hingga tingkat lanjut. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di sektor ini masih berada di bawah standar. Begitupun dengan distribusi SDM yang

tidak merata hingga ke daerah-daerah pelosok. Praktis Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer harus memperhatikan optimalisasi sumber daya manusia agar distribusi SDM akan lebih merata dan kualitas yang disajikan jauh lebih baik.

6. Sinkronisasi Kebijakan

Kebijakan antara pemerintah pusat dan daerah terkadang tidak sinkron dan memiliki pemahaman yang berbeda. Praktis Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer harus melakukan sinkronisasi kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah. Hal ini agar masyarakat tidak berada dalam kebimbangan terhadap peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah.

7. Mengatur alokasi anggaran

Alokasi anggaran dari pemerintah pusat di dalam sektor kesehatan, harus dimaksimalkan oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer untuk lebih efisien dan juga efektif serta kecermatan guna menetapkan prioritas anggaran kepada kegiatan yang memiliki daya yang cukup besar.

8. Persaingan global

Sekarang ini persaingan global juga melanda di sektor kesehatan. Hal ini harus disikapi oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer untuk menunjukkan komitmennya guna bersaing secara global dalam hal kualitas dan juga kompetensi di sektor sumber daya manusia. Dan juga update mengenai ilmu pengetahuan juga harus lebih baik.

9. Pemberdayaan Masyarakat

Pelayanan kesehatan primer tentu berhubungan erat dengan masyarakat. Salah satu tantangan dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer adalah memberdayakan masyarakat untuk mendukung pelayanan dan juga pelaksanaan kesehatan.

10. Desentralisasi

Kebijakan pemerintah tentang desentralisasi tentu saja membuat perubahan yang signifikan di dalam sistem pemerintah di provinsi dan Kabupaten atau Kota. Pemerintah pusat memiliki tanggung jawab guna menetapkan kebijakan serta peraturan yang dilaksanakan sepenuhnya kepada pemerintah daerah. Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer harus lebih tepat dalam menerapkan peraturan dan program pemerintah pusat.

11. Fasilitas kesehatan

Fasilitas kesehatan menjadi salah satu tantangan bagi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer. Fasilitas yang masih terbatas hingga mengakibatkan pelayanan yang kurang maksimal, tentu membuat pelayanan kesehatan tingkat pertama kurang optimal dalam melayani kesehatan masyarakat.

12. Akses yang lebih luas

Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer memiliki tantangan untuk menyediakan akses yang lebih luas dengan kondisi demografi yang beragam serta kondisi iklim serta geografi yang berbeda-beda. Tidak bisa dipungkiri bahwa pendekatan di setiap daerah berbeda-beda. Hal ini harus menjadi perhatian dari pelayanan kesehatan tingkat pertama.

13. Demografi

Salah satu tantangan yang lebih besar yaitu demografi yang ada di Indonesia. Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer memiliki tantangan demografi Indonesia yang sekarang ini memiliki penduduk di usia produktif yang jauh lebih tinggi jika dibandingkan usia lansia dan juga usia muda yang termasuk ke dalam non produktif. Sumber daya manusia yang berkualitas dan juga kompeten tentu harus dimiliki oleh unit pelayanan kesehatan primer untuk melayani masyarakat di segala usia, aspek dan juga demografi tersebut.

2.2.4.9. Pusat Kesehatan Masyarakat

Unit pelayanan kesehatan primer atau tingkat pertama yang ada di Indonesia adalah Pusat Kesehatan Masyarakat atau biasa disingkat dan disebut sebagai Puskesmas. Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014 mengenai Pusat Kesehatan Masyarakat, bahwa Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan di lingkungan masyarakat yang memiliki fungsi untuk melakukan upaya guna menjaga kesehatan di lingkungan masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat memiliki fungsi promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang cukup tinggi di sekitar wilayah kerja mereka. Fasilitas ini menjadi salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat dan lingkungan dengan tolak ukur dari pembangunan kesehatan hingga sarana dan juga peran serta di dalam masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat menjadi fasilitas yang menyeluruh di sebuah wilayah.

Berdasarkan Keputusan Kementerian Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 yang mengatur mengenai Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat yang berfungsi sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kota dan Kabupaten atau UPTD, Pusat Kesehatan Masyarakat memiliki peran untuk melakukan tugas operasional dinas kesehatan di tingkat kotamadya atau kabupaten. Pusat Kesehatan Masyarakat menjadi menjadi garda terdepan dan ujung tombak untuk melakukan pembangunan kesehatan di Indonesia. Pelaksanaan upaya kesehatan tersebut menjadi salah satu wujud pembangunan kesehatan dengan tujuan meningkatkan kesadaran dan juga kemampuan hidup sehat bagi masyarakat di sekitar Puskesmas.

Menurut Keputusan Kementerian Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 mengenai Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Pusat Kesehatan Masyarakat memiliki fungsi lain yaitu sebagai pelaksana dan pelaku teknis primary health care atau Pelayanan Kesehatan Primer yang sekarang ini sudah tersebar di semua kabupaten hingga kotamadya di seluruh tanah air. Pusat Kesehatan Masyarakat ini didirikan dengan tujuan guna memberikan pelayanan kepada masyarakat mengenai kesehatan dasar dan menyeluruh, paripurna dan juga terpadu bagi semua penduduk di sekitar wilayah administrasi Pusat Kesehatan Masyarakat tersebut. Dan Puskesmas menjadi program dari pemerintah untuk mewujudkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

2.2.4.10. Upaya Kesehatan Masyarakat

Dalam melakukan upaya kesehatan masyarakat, baik individu dan juga masyarakat atau komunitas masyarakat yang ditinjau di dalam sistem kesehatan nasional yang menjadi prioritas kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan Puskesmas dibagi menjadi dua, yaitu (Ramadhani, 2023):

1. Upaya Kesehatan Wajib

Upaya kesehatan wajib merupakan upaya yang sudah ditentukan berdasarkan komitmen yang diajukan secara nasional, global dan juga regional. Upaya wajib ini memiliki daya ungkit guna meningkatkan derajat kesehatan di tengah masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini meliputi program yang disebut basic six. Program basic six ini terdiri dari:

a. Promosi kesehatan

Promosi kesehatan dilakukan di dalam dan juga luar Puskesmas. Dalam hal ini, Pusat Kesehatan Masyarakat melakukan penyuluhan dan juga memberikan informasi mengenai program-program kesehatan yang dicanangkan pemerintah.

b. Kesehatan Lingkungan

Kesehatan di lingkungan masyarakat harus menjadi perhatian utama dari para petugas di Pusat Kesehatan Masyarakat. Dengan memperhatikan kesehatan lingkungan di sekitar wilayah Puskesmas, maka kesehatan masyarakat juga bisa terjaga dengan baik.

c. Kesehatan ibu dan anak

Ibu dan anak menjadi salah satu unsur masyarakat yang menjadi perhatian oleh Puskesmas. Komunitas di dalam masyarakat juga turut serta memperhatikan dan melakukan penyuluhan kepada masyarakat setempat mengenai kesehatan ibu dan anak dengan rutin melakukan imunisasi secara berkala.

d. Perbaikan Gizi Masyarakat

Penyuluhan dan promosi mengenai gizi di tengah-tengah masyarakat menjadi salah satu upaya kesehatan wajib guna meningkatkan gizi dan juga menurunkan resiko stunting bagi anak-anak balita. Dengan rutin melakukan penyuluhan serta memberikan informasi gizi dan pembagian makanan yang memiliki nutrisi sesuai dengan program pemerintah, memperbaiki gizi masyarakat.

e. Pencegahan Penyakit Menular

Pusat Kesehatan Masyarakat memiliki salah satu upaya wajib untuk mencegah penyakit menular beredar di kalangan masyarakat. Di tengah pandemi, Pusat Kesehatan Masyarakat memiliki peran penting untuk membuat lingkungan masyarakat aman dan penyakit menular tidak menyebar.

f. Pengobatan

Salah satu upaya wajib Pusat Kesehatan Masyarakat yaitu melakukan pengobatan kepada masyarakat yang menderita penyakit tertentu dan juga umum.

2. Upaya Kesehatan Pengembangan

Selain upaya wajib, Pusat Kesehatan Masyarakat memiliki upaya kesehatan pengembangan yang merupakan sebuah upaya yang sudah ditetapkan berdasarkan kondisi kesehatan dan permasalahannya di sekitar lingkungan masyarakat. Dan

kondisi ini disesuaikan dengan kemampuan dari Pusat Kesehatan Masyarakat di sekitar lingkungan tersebut. Upaya kesehatan pengembangan ini terdiri dari:

a. Upaya Kesehatan Sekolah

Sebuah program pemerintah yang diperuntukkan untuk meningkatkan pelayanan di sektor kesehatan yang terdiri dari peningkatan pelayanan, pendidikan dan juga kesehatan. Pembinaan lingkungan sehat dan juga kemampuan hidup sehat bagi warganya.

b. Upaya Kesehatan Olahraga

Sebuah upaya yang berupa kegiatan fisik dan juga raga yang difungsikan guna meningkatkan kesehatan masyarakat. Aktivitas fisik dan atau olahraga tersebut menjadi sebagian kebutuhan pokok yang ada di dalam kehidupan di sekitar masyarakat. Dan tentu saja Puskesmas menjadi alat utama untuk mendorong masyarakat melakukan kegiatan olahraga tersebut.

c. Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat

Salah satu upaya dan usaha yang dilakukan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat dengan pelayanan yang profesional dan terintegrasi dengan pelayanan kesejukan yang ada di Pelayanan Kesehatan Primer tingkat pertama, Puskesmas. Dan pelayanan ini dilakukan oleh para perawat Puskesmas yang memiliki tugas guna menyajikan pelayanan keperawatan kepada masyarakat.

d. Upaya Kesehatan Kerja guna

Upaya kesehatan kerja ini memiliki tujuan melindungi para pekerja untuk tetap hidup sehat dan juga lepas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk dari pekerjaan yang dimiliki. Dan upaya ini mencakup ke semua pekerja. Baik itu dari sisi formal dan juga informal.

e. Upaya Kesehatan Gigi dan mulut

Upaya kesehatan untuk melindungi gigi dan mulut masyarakat baik individu dan juga komunitas. Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan oleh para petgas tenaga medis di Puskesmas, menjadi salah satu langkah guna meningkatkan kesehatan di lingkungan masyarakat.

f. Upaya Kesehatan Jiwa

Upaya kesehatan jiwa menjadi salah satu agenda dan kegiatan guna meningkatkan derajat di sektor kesehatan jiwa di lingkungan masyarakat agar lebih optimal. Dan pendekatan promotif, preventif hingga kuratif serta menyajikan rehabilitasi yang diadakan oleh semua elemen pemerintah yang harus memiliki kesinambungan.

g. Upaya Kesehatan mata

Peningkatan kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat mencakup semua hal dan aspek. Salah satunya adalah mata. Upaya kesehatan mata ini menjadi salah satu upaya dari Pusat Kesehatan Masyarakat untuk menjaga kesehatan mata di lingkungan masyarakat dengan melakukan agenda rutin seperti pemeriksaan mata masyarakat hingga penyuluhan.

h. Upaya Kesehatan Usia Lanjut

Pusat Kesehatan Masyarakat harus melakukan upaya kepada para masyarakat yang termasuk ke dalam kategori usia lanjut dengan melakukan promotif dan penyuluhan mengenai menjaga kondisi badan, fisik hingga mental health di usia lanjut. Sehingga tidak menimbulkan penyakit yang muncul akibat kurang memperhatikan kondisi badan.

i. Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

Suatu upaya pengobatan dan juga perawatan yang menggunakan cara serta obat dengan mengacu kepada keterampilan yang sudah diwariskan secara turun temurun dan tentu saja bisa dipertanggung jawabkan serta bisa diterapkan di lingkungan masyarakat dan mengacu kepada norma di wilayah setempat. Upaya Kesehatan Wajib dan juga Upaya Kesehatan Pengembangan menjadi sebuah usaha dan juga upaya yang dilakukan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat yang masuk ke dalam kategori pelayanan kesehatan primer dan tingkat satu ini di tengah-tengah masyarakat. Dan Pusat Kesehatan Masyarakat ini memiliki prinsip pengoperasian yang terpadu.

2.3. Metodologi Penelitian

2.3.1. Start

Proses penulisan artikel bibliometrik ini dimulai dengan menentukan kata kunci yang akan digunakan dalam pencarian di platform Scopus. Kata kunci yang dipilih adalah "Primary Health Care" and "Islands".

2.3.2. Mining Data Via Scopus

Data publikasi dikumpulkan dari basis data Scopus dengan menggunakan kombinasi kata kunci (TITLE-ABS-KEY ("Primary Health Care") AND TITLE-ABS-KEY ("Islands")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE , "j") OR LIMIT-TO (SRCTYPE , "p")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "cp")) sebagai Advance query. Tipe dokumen dibatasi hanya pada jenis artikel, review dan conference paper

2.3.3. Record Identified

Seluruh dokumen yang teridentifikasi dari hasil pencarian tersebut dicatat dan direkam dengan baik dalam aplikasi excel.

2.3.4. Purgeting Data

Sebelum dianalisis lebih lanjut, data yang telah dikumpulkan terlebih dahulu dibersihkan dan disaring menggunakan perangkat lunak openrefine versi 3.8.2 untuk memastikan kualitas dan relevansi data yang akan digunakan.

2.3.5. Result

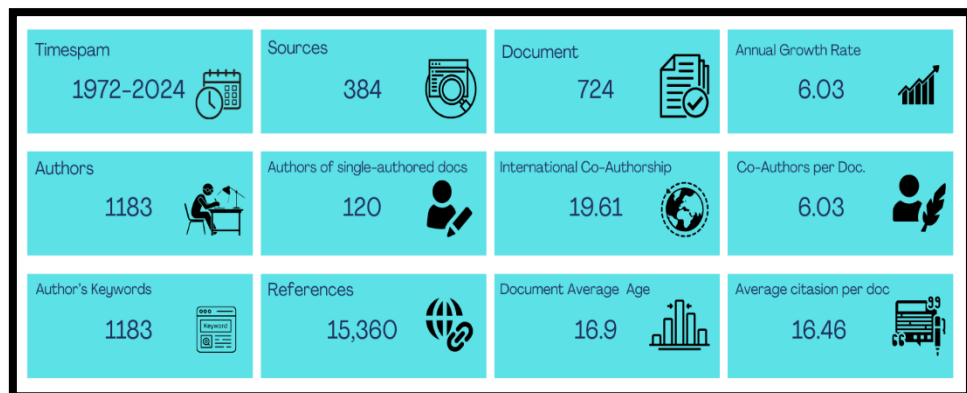
Data yang diperoleh kemudian disajikan secara visual menggunakan perangkat lunak seperti Tableau versi 2024.2, Vos Viewer 1.6.20, dan R studio 2024.4.1 untuk membantu analisis dan interpretasi data.

2.3.6. Finish

Tahap akhir dari penelitian ini adalah memperoleh hasil artikel yaitu "Lanskap Penelitian Kesehatan Primer di Wilayah Kepulauan" yang mengeksplorasi hasil penelitian yang berkaitan dengan penelitian tentang Kesehatan Primer Pada Wilayah Kepulauan.

2.4. Hasil dan Pembahasan

2.4.1. Informasi Umum



Gambar 2.1.

Infografis Perkembangan Penelitian Layanan Kesehatan Primer
Di Wilayah Kepulauan 1972-2024

Penelitian mengenai layanan kesehatan primer di kawasan kepulauan telah terdokumentasi sejak tahun 1972 sampai 2024. Selama rentang waktu tersebut, tercatat sebanyak 724 artikel ilmiah yang dipublikasikan melalui 384 outlet penelitian berbeda. Analisis statistik mengungkapkan dinamika pertumbuhan yang menarik, dengan peningkatan tahunan sebesar 6.03%. Artikel ilmiah dalam bidang ini memiliki rata-rata usia 16.9 tahun, dengan setiap publikasi rata-rata disitasi sebanyak 16.46 kali. Hasil analisis ini mengindikasikan keberlanjutan dan relevansi studi kesehatan kepulauan.

Pola kerja sama antar peneliti menunjukkan pola yang menarik, di mana setiap publikasi rata-rata melibatkan 6 kontributor. Terdapat 148 artikel yang dihasilkan ditulis dengan satu penulis. Dari keseluruhan publikasi, hampir seperlima (19.61%) merupakan hasil kerja sama lintas negara, menunjukkan adanya jejaring penelitian global yang aktif. Dari total 3,784 penulis, 120 di antaranya adalah penulis tunggal, mengindikasikan dominasi karya kolaboratif.

Mayoritas publikasi berbentuk artikel (667), diikuti artikel review (46) dan makalah konferensi (11), menunjukkan preferensi yang kuat untuk publikasi dalam bentuk artikel jurnal. Jumlah kata kunci yang substansial (Keywords Plus: 4,362; Author's Keywords: 1,183) mencerminkan keragaman topik dan pendekatan dalam penelitian perawatan kesehatan primer di wilayah kepulauan.

2.4.2. Tren

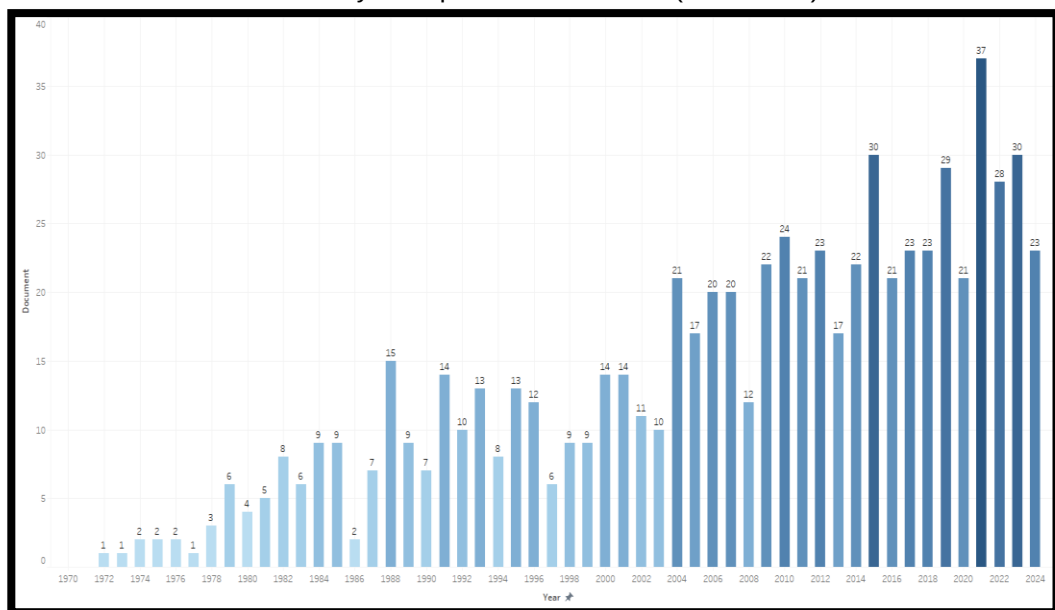
2.4.2.1. Perkembangan Publikasi Tiap Tahun

Hasil analisis bibliometrik mengungkapkan adanya perkembangan signifikan dalam jumlah publikasi sejak tahun 1972. Terjadi peningkatan publikasi artikel ilmiah terlihat jelas memasuki era tahun 2000, dengan lonjakan pertumbuhan yang semakin tinggi hingga tahun 2024. Fase inisiasi penelitian (1972-1980) ditandai dengan produktivitas yang masih terbatas, di mana setiap tahunnya hanya menghasilkan 2-3 artikel ilmiah. Hal ini mencerminkan masa pembentukan awal kajian kesehatan di wilayah kepulauan, saat kerangka konseptual dan metodologis masih dalam tahap pengembangan.

Era 1981-2000 menjadi titik balik dalam perkembangan kajian ini. Selama dua dekade tersebut, terjadi peningkatan signifikan dalam produktivitas penelitian, dengan variasi output tahunan berkisar antara 6 hingga 15 karya ilmiah. Periode ini menandai fase kerjasama dan penguatan fondasi penelitian kesehatan kepulauan.

Lonjakan signifikan terjadi sejak tahun 2000, dengan puncak tertinggi pada tahun 2021 (37 publikasi), 2015 (30 publikasi), dan 2023 (30 publikasi). Tren ini mengindikasikan meningkatnya perhatian global terhadap isu kesehatan di wilayah kepulauan, didukung oleh peningkatan kolaborasi internasional dan pendanaan penelitian.

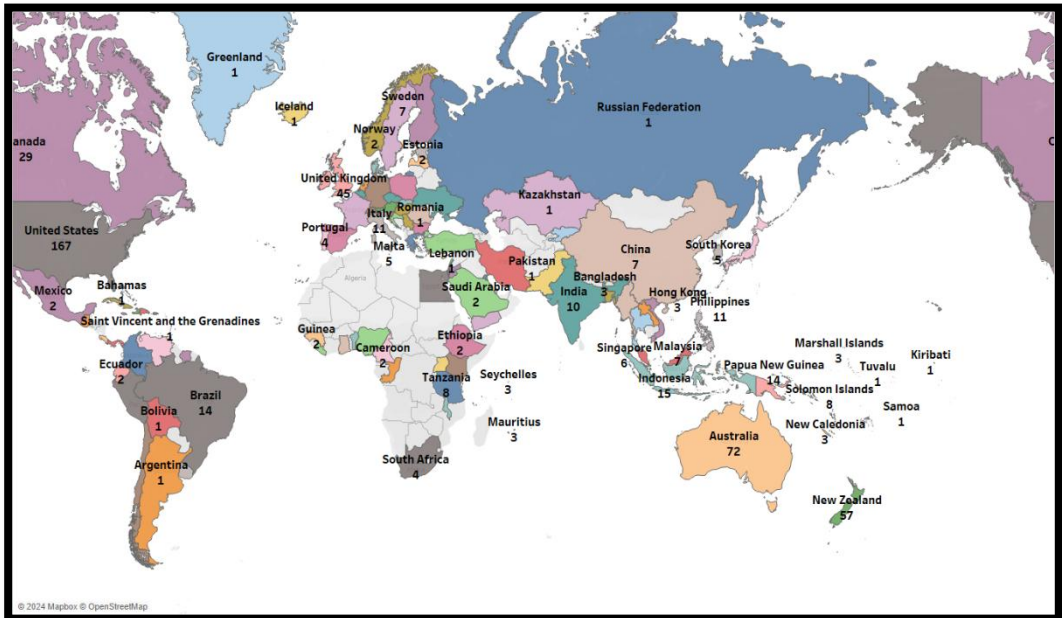
Gambar 2.2.
Tren Publikasi Penelitian Layanan Kesehatan Primer
Di Wilayah Kepulauan Per Tahun (1972-2024)



Peningkatan jumlah publikasi menunjukkan bahwa aspek aksesibilitas dan kesenjangan sosial ekonomi masyarakat kepulauan mulai menjadi sorotan penting. Hal ini sejalan dengan fakta bahwa keterbatasan transportasi, jauhnya jarak fasilitas kesehatan, serta tingginya beban biaya kesehatan seringkali menjadi hambatan

utama bagi masyarakat kepulauan untuk memperoleh pelayanan yang setara dengan wilayah perkotaan. Dengan demikian, perkembangan penelitian ini tidak hanya merefleksikan dinamika akademik, tetapi juga menggambarkan meningkatnya kepedulian terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat kepulauan yang rentan.

2.4.2.2. Persebaran Publikasi Berdasarkan Negara



Gambar 2.3.
Distribusi Geografis Publikasi Penelitian Layanan Kesehatan Primer
Di Wilayah Kepulauan

Hasil analisis bibliometric menunjukkan negara dengan publikasi tertinggi yaitu Amerika Serikat memimpin dengan 167 publikasi, diikuti oleh Spanyol (84) dan Australia (72), mencerminkan dominasi negara-negara maju dalam penelitian ini. Posisi ini menunjukkan keunggulan infrastruktur penelitian dan pendanaan yang dimiliki negara-negara tersebut.

Keterlibatan signifikan dari negara-negara kepulauan seperti New Zealand (57), Papua New Guinea (14), dan Fiji (10) menunjukkan peran aktif negara-negara yang secara langsung menghadapi tantangan kesehatan di wilayah kepulauan. Pola ini mengindikasikan adanya kesadaran akan pentingnya penelitian berbasis lokal.

Kontribusi dari negara-negara berkembang seperti Indonesia (15), Brazil (14), dan India (10) menunjukkan upaya global yang lebih inklusif dalam mengatasi masalah kesehatan di wilayah kepulauan. Distribusi geografis yang luas ini mencerminkan kompleksitas dan universalitas tantangan kesehatan di wilayah kepulauan.

2.4.2.3. Afiliasi Paling Berpengaruh berdasarkan Jumlah Publikasi

Tabel 2.1.

Institusi Terbanyak Dalam Penelitian Layanan Kesehatan Primer
Di Wilayah Kepulauan

Institusi	Jumlah Publikasi	Negara
University of Auckland	93	New Zealand
University of Crete	76	Greece
University of Otago	43	New Zealand
Brown University	42	United States
University of New South Wales	28	Australia
The University of The West Indies	23	Karibia
Brown Medical School	22	United States
University of the West Indies	19	Karibia
University of Melbourne	18	Australia
Imperial College London	16	Inggris

Analisis 10 afiliasi teratas dalam publikasi mengenai kesehatan primer di wilayah kepulauan mengungkapkan pola institusional yang menarik dalam produksi pengetahuan. Distribusi publikasi ini menunjukkan bahwa beberapa institusi telah mengembangkan keahlian khusus dan program penelitian yang kuat dalam bidang ini. Dominasi institusi-institusi tertentu mencerminkan investasi signifikan dalam infrastruktur penelitian dan pengembangan kapasitas penelitian yang berkelanjutan.

Dalam hal produktivitas riset, University of Auckland muncul sebagai institusi terdepan dengan kontribusi 93 karya ilmiah. Posisi berikutnya ditempati oleh University of Crete yang menghasilkan 76 publikasi, serta University of Otago dengan 43 publikasi. Pola ini mencerminkan besarnya peran universitas-universitas yang berlokasi di atau dekat dengan kawasan kepulauan. Konsentrasi ini mencerminkan fokus khusus institusi-institusi tersebut pada isu kesehatan kepulauan. Keterlibatan institusi medis seperti Brown Medical School (22) dan The Warren Alpert Medical School (16) menunjukkan integrasi antara penelitian akademis dan praktik klinis. Kolaborasi ini penting untuk memastikan penelitian yang dilakukan memiliki aplikasi praktis dalam pelayanan Kesehatan.

Partisipasi aktif dari lembaga kesehatan pemerintah dan organisasi internasional seperti Ministry of Health (13) dan World Health Organization menunjukkan pendekatan multi-stakeholder dalam mengatasi tantangan kesehatan di wilayah kepulauan. Pola afiliasi ini juga menggambarkan geografi pengetahuan dalam bidang kesehatan primer di wilayah kepulauan. Kontribusi dari berbagai institusi menunjukkan adanya distribusi expertise yang mungkin berkorelasi dengan lokasi geografis wilayah kepulauan yang diteliti. Hal ini penting untuk memahami bagaimana pengetahuan dalam bidang ini dihasilkan dan didistribusikan secara spasial.

2.4.2.4. Jurnal Paling Berpengaruh berdasarkan Jumlah Publikasi

Tabel 2.2.

Sepuluh Jurnal Dengan Publikasi Terbanyak Dalam Penelitian
Layanan Kesehatan Primer Di Wilayah Kepulauan

Jurnal	Doc.	Q.	Bidang Utama Jurnal	Penerbit
Medicine And Health, Rhode Island	33	Q4	Medicine (General)	Rhode Island Medical Society
International Journal of Environmental Research and Public Health	16	Q1	Public Health, Environmental & Occupational Health	MDPI (Multidisciplinary Digital Publishing Institute)
Rhode Island Medical Journal	16	Q4	Medicine (General)	Rhode Island Medical Society
New Zealand Medical Journal	15	Q3	Medicine (General)	New Zealand Medical Association
Papua And New Guinea Medical Journal	15	Q4	Medicine (General)	Medical Society of Papua New Guinea
Bmj Open	14	Q1	Medicine (General)	BMJ Publishing Group
Revista Panamericana De Salud Publica/Pan American Journal of Public Health	14	Q2	Public Health	Pan American Health Organization
Bulletin of The World Health Organization	12	Q1	Public Health, Environmental & Occupational Health	World Health Organization
Bmc Health Services Research	11	Q1	Public Health	BioMed Central (Springer Nature)
Journal of Primary Health Care	11	Q3	Primary Health Care	Royal New Zealand College of General Practitioners

Analisis terhadap jurnal paling berpengaruh dalam penelitian layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan menunjukkan adanya variasi distribusi publikasi pada berbagai bidang ilmu, yang mencerminkan keluasan perspektif dalam mengkaji isu ini. *Medicine and Health, Rhode Island* menempati posisi teratas dengan kontribusi 33 publikasi (Q4) yang diterbitkan oleh *Rhode Island Medical Society*. Dominasi jurnal ini memperlihatkan peran penting lembaga penerbit lokal dalam mendukung penyebaran pengetahuan, meskipun posisinya berada pada kuartil empat. Posisi berikutnya ditempati oleh *International Journal of Environmental Research and Public Health* dengan 16 publikasi (Q1), yang menandai keterlibatan jurnal bereputasi tinggi dalam ranah kesehatan lingkungan dan kesehatan masyarakat.

Kehadiran *Rhode Island Medical Journal* (16 publikasi, Q4) juga menguatkan kontribusi signifikan institusi lokal dalam penelitian layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan, khususnya di Amerika Serikat. Selain itu, *New Zealand Medical Journal* (15 publikasi, Q3) dan *Papua and New Guinea Medical Journal* (15 publikasi, Q4) menunjukkan keterwakilan penting dari jurnal regional yang berakar di wilayah kepulauan, sehingga memperkuat relevansi kontekstual penelitian yang dihasilkan.

Tidak hanya jurnal lokal dan regional, peran jurnal internasional bereputasi tinggi juga terlihat jelas. *BMJ Open* dengan 14 publikasi (Q1) menempati posisi penting dalam mendiseminasikan hasil penelitian dengan standar global yang ketat. Sementara itu, *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* (14 publikasi, Q2) memperlihatkan kontribusi dari kawasan Amerika Latin, yang memperluas cakupan geografis penelitian. Keterlibatan organisasi global seperti *Bulletin of the World Health Organization* (12 publikasi, Q1) menandakan adanya perhatian khusus dari badan dunia dalam mengatasi tantangan kesehatan di wilayah kepulauan. Di sisi lain, *BMC Health Services Research* (11 publikasi, Q1) dan *Journal of Primary Health Care* (11 publikasi, Q3) memberikan kontribusi dengan memperkaya literatur berbasis layanan kesehatan primer secara lebih aplikatif, khususnya terkait implementasi pelayanan dan sistem kesehatan.

Temuan ini menegaskan bahwa jurnal-jurnal dengan reputasi internasional, baik yang berfokus pada *public health* maupun *medicine general*, memainkan peran strategis dalam penyebaran pengetahuan mengenai layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan. Kombinasi antara jurnal lokal, regional, dan global menunjukkan adanya sinergi dalam produksi pengetahuan, di mana publikasi dari wilayah kepulauan memberikan kedalaman konteks, sementara jurnal internasional memberikan validasi akademik yang lebih luas. Dengan demikian, pola publikasi ini tidak hanya merefleksikan variasi bidang kajian, tetapi juga menegaskan pentingnya kolaborasi lintas level untuk menghasilkan literatur yang komprehensif dan relevan dalam mendukung perbaikan layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan.

2.4.2.5. Penulis Paling Berpengaruh berdasarkan Jumlah Publikasi

Tabel 2.3.

Kontribusi Penulis Terbanyak Dalam Penelitian Layanan Kesehatan Primer
Di Wilayah Kepulauan

Penulis	Doc	Negara	H Indeks	Afiliasi Utama	TC	AF.	PY Start
Christodus D. Lionis	14	Greece	9	University of Crete Medical School	143	2.27	2001
Paul F. George	8	United States	4	The Warren Alpert Medical School	37	2.01	2011
Joan Llobera-Cánaves	8	Spain	5	Primary Care and Health Promotion (RICAPPS)	83	1.49	1998
Anthony C. Dowell	7	New Zealand	7	University of Otago	134	1.32	2000
Michael Stein D.Md	7	United States	7	The Warren Alpert Medical School	455	2.19	1993
Magdalena Esteva	6	Spain	5	Hospital Universitario Son Espases	85	0.53	2007

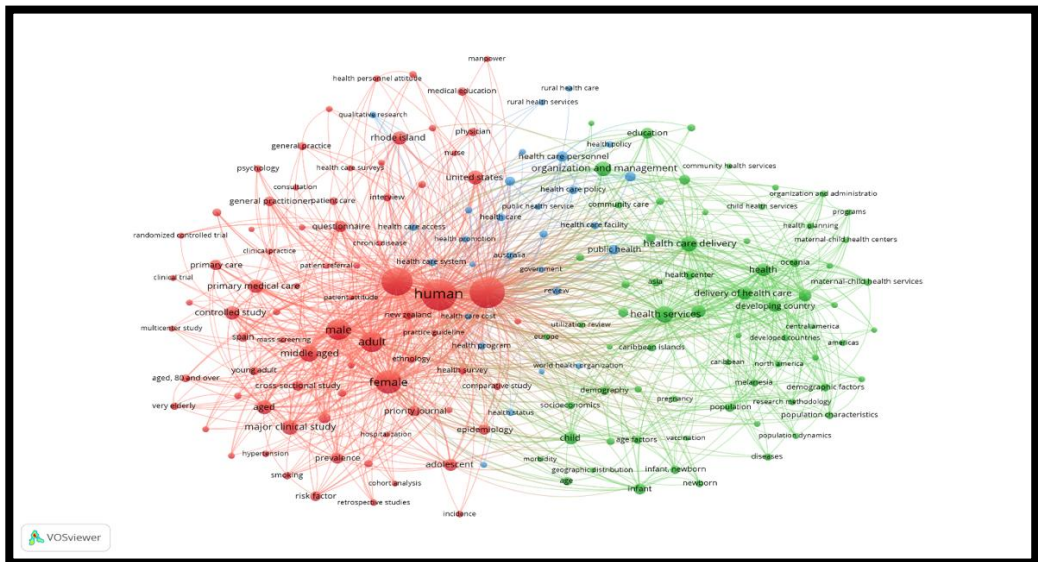
Jakson Rod	6	New Zealand	6	The University of Auckland	1848	0.57	2007
Vivier, P.M.	6	United States	4	Brown University	70	1.40	1995
Armando J. Aguirre-Jaime	5	Spain	4	Farmacia comunitaria de Santa Cruz de Tenerifedarw	24	1.04	2017
Anthony J. Alario	5	United States	4	UMass Memorial Medical Center	62	1.20	1995

Keterangan: Doc; Dokumen, TC; Total Sitasi, AF; Articles Fractionalized

Berdasarkan analisis bibliometrik yang dilakukan, terdapat 10 penulis yang memberikan kontribusi signifikan dalam penelitian perawatan kesehatan primer di wilayah kepulauan. Dominasi publikasi oleh penulis-penulis terkemuka ini mengindikasikan adanya fokus penelitian berkelanjutan dan dedikasi dalam pengembangan sistem kesehatan di wilayah kepulauan. Hal ini mencerminkan spesialisasi dan keahlian yang terkonsentrasi pada sekelompok peneliti inti dalam bidang tersebut. Hasil analisis bibliometrik menunjukkan bahwa Christodus D. Lionis dari University of Crete Medical School merupakan penulis paling produktif dengan 14 dokumen dan H-index 9, diikuti oleh Paul F. George dan Joan Llobera-Cánaves yang masing-masing memiliki 8 publikasi. Distribusi geografis penulis teratas menunjukkan dominasi dari Amerika Serikat, Spanyol, dan Selandia Baru, mengindikasikan bahwa penelitian perawatan kesehatan primer di wilayah kepulauan memiliki perhatian khusus di negara-negara tersebut.

Dari segi dampak penelitian, Michael Stein D.Md dan Jakson Rod menunjukkan pengaruh yang signifikan dengan total sitasi masing-masing 455 dan 1848, meskipun jumlah publikasi mereka relatif lebih rendah (7 dan 6 dokumen). Hal ini mengindikasikan bahwa kuantitas publikasi tidak selalu berbanding lurus dengan dampak penelitian dalam bidang ini. Indikator Author Frequency (AF) menggambarkan adanya variasi pola kolaborasi yang mencerminkan kompleksitas dan multidisiplinaritas dalam penelitian kesehatan kepulauan, di mana Christodus D. Lionis memiliki rata-rata tertinggi (2.27 penulis per artikel), sementara Magdalena Esteva memiliki rata-rata terendah (0.53). Rentang waktu publikasi (PY Start) mengindikasikan bahwa mayoritas peneliti telah berkontribusi dalam bidang ini sejak tahun 1990-an hingga awal 2000-an, dengan Armando J. Aguirre-Jaime sebagai kontributor yang relatif baru (mulai 2017).

2.4.3. Pola Kolaborasi antara Peneliti



Gambar 2.4.

Visualisasi Jaringan Kata Kunci Penelitian Layanan Kesehatan Primer Di Wilayah Kepulauan

Pemetaan tema penelitian menggunakan VOSviewer mengungkapkan tiga kelompok kajian dominan dalam studi layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan. Setiap kelompok memiliki karakteristik dan fokus yang berbeda namun saling terkait. Analisis tematik mengidentifikasi kelompok dominan (ditandai dengan warna merah) yang mengeksplorasi dimensi klinis dan implementasi medis. Kelompok ini dicirikan oleh penggunaan terminologi spesifik seperti *"human"*, *"adult"*, *"clinical practice"*, *"primary care"*, dan *"controlled study"*, menggambarkan fokus pada aspek praktis pelayanan kesehatan. Cluster ini menunjukkan fokus yang kuat pada penelitian berbasis praktik klinis, termasuk uji klinis, studi cross-sectional, dan penelitian yang melibatkan berbagai kelompok usia. Hubungan yang erat antara kata kunci dalam cluster ini, yang ditunjukkan oleh garis penghubung yang pendek, mengindikasikan adanya integrasi yang kuat dalam penelitian klinis perawatan kesehatan primer.

Cluster hijau menggambarkan aspek sistem dan pelayanan kesehatan, dengan kata kunci utama seperti *"health care delivery"*, *"public health"*, *"health services"*, dan *"community health services"*. Cluster ini memiliki fokus yang kuat pada aspek organisasi dan manajemen pelayanan kesehatan, terutama di wilayah kepulauan seperti yang ditunjukkan oleh kata kunci *"caribbean islands"* dan *"oceania"*. Pola hubungan dalam cluster ini menunjukkan bahwa penelitian tentang sistem pelayanan kesehatan di wilayah kepulauan mempertimbangkan berbagai faktor termasuk kebijakan kesehatan, fasilitas kesehatan, dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Cluster biru, meskipun lebih kecil, memiliki peran penting sebagai penghubung antara cluster merah dan hijau, dengan kata kunci seperti *"health care personnel"*, *"health care policy"*, dan *"public health service"*. Posisi strategis cluster ini menunjukkan peran vital sumber daya manusia dan kebijakan dalam menghubungkan aspek klinis dengan sistem pelayanan kesehatan. Pada pemetaan kata kunci, terminologi *"human"* muncul sebagai konsep sentral dengan representasi visual terbesar. Hal ini merefleksikan bagaimana dimensi kemanusiaan menjadi inti dari berbagai kajian tentang layanan kesehatan primer di kawasan kepulauan, terlihat dari tingginya frekuensi penggunaan istilah tersebut dalam berbagai publikasi.

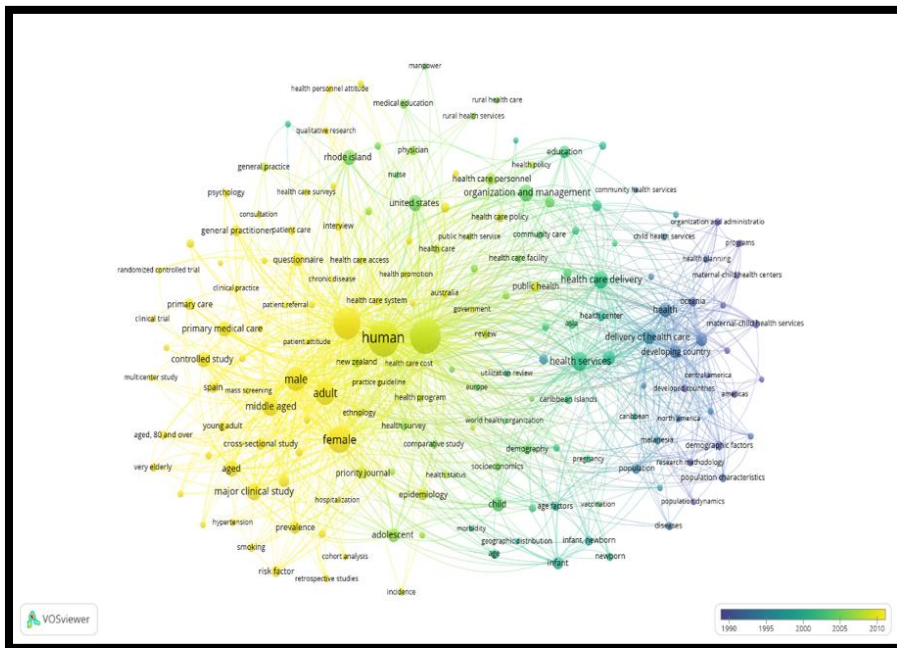
Analisis berbasis ukuran node dalam visualisasi VOSviewer menunjukkan bahwa kata kunci *"human"* memiliki node terbesar yang terletak di pusat jaringan, diikuti oleh kata kunci *"health care delivery"*, *"health services"*, dan *"primary care"*. Dominasi ukuran node *"human"* mengindikasikan bahwa aspek kemanusiaan menjadi fokus sentral dalam penelitian perawatan kesehatan primer di wilayah kepulauan, dengan frekuensi kemunculan yang sangat tinggi dalam literatur. Node-node besar lainnya seperti *"health care delivery"* dan *"primary care"* menunjukkan bahwa penelitian juga memberikan perhatian signifikan pada aspek penyampaian layanan kesehatan dan perawatan primer, yang merupakan komponen fundamental dalam sistem kesehatan kepulauan.

Analisis kekuatan hubungan antar node yang direpresentasikan oleh panjang-pendek dan ketebalan garis penghubung menunjukkan pola yang menarik. Garis penghubung yang pendek dan tebal terlihat jelas antara kata kunci *"human"* dengan *"health care delivery"*, *"primary care"*, dan *"health services"*, mengindikasikan hubungan yang sangat kuat dan co-occurrence yang tinggi antara konsep-konsep tersebut dalam literatur. Hubungan yang kuat juga terlihat antara *"health care delivery"* dengan *"public health"* dan *"community health services"*, menunjukkan integrasi yang erat antara sistem penyampaian layanan kesehatan dengan aspek kesehatan masyarakat dalam konteks kepulauan.

Selain itu, node-node dengan ukuran lebih kecil seperti *"rural health care"*, *"manpower"*, dan *"health policy"* meski memiliki frekuensi kemunculan yang lebih rendah, tetap menunjukkan hubungan yang signifikan dengan node-node utama melalui garis penghubung yang jelas. Hal ini mengindikasikan bahwa aspek-aspek tersebut, meskipun tidak dominan, tetap menjadi pertimbangan penting dalam penelitian perawatan kesehatan primer di wilayah kepulauan. Pola hubungan ini menegaskan kompleksitas dan interkoneksi berbagai aspek dalam sistem perawatan kesehatan primer di wilayah kepulauan, di mana faktor-faktor seperti sumber daya manusia, kebijakan, dan akses rural tetap menjadi komponen integral dalam penelitian.

Sistem kesehatan tidak berdiri sendiri, melainkan terdiri atas elemen-elemen yang saling berhubungan dan memengaruhi, mulai dari ketersediaan tenaga kesehatan, arah kebijakan, hingga akses layanan di daerah terpencil. Kompleksitas ini semakin terlihat ketika isu aksesibilitas dan biaya dimasukkan ke dalam pembahasan, karena kedua faktor tersebut sering kali menjadi determinan utama dalam keberhasilan pelayanan kesehatan di wilayah kepulauan. Keterbatasan

transportasi, jauhnya jarak antar fasilitas, serta tingginya biaya non-medis seperti akomodasi, biaya pendamping, dan hilangnya produktivitas dapat memperberat beban rumah tangga, terutama pada keluarga berpenghasilan rendah. Dengan demikian, literatur mengenai layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan tidak hanya menyoroti tantangan medis dan sistemik, tetapi juga menegaskan peran faktor sosial-ekonomi sebagai penghambat utama dalam mewujudkan akses kesehatan yang adil dan merata.



Gambar 2.5.
Visualisasi Overlay Temporal Kata Kunci Penelitian Layanan Kesehatan Primer
Di Wilayah Kepulauan

Visualisasi overlay dari VOSviewer menunjukkan evolusi temporal kata kunci dalam penelitian perawatan kesehatan primer di wilayah kepulauan. Kata kunci yang ditampilkan dengan warna biru hingga ungu, yang muncul di sekitar tahun 1990-1995, didominasi oleh aspek-aspek klinis dan metodologis seperti "*clinical trial*", "*controlled study*", "*primary care*", dan "*cross-sectional study*". Hal ini mengindikasikan bahwa pada periode awal, fokus penelitian lebih banyak diarahkan pada pendekatan metodologis dan studi klinis dalam perawatan kesehatan primer, dengan perhatian khusus pada desain penelitian dan praktik berbasis bukti. sejalan dengan temuan (Starfield, 1991) dalam penelitiannya di jurnal Health Services Research yang menekankan pentingnya pendekatan berbasis bukti dalam pelayanan kesehatan primer.

Perkembangan penelitian yang ditunjukkan oleh warna hijau (periode pertengahan) menggambarkan pergeseran fokus ke arah sistem dan organisasi pelayanan kesehatan, dengan kemunculan kata kunci seperti *"health care delivery"*, *"public health"*, dan *"community health services"*. Transisi ini mencerminkan evolusi penelitian dari pendekatan klinis individual menuju perspektif yang lebih sistemik dan berorientasi pada komunitas. Periode ini juga ditandai dengan munculnya perhatian pada aspek kebijakan kesehatan dan manajemen pelayanan kesehatan, yang menunjukkan perkembangan pemahaman tentang kompleksitas sistem kesehatan di wilayah kepulauan. Penelitian Campbell et al., (2000) dalam *British Medical Journal* mengidentifikasi pentingnya integrasi komunitas dalam pengembangan sistem kesehatan primer di wilayah rural dan kepulauan. Sejalan dengan ini, Haggerty et al., (2003) dalam jurnal *Medical Care* melakukan systematic review yang mengungkapkan bagaimana kontinuitas pelayanan kesehatan menjadi tantangan utama dalam konteks geografis kepulauan, terutama terkait aksesibilitas dan distribusi sumber daya kesehatan.

Kata kunci yang muncul pada periode yang lebih baru (ditunjukkan dengan warna kuning, sekitar tahun 2005-2010) menggambarkan fokus pada aspek demografis dan pengembangan wilayah, dengan kemunculan kata kunci seperti *"developing country"*, *"demographic factors"*, *"population dynamics"*, dan *"maternal-child health services"*. Pola ini mengindikasikan pergeseran penelitian ke arah pemahaman yang lebih komprehensif tentang determinan sosial kesehatan dan kebutuhan spesifik populasi di wilayah kepulauan, terutama terkait dengan kesehatan ibu dan anak serta faktor-faktor demografis yang mempengaruhi pengembangan wilayah. Studi komprehensif oleh Atun et al., (2010) dalam *The Lancet* menganalisis bagaimana faktor demografis dan sosioekonomi mempengaruhi integrasi program kesehatan primer di negara berkembang, termasuk wilayah kepulauan. Temuan ini diperkuat oleh penelitian Schäfer et al., (2011) dalam *Health Policy* yang mengeksplorasi hubungan antara karakteristik populasi dengan pola pelayanan kesehatan primer di berbagai setting geografis, termasuk wilayah kepulauan.

Selain fokus pada kesehatan ibu-anak dan faktor demografis, perhatian juga perlu diarahkan pada penyakit kronis kardiovaskular, terutama hipertensi, yang semakin menjadi ancaman serius di wilayah kepulauan. Penyakit kronis kardiovaskular, dengan hipertensi sebagai faktor risiko utamanya, merupakan penyumbang beban penyakit global yang terus meningkat. Dalam konteks wilayah kepulauan, hipertensi menghadirkan tantangan yang lebih kompleks karena beririsan dengan keterbatasan akses layanan kesehatan, distribusi tenaga medis yang tidak merata, serta hambatan geografis yang memperburuk keterlambatan diagnosis dan pengobatan. Berbeda dengan wilayah daratan yang relatif lebih mudah dijangkau, masyarakat kepulauan kerap menghadapi biaya transportasi dan waktu tempuh yang tinggi hanya untuk memperoleh layanan dasar, sehingga risiko komplikasi hipertensi seperti stroke dan penyakit jantung iskemik menjadi lebih besar. Ironisnya, urgensi hipertensi di wilayah kepulauan masih jarang diangkat dalam literatur maupun analisis bibliometrik, sehingga kesenjangan pengetahuan ini berpotensi membuat

kebijakan dan intervensi kesehatan kurang tepat sasaran. Oleh karena itu, penelitian tentang hipertensi di kepulauan menjadi sangat mendesak, tidak hanya untuk memahami beban kesehatan, tetapi juga untuk mengantisipasi implikasi sosial-ekonomi yang ditimbulkannya.

Literatur yang lebih mutakhir menegaskan bahwa isu aksesibilitas dan biaya menjadi determinan krusial dalam penyediaan layanan kesehatan primer di wilayah kepulauan. Kondisi geografis yang terfragmentasi menghadirkan hambatan ganda, baik fisik maupun finansial, yang harus dihadapi masyarakat untuk memperoleh layanan kesehatan. Biaya transportasi yang tinggi, kebutuhan akomodasi tambahan, biaya pendamping, hingga pengeluaran mandiri untuk obat-obatan semakin menambah beban ekonomi rumah tangga. Selain itu, terdapat pula biaya tidak langsung berupa hilangnya produktivitas akibat lamanya perjalanan maupun proses perawatan. Akumulasi beban ini kerap mendorong kerentanan ekonomi, terutama bagi rumah tangga dengan kapasitas finansial terbatas. Kompleksitas persoalan bertambah ketika faktor individual dan rumah tangga seperti usia, jumlah anak, kepatuhan terhadap pengobatan, pola konsumsi, aktivitas fisik, dan beban kerja sehari-hari ikut berinteraksi dan memengaruhi status kesehatan serta daya tahan ekonomi keluarga. Namun, variabel-variabel tersebut masih relatif jarang diintegrasikan dalam kajian bibliometrik mengenai layanan kesehatan primer, sehingga terdapat ruang penelitian lebih lanjut untuk mengidentifikasi determinan yang paling dominan dalam konteks wilayah kepulauan.

Berdasarkan kondisi sosial ekonomi dan keterbatasan aksesibilitas tersebut, masyarakat di kepulauan menghadapi tantangan kompleks dalam memperoleh layanan kesehatan. Namun, isu ini masih kurang mendapat sorotan dalam analisis bibliometrik, meskipun dampaknya sangat signifikan karena berpotensi menjerumuskan masyarakat ke dalam kerentanan ekonomi bahkan kemiskinan. Untuk mengisi kesenjangan tersebut, penelitian ini menggunakan pendekatan *cost of illness* guna menghitung distribusi biaya serta proporsi pengeluaran kesehatan pada masyarakat kepulauan. Analisis ini memungkinkan pemetaan beban biaya langsung maupun tidak langsung yang harus ditanggung pasien dan keluarganya, sehingga memberikan gambaran nyata mengenai dampak finansial hipertensi terhadap rumah tangga.

Lebih lanjut, penelitian ini mengombinasikan analisis ISM dan SEM untuk memperkuat hasil. Analisis ISM digunakan untuk mengonfirmasi perspektif para pengambil kebijakan terkait faktor-faktor yang memengaruhi pembiayaan kesehatan di wilayah kepulauan, serta memetakan struktur hubungan antar faktor dan prioritas intervensi. Sementara itu, analisis SEM dimanfaatkan untuk mengidentifikasi adanya ketimpangan faktor risiko, khususnya ketika terdapat perbedaan antara persepsi pembuat kebijakan dan kondisi nyata di lapangan. Dengan pendekatan ganda ini, penelitian diharapkan mampu menghasilkan temuan yang lebih komprehensif, tidak hanya memperkaya kajian teori dan kebijakan, tetapi juga merefleksikan realitas sosial ekonomi masyarakat kepulauan yang kerap terabaikan.

2.5. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis bibliometrik, penelitian mengenai layanan kesehatan primer di kawasan kepulauan menunjukkan perkembangan signifikan dari tahun 1972 hingga 2024. Tercatat 724 artikel dari 384 outlet penelitian dengan pertumbuhan tahunan 6.03%. Tren terkini semakin menekankan hambatan sosial-ekonomi masyarakat kepulauan, terutama keterbatasan infrastruktur transportasi, fasilitas kesehatan, serta beban biaya yang berpengaruh pada aksesibilitas layanan. Temuan ini mengidentifikasi data sekunder yang relevan dan valid terkait berbagai variabel pembiayaan terhadap hipertensi yang telah diungkapkan oleh peneliti terdahulu. Proses ini melibatkan penelusuran jurnal ilmiah, laporan penelitian, serta publikasi dari institusi kesehatan terpercaya untuk memastikan bahwa data yang digunakan akurat dan mencerminkan kondisi terkini. Kedepan, pendekatan *mixed methods* dan penelitian partisipatif diprediksi semakin banyak digunakan untuk menangkap kompleksitas pelayanan kesehatan primer di wilayah kepulauan untuk memberi gambaran tentang evolusi riset sekaligus menjadi pijakan penting bagi pengembangan kebijakan dan praktik berbasis bukti dalam meningkatkan layanan kesehatan di kawasan kepulauan.

