

Reposisi Rumah Sakit Umum Daerah sebagai Simpul Strategi Tempat dalam Arsitektur Cross-Border Medical Access di Indonesia: Sebuah Tinjauan Naratif

Khairunnisai Tarimah^{1*}, Wahyu Sulistiadi²

¹Program Studi Magister Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

khairunnisai.tan@ui.ac.id, wahyus@ui.ac.id

Abstrak

Pendahuluan: Tingginya jumlah masyarakat Indonesia yang memperoleh pelayanan kesehatan di luar negeri, khususnya di Malaysia, Singapura, dan Thailand, menyebabkan kebocoran belanja kesehatan nasional sekaligus mencerminkan tantangan daya saing layanan kesehatan dalam negeri. Pemerintah Indonesia merespons fenomena tersebut melalui pengembangan Cross-Border Medical Access (CBMA), termasuk pembentukan Kawasan Ekonomi Khusus (KEK) Kesehatan dan penguatan ekosistem wisata medis. Namun, peran Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dalam strategi CBMA masih belum banyak dikaji. Artikel ini bertujuan menganalisis posisi, peluang, dan strategi reposisi RSUD dalam pengembangan CBMA di Indonesia. **Metode:** Penelitian menggunakan metode kajian literatur naratif dengan menelaah publikasi ilmiah, laporan kebijakan, dan dokumen terkait CBMA, wisata medis, serta pengembangan rumah sakit pada periode 2015–2026. Analisis dilakukan secara tematik dengan mengintegrasikan konsep place marketing, Porter's Diamond, resource-based view, dan tata kelola pelayanan kesehatan. **Hasil:** Kajian menunjukkan bahwa sebagian besar RSUD masih berperan sebagai penyedia layanan rujukan regional yang pasif. Namun, beberapa RSUD memiliki potensi geostrategis, layanan unggulan, dan keterhubungan dengan kawasan perbatasan maupun destinasi wisata yang dapat dikembangkan sebagai simpul akses medis lintas batas. Analisis menghasilkan kerangka reposisi tiga tingkat, yaitu RSUD sebagai penyedia layanan regional, pusat layanan unggulan berbasis keunggulan lokal, dan simpul strategis CBMA. **Kesimpulan:** RSUD memiliki peluang untuk direposisikan sebagai aktor strategis dalam pengembangan CBMA. Reposisi tersebut berpotensi meningkatkan daya saing layanan kesehatan daerah, mengurangi kebocoran belanja kesehatan ke luar negeri, serta mendukung pembangunan kesehatan dan ekonomi wilayah secara berkelanjutan.

Kata kunci: akses medis lintas batas; rumah sakit umum daerah; strategi tempat; daya saing destinasi; tata kelola rumah sakit.

Abstract

Introduction: The large number of Indonesian citizens seeking healthcare services abroad, particularly in Malaysia, Singapore, and Thailand, has contributed to significant national healthcare expenditure leakage and highlights the competitiveness challenges faced by domestic healthcare services. The Indonesian government has responded to this phenomenon through the development of Cross-Border Medical Access (CBMA), including the establishment of Health Special Economic Zones (SEZs) and the strengthening of the national medical tourism ecosystem. However, the role of Regional Public Hospitals (Rumah Sakit Umum Daerah—RSUD) within the CBMA framework has received limited scholarly

attention. This article aims to analyze the position, opportunities, and repositioning strategies of RSUDs in the development of CBMA in Indonesia. **Methods:** This study employed a narrative literature review by examining scientific publications, policy reports, and relevant documents on CBMA, medical tourism, and hospital development published between 2015 and 2026. The analysis was conducted thematically by integrating the concepts of place marketing, Porter's Diamond, the resource-based view, and healthcare governance. **Results:** The review indicates that most RSUDs continue to function as passive regional referral providers. Nevertheless, several RSUDs possess geostrategic advantages, specialized healthcare services, and strong linkages to border areas and tourism destinations that can be developed as cross-border medical access hubs. The analysis proposes a three-level repositioning framework consisting of RSUDs as regional healthcare providers, centers of excellence based on local competitive advantages, and strategic CBMA nodes. **Conclusion:** RSUDs have significant potential to be repositioned as strategic actors in the development of CBMA in Indonesia. Such repositioning may enhance the competitiveness of regional healthcare services, reduce outbound healthcare expenditure, improve access to quality healthcare, and contribute to sustainable regional health and economic development.

Keywords: cross-border medical access; regional public hospital; place strategy; destination competitiveness; hospital governance.

PENDAHULUAN

Mobilitas pasien lintas negara telah menjadi fenomena yang meluas dalam dua dekade terakhir, dan Indonesia merupakan salah satu negara penyumbang arus pasien keluar terbesar di kawasan Asia Tenggara. Berbagai laporan memperkirakan sekitar dua juta penduduk Indonesia memperoleh layanan kesehatan di luar negeri setiap tahun, dengan tujuan utama Malaysia, Singapura, dan Thailand. Belanja kesehatan yang mengalir keluar akibat fenomena ini ditaksir berkisar antara 6,8 hingga 9,2 miliar dolar Amerika Serikat, atau setara ratusan triliun rupiah per tahun (Arab News, 2025). Aliran sumber daya tersebut

tidak semata menggambarkan persoalan finansial, tetapi juga mencerminkan persepsi masyarakat terhadap keterbatasan ketersediaan, mutu, dan kepercayaan terhadap sistem layanan dalam negeri.

Kajian terdahulu mengidentifikasi sejumlah faktor pendorong arus keluar tersebut, antara lain ketersediaan teknologi dan subspecialisasi tertentu yang belum merata, persepsi terhadap mutu dan keselamatan, waktu tunggu, serta pengalaman layanan yang dinilai lebih tertata di negara tujuan. Ketimpangan distribusi fasilitas dan tenaga spesialis di luar Pulau Jawa memperkuat kecenderungan ini, sehingga

sebagian masyarakat memilih layanan di negara tetangga sebagai alternatif yang dipandang lebih cepat dan meyakinkan. Dalam konteks kawasan, mayoritas wisatawan medis di Asia Tenggara justru berasal dari negara-negara tetangga, yang mencerminkan ketimpangan penyediaan layanan di negara asal (Pocock & Phua, 2011).

Sebagai respons, pemerintah menempatkan pengembangan layanan kesehatan lintas batas sebagai prioritas transformasi kesehatan. Pendirian Kawasan Ekonomi Khusus Kesehatan di Sanur, Bali, beserta beroperasinya rumah sakit bertaraf internasional pada 2025 menandai langkah konkret untuk menahan arus keluar sekaligus menarik pasien mancanegara (Arab News, 2025). Pada tataran tata kelola, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2015 telah menyediakan payung hukum bagi penyelenggaraan pelayanan wisata medis oleh rumah sakit yang ditetapkan, sementara dokumen orkestrasi nasional menempatkan rumah sakit pendidikan dan rumah sakit daerah sebagai bagian dari jejaring layanan unggulan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015, 2025).

Dalam tinjauan ini, fenomena tersebut dibingkai sebagai akses medis lintas batas (cross-border medical access, CBMA), bukan semata sebagai wisata medis. Perbedaan ini penting secara konseptual. Glinos dan kolega (2010) mengusulkan tipologi mobilitas pasien lintas batas sebagai alternatif terhadap istilah wisata medis, dengan menekankan motivasi pasien dan mekanisme pembiayaan, sedangkan Lunt dan Mannion (2014) menegaskan perlunya perspektif kebijakan dan sistem kesehatan dalam memahami mobilitas pasien global. Istilah wisata medis cenderung menonjolkan dimensi perjalanan dan rekreasi (Connell, 2013), sementara CBMA menempatkan akses, ekuitas, dan tata kelola sistem sebagai inti. Dengan demikian, wisata medis dipahami sebagai salah satu manifestasi yang tampak, sedangkan CBMA merupakan arsitektur akses yang lebih luas tempat fenomena tersebut berlangsung.

Rumah sakit umum daerah (RSUD) menempati posisi strategis dalam sistem kesehatan Indonesia sebagai tulang punggung layanan rujukan regional. Sejak diberlakukannya pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), RSUD memperoleh fleksibilitas

dalam pengelolaan keuangan dan operasional (Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, 2018). Meskipun demikian, kajian terdahulu mengenai layanan kesehatan lintas batas di Indonesia cenderung berpusat pada rumah sakit swasta sebagai aktor pemasaran (Rusli, 2019) dan pada kawasan unggulan tertentu, sementara peran RSUD belum dirumuskan secara konseptual. Selain itu, konsep tempat (place) dalam strategi pemasaran dan daya saing destinasi lazim diterapkan pada tataran kawasan, belum pada tataran rumah sakit publik sebagai simpul. Diskursus pun masih didominasi narasi menahan arus keluar, dan belum menyentuh penempatan posisi (positioning) aktif RSUD untuk menangkap arus masuk pasien lintas batas.

Berdasarkan latar tersebut, tinjauan naratif ini memiliki tiga tujuan. Pertama, memetakan posisi RSUD dalam arsitektur CBMA di Indonesia. Kedua, mengidentifikasi peluang dan tantangan reposisinya sebagai simpul strategi tempat. Ketiga, mengajukan kerangka konseptual beserta agenda kebijakan dan riset lanjutan. Dengan demikian, tinjauan ini diharapkan memberi kontribusi pada pengembangan

teori dan praktik manajemen rumah sakit publik dalam konteks akses lintas batas.

METODE

Penelitian ini merupakan tinjauan naratif (narrative review) yang bertujuan menyintesis literatur secara tematik untuk membangun argumen konseptual. Penelusuran literatur dilakukan pada basis data Scopus, PubMed, dan Google Scholar, dilengkapi portal Garuda serta jurnal terindeks SINTA, dan ditambah penelusuran dokumen kebijakan serta laporan resmi. Rentang waktu yang ditetapkan adalah Januari 2015 sampai 2026, dengan titik tolak pemberlakuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2015.

Kombinasi kata kunci yang digunakan mencakup medical tourism, health tourism, cross-border health care, cross-border patient mobility, public hospital, regional hospital, rumah sakit umum daerah, place strategy, destination competitiveness, dan positioning, baik dalam bahasa Inggris maupun bahasa Indonesia. Kriteria inklusi meliputi literatur yang relevan dengan wisata medis, mobilitas pasien lintas batas, daya saing destinasi, peran rumah sakit, atau kebijakan akses lintas batas, dengan

konteks Indonesia atau negara berpenghasilan menengah yang sebanding. Literatur yang berfokus murni pada aspek klinis tanpa dimensi tempat atau strategi, serta sumber tanpa otoritas akademik maupun kebijakan, dikeluarkan dari telaah.

Sintesis dilakukan secara naratif tematik. Temuan kemudian ditafsirkan melalui lima lensa konseptual, yaitu pemasaran tempat (Kotler, Haider, & Rein, 1993), model daya saing destinasi (Crouch & Ritchie, 1999; Dwyer & Kim, 2003), Berlian Porter (Porter, 1990), pandangan berbasis sumber daya (Barney, 1991), serta perspektif tata kelola layanan lintas batas (Glinos et al., 2010; Lunt & Mannion, 2014). Sebagai tinjauan naratif, kajian ini tidak menerapkan protokol PRISMA dan tidak melakukan penilaian risiko bias secara formal. Keterbatasan ini disadari dan dibahas pada bagian akhir.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Arsitektur dan Kebijakan Akses Medis Lintas Batas di Indonesia

Arsitektur CBMA di Indonesia dibangun di atas tiga pilar yang saling terkait, yaitu regulasi, kelembagaan kawasan, dan orkestrasi nasional. Pada tataran regulasi, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2015

mensyaratkan penetapan rumah sakit penyelenggara wisata medis oleh otoritas kesehatan, dengan masa berlaku tertentu dan persyaratan yang harus dipenuhi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Pada tataran kelembagaan kawasan, pemerintah mendirikan Kawasan Ekonomi Khusus Kesehatan di Sanur sebagai simpul unggulan yang mengintegrasikan layanan medis dengan ekosistem pariwisata (Arab News, 2025). Pada tataran orkestrasi, dokumen kebijakan nasional menetapkan fokus layanan pada kardiologi, onkologi, ortopedi, dan neurologi, serta menunjuk sejumlah wilayah sebagai hub regional yang memanfaatkan kedekatan geografis dengan negara tetangga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025).

Meskipun arsitektur tersebut telah terbentuk, titik berat kebijakan masih tertuju pada fasilitas unggulan nasional dan aktor swasta. Pembedaan konseptual antara wisata medis dan akses medis lintas batas, sebagaimana dirangkum pada Tabel 1, menjadi penting agar reposisi RSUD tidak terjebak pada logika pemasaran semata, melainkan menempatkan akses dan ekuitas sebagai orientasi utama.

Tabel 1. Perbedaan Konseptual Wisata Medis Dan Akses Medis Lintas Batas (CBMA)

Aspek	Wisata medis (medical tourism)	Akses medis lintas batas (CBMA)
Fokus utama	Perjalanan pasien dan paket layanan	Akses, ekuitas, dan mobilitas pasien
Orientasi	Komersial dan promosi destinasi	Sistem kesehatan dan tata kelola
Aktor yang ditonjolkan	Rumah sakit swasta dan operator wisata	Seluruh penyedia, termasuk rumah sakit publik
Implikasi kebijakan	Pemasaran dan citra destinasi	Penataan akses, rujukan, dan pembiayaan

Sumber: Data Diolah Penulis Tahun 2026

Posisi Rumah Sakit Umum Daerah Saat Ini

RSUD umumnya menempati posisi sebagai penyedia layanan rujukan regional yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan masyarakat di wilayahnya. Penerapan pola pengelolaan keuangan BLUD memberikan fleksibilitas yang memungkinkan RSUD mengelola pendapatan layanan secara langsung dan merespons kebutuhan operasional dengan lebih cepat (Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, 2018). Fleksibilitas ini secara prinsip membuka ruang bagi

pengembangan layanan unggulan yang berdaya saing. Akan tetapi, bukti empiris menunjukkan bahwa tujuan otonomi RSUD baru tercapai secara terbatas. Telaah terhadap implementasi otonomi rumah sakit daerah di Indonesia menemukan bahwa meskipun terjadi peningkatan infrastruktur, ragam layanan, dan pendapatan, dampaknya terhadap efisiensi, efektivitas, dan mutu masih marginal, dengan hambatan utama berupa kapasitas kebijakan yang lemah, struktur tata kelola yang belum memadai, dan keterbatasan sumber daya manusia (Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM, 2026). Kondisi ini menempatkan sebagian besar RSUD pada posisi rujukan regional yang pasif dan berorientasi domestik, serta belum ditetapkan sebagai penyelenggara layanan lintas batas. Sebagian RSUD mulai merintis layanan berorientasi mutu, misalnya melalui poliklinik eksekutif dan kanal reservasi daring, yang dapat dipandang sebagai embrio kesiapan menuju layanan lintas batas.

Peluang Reposisi: Dimensi Tempat dan Daya Saing

Peluang reposisi RSUD bertumpu pada dua dimensi yang saling melengkapi, yaitu posisi geostrategis dan keunggulan

sumber daya. Sejumlah wilayah memiliki kedekatan geografis dengan pusat permintaan lintas batas, seperti Kepulauan Riau yang berdekatan dengan Singapura dan Malaysia, Kalimantan Utara dengan Sabah, Sumatra Utara dengan Penang, serta Nusa Tenggara Barat yang dapat memadukan layanan medis dengan ekosistem pariwisata Lombok. Posisi semacam ini, dalam kerangka pemasaran tempat, merupakan elemen lokasi dan aksesibilitas yang membentuk proposisi nilai bagi pasien (Kotler et al., 1993).

Pada dimensi sumber daya, RSUD dapat mengembangkan layanan unggulan yang selaras dengan fokus nasional, seperti kardiologi, onkologi, ortopedi, neurologi, pemeriksaan kesehatan menyeluruh, dan prosedur elektif. Permintaan dari negara tetangga sebagian justru mencerminkan ketimpangan penyediaan layanan di negara asal (Pocock & Phua, 2011), sehingga keunggulan biaya dan kedekatan dapat menjadi keunggulan komparatif RSUD apabila dikelola secara terarah. Pengembangan ini sejalan dengan literatur yang menekankan peran sumber daya fisik dan tak berwujud dalam menentukan daya saing organisasi layanan (Barney, 1991).

Tantangan Struktural Reposisi

Reposisi RSUD menghadapi tantangan struktural yang nyata. Pertama, persaingan dengan destinasi mapan seperti Malaysia, Singapura, dan Thailand yang telah lama memperoleh dukungan negara dan investasi sektor swasta yang besar (Pocock & Phua, 2011). Kedua, keterbatasan kapasitas, akreditasi, dan kesiapan untuk memenuhi persyaratan penetapan sebagai penyelenggara layanan lintas batas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Ketiga, ketimpangan distribusi tenaga spesialis dan fasilitas yang menjadi akar fenomena arus keluar itu sendiri. Keempat, tantangan tata kelola dan akuntabilitas dalam pengelolaan RSUD yang menuntut penguatan kapasitas internal (Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM, 2026). Tantangan-tantangan ini menunjukkan bahwa reposisi tidak dapat ditempuh secara parsial, melainkan memerlukan penataan pada beberapa tingkat sekaligus.

PEMBAHASAN

Penafsiran atas temuan di atas memperlihatkan bahwa posisi RSUD dapat dibaca melalui lima lensa konseptual yang saling melengkapi, sebagaimana

dirangkum pada Tabel 2. Melalui lensa pemasaran tempat, RSUD merupakan komponen tempat yang dapat dikembangkan nilainya, dengan lokasi, aksesibilitas, dan citra layanan sebagai proposisi nilai bagi pasien lintas batas (Kotler et al., 1993). Melalui model daya saing destinasi, kesiapan RSUD ditentukan oleh sumber daya inti, sumber daya pendukung, dan kualitas manajemen, yang secara kolektif membentuk daya saing kawasan (Crouch & Ritchie, 1999; Dwyer & Kim, 2003).

Berlian Porter membantu menjelaskan mengapa lokasi tertentu, khususnya wilayah perbatasan dan kepulauan, berpotensi membentuk klaster layanan medis lintas batas melalui interaksi kondisi faktor, kondisi permintaan, industri terkait, serta strategi dan persaingan (Porter, 1990). Sementara itu, pandangan berbasis sumber daya menggeser fokus ke dalam organisasi, dengan menempatkan layanan unggulan, kompetensi subspesialis, dan reputasi mutu sebagai sumber keunggulan yang bernilai dan sukar ditiru (Barney, 1991). Lensa tata kelola melengkapi keempat lensa tersebut dengan menyoroti peran regulasi, penetapan, dan koordinasi lintas sektor sebagai prasyarat kelembagaan

(Glinos et al., 2010; Lunt & Mannion, 2014).

Tabel 2. Lensa teoretis dan penerapannya pada reposisi RSUD

Lensa	Inti konsep	Penerapan pada RSUD
Pemasaran tempat	Lokasi, aksesibilitas, dan citra sebagai nilai	Memetakan elemen tempat yang membentuk daya tarik
Daya saing destinasi	Sumber daya inti, pendukung, dan manajemen	Menilai kesiapan RSUD dan ekosistem daerah
Berlian Porter	Keunggulan berbasis lokasi dan klaster	Menganalisis potensi klaster di wilayah perbatasan
Pandangan berbasis sumber daya	Sumber daya bernilai dan sukar ditiru	Mengidentifikasi layanan unggulan dan kompetensi
Tata kelola lintas batas	Regulasi dan koordinasi kelembagaan	Menautkan penetapan, BLUD, dan orkestrasi nasional

Sumber: Data Diolah Penulis Tahun 2026

Berangkat dari penafsiran tersebut, tinjauan ini mengajukan kerangka reposisi RSUD sebagai simpul strategi tempat dalam arsitektur CBMA yang bekerja pada tiga tingkat. Tingkat pertama adalah internal rumah sakit, mencakup pengembangan layanan unggulan, penjaminan mutu dan akreditasi, serta penguatan kompetensi sumber daya

manusia berdasarkan logika sumber daya bernilai. Tingkat kedua adalah ekosistem daerah, mencakup konektivitas transportasi, keterpaduan dengan pariwisata, dukungan pemerintah daerah, dan pemanfaatan fleksibilitas BLUD. Tingkat ketiga adalah orkestrasi nasional, mencakup regulasi penetapan, jejaring rujukan lintas batas, serta keterpaduan dengan kebijakan kawasan. Inti dari kerangka ini adalah perpindahan posisi RSUD dari rujukan regional yang pasif menuju simpul akses lintas batas yang berdaya saing, sebagaimana dirangkum pada Tabel 3.

Tabel 3. Matriks reposisi RSUD: kondisi kini dan kondisi sasaran

Dimensi	Kondisi kini	Kondisi sasaran
Orientasi pasar	Domestik, menahan arus keluar	Inbound, menangkap arus lintas batas
Peran dalam sistem	Rujukan regional pasif	Simpul akses yang aktif
Sumber daya unggulan	Belum dikhususkan	Layanan unggulan terfokus dan terakreditasi
Tata kelola	BLUD dengan kapasitas terbatas	BLUD adaptif dan akuntabel
Strategi tempat	Tidak diposisikan	Diposisikan sebagai simpul CBMA daerah

Sumber: Data Diolah Penulis Tahun 2026

Implikasi kebijakan dari kerangka ini bersifat berjenjang. Pemerintah daerah dan manajemen RSUD perlu mengidentifikasi layanan unggulan yang realistis, memperkuat mutu dan akreditasi, serta memanfaatkan fleksibilitas BLUD secara akuntabel. Pemerintah pusat perlu memperluas skema penetapan agar tidak terbatas pada fasilitas swasta dan kawasan unggulan, sekaligus menjaga agar reposisi tidak menggerus prinsip ekuitas dan akses bagi masyarakat lokal. Penekanan pada kerangka akses, dan bukan semata wisata medis, menjadi penting agar pengembangan layanan lintas batas tetap selaras dengan tujuan sistem kesehatan.

Tinjauan ini juga menggariskan agenda riset lanjutan. Studi empiris diperlukan untuk memetakan posisi dan kesiapan RSUD secara terukur, menganalisis aliran pasien di wilayah perbatasan, melakukan perbandingan daya saing dengan destinasi kawasan, mengkaji keterpaduan pembiayaan BLUD dengan layanan lintas batas, serta merumuskan pengaman ekuitas. Penelitian semacam ini akan memperkuat dasar empiris bagi kerangka konseptual yang diajukan.

Sebagai tinjauan naratif, kajian ini memiliki keterbatasan. Penelusuran tidak mengikuti protokol sistematis dan tidak disertai penilaian risiko bias, sehingga pemilihan literatur berpotensi dipengaruhi pertimbangan subjektif. Selain itu, basis bukti empiris mengenai peran RSUD dalam akses lintas batas di Indonesia masih terbatas, sehingga sebagian argumen bersifat konseptual dan perlu diuji secara empiris. Meskipun demikian, kerangka yang diajukan diharapkan dapat menjadi titik tolak bagi kajian dan kebijakan selanjutnya.

SIMPULAN

Tinjauan ini menyimpulkan bahwa RSUD menempati posisi rujukan regional yang sebagian besar masih pasif dalam arsitektur akses medis lintas batas di Indonesia, padahal sebagian memiliki potensi geostrategis dan keunggulan layanan yang dapat dikembangkan. Melalui lensa pemasaran tempat, daya saing destinasi, Berlian Porter, pandangan berbasis sumber daya, dan tata kelola, RSUD dapat direposisi menjadi simpul strategi tempat yang berdaya saing. Reposisi tersebut menuntut penataan pada tiga tingkat, yaitu internal rumah sakit, ekosistem daerah, dan orkestrasi nasional, dengan akses dan ekuitas

sebagai orientasi utama. Pengembangan kebijakan dan riset empiris lanjutan diperlukan agar kerangka konseptual ini dapat diwujudkan secara bertanggung jawab dan berdampak bagi penguatan sistem kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arab News. (2025). Indonesia launches first medical tourism special economic zone in Bali. Arab News.
2. Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120.
3. Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1–13.
4. Crouch, G. I., & Ritchie, J. R. B. (1999). Tourism, competitiveness, and societal prosperity. *Journal of Business Research*, 44(3), 137–152.
5. Dwyer, L., & Kim, C. (2003). Destination competitiveness: Determinants and indicators. *Current Issues in Tourism*, 6(5), 369–414.
6. Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place*, 16(6), 1145–1155.

7. Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia. (2018). Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah. Jakarta.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2015 tentang penyelenggaraan pelayanan wisata medis. Jakarta.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Gerbang Sehat Indonesia. Jakarta.
10. Kotler, P., Haider, D. H., & Rein, I. (1993). Marketing places. Free Press.
11. Lunt, N., & Mannion, R. (2014). Patient mobility in the global marketplace: A multidisciplinary perspective. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(4), 155–157.
12. Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S. T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). Medical tourism: Treatments, markets and health system implications. OECD.
13. Mainil, T., Van Loon, F., Dinnie, K., Botterill, D., Platenkamp, V., & Meulemans, H. (2012). Transnational health care: From a global terminology towards transnational health region development. *Health Policy*, 108(1), 37–44.
14. Pocock, N. S., & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: A conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, 7, 12.
15. Porter, M. E. (1990). The competitive advantage of nations. Free Press.
16. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. (2026). Apakah otonomi rumah sakit daerah telah mencapai tujuannya? Pelajaran dari Indonesia.
17. Rusli, P. (2019). Medical tourism sebagai strategi pemasaran rumah sakit: Narrative review. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*.