



Department of Digital Business

**Journal of Artificial Intelligence and Digital Business (RIGGS)**

Homepage: <https://journal.ilmudata.co.id/index.php/RIGGS>

Vol 5 No 2 (2026) pp: 1-7

P-ISSN: 2963-9298, e-ISSN: 2963-914X

---

## Pembangunan Berkeadilan dan Akses Kesehatan: Menghapus Kesenjangan Sosial di Masyarakat

Ernawati Arsyad<sup>1</sup>, Muhammad Syukur<sup>2</sup>, Firdaus W Suhaeb<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa S3 Program Studi Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia

<sup>2</sup>Program Studi Pendidikan Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia

<sup>3</sup>Program Studi Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia

[ernawatiarsyad@student.unm.ac.id](mailto:ernawatiarsyad@student.unm.ac.id), [muh.syukur@unm.ac.id](mailto:muh.syukur@unm.ac.id), [firdaus.w.suhaeb@unm.ac.id](mailto:firdaus.w.suhaeb@unm.ac.id)

### Abstrak

*Pembangunan berkeadilan dalam sektor kesehatan merupakan komponen penting dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat yang merata. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketimpangan akses layanan kesehatan dalam perspektif pembangunan berkeadilan di Indonesia melalui pendekatan Systematic Literature Review (SLR). Kajian ini mengintegrasikan berbagai sumber literatur ilmiah, laporan kebijakan, serta data resmi untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kesenjangan akses kesehatan dan implikasinya terhadap pembangunan sosial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan akses layanan kesehatan bersifat kompleks, sistemik, dan multidimensional, yang tidak hanya dipengaruhi oleh faktor teknis dalam sistem kesehatan, tetapi juga oleh struktur sosial yang lebih luas. Meskipun implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berhasil memperluas cakupan layanan secara formal, akses yang bersifat substantif masih belum merata di seluruh kelompok masyarakat. Ketimpangan tersebut dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi, seperti pendapatan dan pendidikan; faktor geografis, seperti distribusi fasilitas kesehatan yang terkonsentrasi di wilayah perkotaan; serta faktor gender yang membatasi akses perempuan terhadap layanan kesehatan. Selain itu, keterbatasan tenaga kesehatan dan hambatan biaya tidak langsung turut memperburuk akses masyarakat, terutama di wilayah pedesaan dan terpencil. Indikator kesehatan seperti tingginya prevalensi stunting dan angka kematian ibu memperlihatkan bahwa pembangunan kesehatan belum sepenuhnya inklusif. Penelitian ini juga menemukan bahwa kebijakan kesehatan yang bersifat universal belum mampu mengatasi ketimpangan struktural secara efektif. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan pembangunan kesehatan yang komprehensif, terintegrasi, dan berorientasi pada keadilan sosial guna mewujudkan pemerataan akses layanan kesehatan di Indonesia.*

**Kata Kunci:** *Pembangunan Berkeadilan, Akses Kesehatan, Ketimpangan Sosial, Determinan Sosial Kesehatan, Kebijakan Kesehatan*

### 1. Latar Belakang

Pembangunan merupakan proses multidimensional yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui transformasi ekonomi, sosial, dan politik. Dalam paradigma pembangunan modern, keberhasilan pembangunan tidak lagi semata-mata diukur dari pertumbuhan ekonomi, tetapi juga dari sejauh mana pembangunan tersebut mampu menciptakan pemerataan kesejahteraan dan keadilan sosial, (Syahird, et al 2025). Amartya Sen menegaskan bahwa pembangunan harus dipahami sebagai proses perluasan kebebasan manusia (*development as freedom*), termasuk kebebasan untuk memperoleh akses terhadap pendidikan, kesehatan, dan kehidupan yang layak (Sen, 1999). Dengan demikian, pembangunan yang berkeadilan menuntut adanya distribusi manfaat yang merata bagi seluruh kelompok masyarakat tanpa diskriminasi.

Salah satu indikator utama dalam pembangunan berkeadilan adalah terpenuhinya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau, dan merata, (Akhiruddin et al. 2025).. Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia sekaligus komponen penting dalam pembangunan manusia. World Health Organization mendefinisikan kesehatan tidak hanya sebagai ketiadaan penyakit, tetapi sebagai kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial secara menyeluruh (WHO, 2023). Oleh karena itu, pembangunan sektor kesehatan memiliki peran strategis dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta mendukung pencapaian pembangunan berkelanjutan.

Di Indonesia, pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk memperluas akses layanan kesehatan, salah satunya melalui implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014. Program ini bertujuan mewujudkan *universal health coverage* dengan memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Hingga tahun 2023, jumlah peserta JKN telah mencapai lebih dari 248 juta jiwa atau sekitar 90% dari total penduduk Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Capaian ini menunjukkan komitmen negara dalam memperluas akses layanan kesehatan secara formal.

Namun demikian, peningkatan cakupan layanan kesehatan belum sepenuhnya diikuti oleh pemerataan akses yang substantif. Berbagai indikator kesehatan menunjukkan bahwa kesenjangan akses layanan kesehatan masih menjadi tantangan utama dalam pembangunan sektor kesehatan di Indonesia. Data World Health Organization menunjukkan bahwa kepadatan tenaga dokter di Indonesia masih berada di bawah standar internasional, yaitu sekitar 0,68 dokter per 1.000 penduduk (WHO, 2023). Kondisi ini mencerminkan adanya keterbatasan sumber daya kesehatan yang berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan.

Selain itu, distribusi fasilitas kesehatan juga masih belum merata antarwilayah. Fasilitas kesehatan dengan layanan lengkap cenderung terkonsentrasi di wilayah perkotaan, khususnya di Pulau Jawa, sementara wilayah pedesaan dan daerah terpencil masih menghadapi keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan dan tenaga medis (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Ketimpangan geografis ini menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan belum sepenuhnya menjangkau seluruh lapisan masyarakat secara adil.

Permasalahan kesehatan masyarakat juga tercermin dari indikator gizi dan kesehatan ibu. Prevalensi stunting pada balita di Indonesia masih berada pada angka 21,5% pada tahun 2023 (Kementerian Kesehatan RI, 2023), yang menunjukkan adanya masalah gizi kronis yang berpotensi mempengaruhi perkembangan fisik dan kognitif anak. Selain itu, angka kematian ibu masih berada pada kisaran 189 per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2023), jauh di atas target *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup. Kondisi ini menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan signifikan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan, khususnya bagi kelompok rentan.

Dalam perspektif sosiologi kesehatan, kesenjangan tersebut tidak dapat dilepaskan dari pengaruh determinan sosial kesehatan. Michael Marmot dan Wilkinson menegaskan bahwa kondisi kesehatan individu sangat dipengaruhi oleh faktor sosial seperti pendapatan, pendidikan, pekerjaan, serta lingkungan tempat tinggal (Marmot & Wilkinson, 2006). Ketimpangan dalam distribusi faktor-faktor tersebut menyebabkan perbedaan akses terhadap layanan kesehatan dan pada akhirnya menghasilkan ketimpangan status kesehatan antar kelompok masyarakat.

Lebih lanjut, konsep keadilan kesehatan (*health equity*) menekankan bahwa setiap individu seharusnya memiliki kesempatan yang adil untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Ketidakadilan kesehatan terjadi ketika perbedaan kondisi kesehatan yang sebenarnya dapat dicegah tetap berlangsung akibat ketimpangan sosial (Whitehead, 1992). Oleh karena itu, pembangunan kesehatan yang berkeadilan tidak hanya berfokus pada penyediaan layanan kesehatan, tetapi juga pada upaya mengatasi hambatan struktural yang menyebabkan ketimpangan akses.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa pembangunan sektor kesehatan di Indonesia masih menghadapi tantangan dalam mewujudkan keadilan sosial. Kesenjangan akses layanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kondisi sosial ekonomi, distribusi geografis, serta keterbatasan sumber daya kesehatan. Oleh karena itu, kajian mengenai pembangunan berkeadilan dan akses kesehatan menjadi penting untuk memahami dinamika ketimpangan yang terjadi serta merumuskan kebijakan publik yang lebih inklusif dan berorientasi pada keadilan sosial.

## 2. Metode Penelitian

### 2.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan Systematic Literature Review (SLR) untuk menganalisis secara komprehensif berbagai penelitian dan laporan terkait pembangunan berkeadilan dan akses kesehatan di Indonesia. Metode SLR dipilih karena mampu mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mensintesis temuan penelitian secara sistematis, transparan, dan dapat direplikasi.

Menurut Barbara Kitchenham, *Systematic Literature Review* merupakan metode penelitian yang dirancang untuk mengumpulkan dan mengevaluasi bukti ilmiah secara terstruktur guna menjawab pertanyaan penelitian tertentu (Kitchenham, 2004). Selain itu, Mark Petticrew dan Roberts (2006) menegaskan bahwa SLR sangat relevan dalam penelitian kebijakan sosial karena mampu menghasilkan sintesis berbasis bukti (*evidence-based synthesis*).

Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk memahami secara mendalam faktor-faktor yang mempengaruhi kesenjangan akses kesehatan serta mengevaluasi efektivitas kebijakan publik dalam mengurangi ketimpangan tersebut.

## 2.2 Prosedur Penelitian

Penelitian ini mengikuti tahapan SLR yang dikembangkan oleh David Moher melalui pedoman PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) yang meliputi empat tahap utama, yaitu: (a) Identifikasi (Identification); Mengumpulkan literatur dari berbagai database ilmiah menggunakan kata kunci yang relevan. (b) Penyaringan (Screening); Menyeleksi artikel berdasarkan judul dan abstrak untuk memastikan kesesuaian dengan topik penelitian. (c) Kelayakan (Eligibility); Melakukan penilaian terhadap isi penuh artikel untuk memastikan kesesuaian dengan kriteria inklusi. (d) Inklusi (Inclusion); Menentukan artikel akhir yang akan dianalisis dalam penelitian.

## 2.3 Sumber Data dan Strategi Pencarian

Data penelitian diperoleh dari berbagai sumber literatur ilmiah yang kredibel, meliputi: (a) Database internasional: Scopus, PubMed. (b) Database nasional: Garuda (Garba Rujukan Digital), Google Scholar. (c) Laporan resmi meliputi; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Badan Pusat Statistik dan World Health Organization.

Strategi pencarian dilakukan dengan menggunakan kombinasi kata kunci berikut: *health equity*, *healthcare access*, *social determinants of health*, *equitable development*, *health inequality in Indonesia* dan *pembangunan kesehatan di Indonesia*. Pencarian dilakukan menggunakan teknik Boolean (*AND*, *OR*) untuk memperluas dan mempersempit hasil pencarian secara sistematis.

## 2.4 Teknik Analisis Data

Data yang telah diseleksi dianalisis menggunakan metode analisis tematik (*thematic analysis*). Menurut Virginia Braun dan Clarke (2006), analisis tematik merupakan metode yang digunakan untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan melaporkan pola (tema) dalam data penelitian. Tahapan analisis meliputi: (a) *Familiarisasi data* (membaca dan memahami isi literatur), (b) *Pengkodean awal* (mengidentifikasi konsep utama), (c) *Pengelompokan tema* (misalnya: ketimpangan geografis, sosial ekonomi, kebijakan kesehatan) dan (d) *Interpretasi data* (menghubungkan temuan dengan teori dan konteks Indonesia). Pendekatan ini digunakan untuk mengidentifikasi pola kesenjangan akses kesehatan serta faktor-faktor yang mempengaruhinya secara sistematis.

## 3. Hasil Penelitian Dan Diskusi

### 3.1 Gambaran Umum Temuan Systematic Literature Review

Hasil *Systematic Literature Review (SLR)* menunjukkan bahwa ketimpangan akses layanan kesehatan di Indonesia merupakan fenomena yang kompleks, sistemik, dan berakar pada struktur sosial. Temuan literatur tidak hanya mengidentifikasi kesenjangan dalam aspek teknis pelayanan kesehatan, tetapi juga menegaskan adanya hubungan erat antara sistem kesehatan dengan struktur ekonomi, sosial, dan politik. Secara umum, hasil kajian memperlihatkan bahwa meskipun Indonesia telah mencapai kemajuan signifikan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), keberhasilan tersebut masih berada pada level cakupan formal, belum sepenuhnya menyentuh akses substantif. Artinya, secara administratif masyarakat telah “terdaftar” dalam sistem kesehatan, tetapi belum tentu mampu memanfaatkan layanan secara optimal.

Dalam kerangka teori determinan sosial kesehatan, kondisi ini menunjukkan bahwa kesehatan tidak hanya ditentukan oleh sistem pelayanan medis, tetapi juga oleh distribusi sumber daya sosial seperti pendapatan, pendidikan, dan lingkungan tempat tinggal (Marmot & Wilkinson, 2006).

### 3.2 Ketimpangan Akses Layanan Kesehatan: Dari Formal ke Substantif

Ketimpangan akses layanan kesehatan di Indonesia tidak dapat dilepaskan dari perbedaan antara akses formal dan akses nyata. Program JKN telah berhasil meningkatkan kepesertaan secara luas, namun literatur menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan masih menghadapi berbagai hambatan struktural.

Salah satu faktor utama adalah keterbatasan tenaga kesehatan. Rasio dokter yang masih di bawah standar internasional menunjukkan bahwa kapasitas sistem kesehatan belum memadai untuk melayani seluruh penduduk secara optimal. Selain itu, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata memperparah ketimpangan tersebut. Dari sisi sosial ekonomi, masyarakat berpendapatan rendah menghadapi hambatan biaya tidak langsung, seperti transportasi, akomodasi, serta kehilangan pendapatan selama berobat. Hambatan ini sering kali tidak terlihat dalam desain kebijakan, tetapi sangat menentukan dalam praktik.

Lebih jauh, ketimpangan ini mencerminkan fenomena *inverse care law*, di mana kelompok masyarakat yang paling membutuhkan layanan kesehatan justru memiliki akses paling terbatas. Hal ini menunjukkan bahwa sistem kesehatan masih belum sepenuhnya berorientasi pada prinsip keadilan sosial.

Tabel 1. Ketimpangan Akses Layanan Kesehatan

No	Indikator	Temuan Utama	Faktor Penyebab	Dampak
1	Rasio dokter	0,68/1000 penduduk	Kekurangan tenaga	Pelayanan terbatas
2	Distribusi tenaga	Terkonsentrasi di kota	Urbanisasi	Ketimpangan wilayah
3	Akses ekonomi	Kelompok miskin terbatas	Biaya langsung	Rendahnya pemanfaatan layanan
4	Informasi kesehatan	Tidak merata	Pendidikan rendah	Perilaku kesehatan buruk

Tabel ini menunjukkan bahwa ketimpangan akses kesehatan tidak hanya disebabkan oleh keterbatasan fasilitas, tetapi juga oleh faktor sosial ekonomi. Keterbatasan tenaga medis dan distribusinya memperlihatkan adanya ketimpangan struktural. Selain itu, hambatan ekonomi dan informasi memperkuat kesenjangan dalam pemanfaatan layanan kesehatan.

### 3.3 Ketimpangan Geografis: Spatial Inequality dalam Sistem Kesehatan

Ketimpangan geografis merupakan salah satu dimensi paling nyata dalam sistem kesehatan di Indonesia. Sebagai negara kepulauan dengan karakteristik wilayah yang beragam, distribusi fasilitas kesehatan menghadapi tantangan logistik yang kompleks. Sebagian besar fasilitas kesehatan dengan layanan lengkap masih terkonsentrasi di wilayah perkotaan, khususnya di Pulau Jawa. Sementara itu, wilayah pedesaan dan daerah terpencil mengalami keterbatasan dalam hal fasilitas, tenaga medis, dan infrastruktur transportasi.

Fenomena ini dapat dijelaskan melalui konsep *spatial inequality*, di mana lokasi geografis menjadi faktor penentu dalam akses terhadap layanan publik. Dalam konteks kesehatan, ketimpangan ini berimplikasi langsung pada kualitas hidup masyarakat. Dampak dari ketimpangan geografis antara lain: Keterlambatan dalam penanganan medis, Tingginya risiko komplikasi penyakit dan Rendahnya akses terhadap layanan rujukan. Dengan demikian, ketimpangan geografis tidak hanya mencerminkan masalah distribusi fasilitas, tetapi juga mencerminkan ketidakadilan dalam pembangunan.

Tabel 2. Ketimpangan Geografis

No	Wilayah	Kondisi	Faktor Penyebab	Dampak
1	Perkotaan	Fasilitas lengkap	Infrastruktur maju	Akses cepat
2	Pedesaan	Fasilitas terbatas	Infrastruktur minim	Akses lambat
3	Terpencil	Sangat terbatas	Transportasi sulit	Risiko kematian tinggi

Tabel ini menegaskan bahwa lokasi geografis menjadi faktor utama dalam menentukan akses kesehatan. Ketimpangan ini menciptakan *spatial inequality*, di mana masyarakat di wilayah terpencil memiliki peluang lebih kecil untuk memperoleh layanan kesehatan yang memadai.

### 3.4 Dimensi Sosial Ekonomi: Social Gradient dalam Kesehatan

Hasil kajian menunjukkan bahwa kondisi sosial ekonomi memiliki pengaruh yang sangat signifikan terhadap akses layanan kesehatan. Konsep *social gradient in health* menjelaskan bahwa terdapat hubungan linear antara status sosial ekonomi dengan kondisi kesehatan.

Masyarakat dengan tingkat pendapatan tinggi cenderung memiliki akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan, baik dari segi kualitas maupun kecepatan pelayanan. Sebaliknya, masyarakat miskin tidak hanya mengalami keterbatasan akses, tetapi juga memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi.

Faktor pendidikan juga berperan penting. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki literasi kesehatan yang lebih baik, sehingga mampu mengambil keputusan yang lebih tepat terkait kesehatan.

Selain itu, pekerjaan dan kondisi lingkungan turut mempengaruhi kesehatan masyarakat. Lingkungan yang tidak sehat, seperti sanitasi yang buruk dan akses air bersih yang terbatas, meningkatkan risiko penyakit. Dengan demikian, ketimpangan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari ketimpangan sosial yang lebih luas dalam masyarakat.

### 3.5 Stunting sebagai Indikator Ketimpangan Struktural

Stunting merupakan salah satu indikator paling jelas dari ketimpangan dalam pembangunan kesehatan. Tingginya prevalensi stunting menunjukkan bahwa masalah kesehatan di Indonesia tidak hanya bersifat medis, tetapi juga sosial dan ekonomi.

Dalam perspektif determinan sosial kesehatan, stunting berkaitan erat dengan: Kemiskinan, Rendahnya pendidikan ibu, Keterbatasan akses pangan bergizi dan Sanitasi yang buruk. Dampak stunting tidak hanya bersifat jangka pendek, tetapi juga jangka panjang. Anak yang mengalami stunting cenderung memiliki kemampuan kognitif yang lebih rendah, yang pada akhirnya mempengaruhi produktivitas ekonomi di masa depan.

Dengan demikian, stunting dapat dipahami sebagai indikator kegagalan sistem pembangunan dalam menciptakan kesejahteraan yang merata. Stunting merupakan indikator penting ketimpangan pembangunan kesehatan. Prevalensi yang masih tinggi menunjukkan bahwa intervensi kesehatan belum menyentuh akar masalah sosial.

Tabel 3. Faktor Penyebab Stunting

No	Faktor	Deskripsi	Dampak
1	Ekonomi	Kemiskinan	Kekurangan gizi
2	Pendidikan	Pendidikan ibu rendah	Pola asuh buruk
3	Sanitasi	Lingkungan tidak sehat	Penyakit infeksi
4	Akses pangan	Terbatas	Gizi tidak seimbang

Tabel ini menunjukkan bahwa stunting merupakan hasil dari kombinasi berbagai faktor sosial. Oleh karena itu, penanganannya tidak cukup melalui intervensi medis, tetapi memerlukan pendekatan lintas sektor.

### 3.6 Kesehatan Ibu: Interseksi antara Kesehatan dan Gender

Tingginya angka kematian ibu di Indonesia menunjukkan adanya ketimpangan dalam layanan kesehatan maternal. Namun, analisis lebih dalam menunjukkan bahwa masalah ini tidak hanya berkaitan dengan faktor medis, tetapi juga dengan struktur sosial dan budaya. Konsep *three delays model* menjelaskan bahwa kematian ibu sering kali disebabkan oleh: Keterlambatan dalam pengambilan keputusan, Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan dan Keterlambatan dalam mendapatkan pelayanan medis.

Selain itu, dimensi gender memainkan peran penting. Dalam banyak kasus, perempuan tidak memiliki otonomi penuh dalam mengambil keputusan terkait kesehatan. Ketergantungan ekonomi dan norma sosial patriarkal membatasi akses perempuan terhadap layanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa ketimpangan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari ketimpangan gender dalam masyarakat. Tingginya angka kematian ibu menunjukkan adanya ketimpangan dalam layanan kesehatan maternal serta faktor sosial budaya.

Tabel 4. Faktor Penyebab Tingginya AKI

No	Faktor	Penjelasan	Dampak
1	Medis	Komplikasi kehamilan	Risiko kematian
2	Sosial	Keputusan terlambat	Keterlambatan layanan
3	Transportasi	Akses sulit	Tidak sampai fasilitas
4	Gender	Ketergantungan ekonomi	Otonomi rendah

Tabel ini menunjukkan bahwa tingginya angka kematian ibu tidak hanya disebabkan oleh faktor medis, tetapi juga oleh faktor sosial dan budaya. Dimensi gender menjadi faktor penting yang sering diabaikan dalam kebijakan kesehatan.

### 3.7 Evaluasi Kebijakan: Keterbatasan Pendekatan Universal

Program JKN merupakan langkah penting dalam mewujudkan *universal health coverage*. Namun, hasil kajian menunjukkan bahwa kebijakan yang bersifat universal belum sepenuhnya mampu mengatasi ketimpangan struktural.

Kebijakan universal cenderung berfokus pada pemerataan akses secara formal, tanpa mempertimbangkan perbedaan kondisi sosial masyarakat. Akibatnya, kelompok rentan tetap mengalami kesulitan dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Dalam perspektif ekonomi politik kesehatan, ketimpangan ini berkaitan dengan distribusi kekuasaan dan sumber daya dalam masyarakat. Kebijakan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari konteks sosial dan politik yang lebih luas. Dengan demikian, diperlukan pendekatan kebijakan yang lebih kontekstual dan berorientasi pada keadilan sosial.

Program JKN telah memperluas akses layanan kesehatan, namun belum sepenuhnya mampu mengatasi ketimpangan struktural.

Tabel 5. Evaluasi Kebijakan Kesehatan

No	Kebijakan	Tujuan	Kelebihan	Kelemahan
1	JKN	Universal coverage	Akses luas	Tidak merata
2	Puskesmas	Layanan primer	Dekat masyarakat	Kualitas bervariasi
3	Program stunting	Penurunan gizi buruk	Penurunan angka	Belum optimal

Tabel ini menunjukkan bahwa kebijakan kesehatan di Indonesia telah memberikan dampak positif, namun masih menghadapi berbagai tantangan dalam implementasinya. Ketimpangan distribusi sumber daya menjadi faktor utama yang menghambat efektivitas kebijakan.

### 3.8 Sintesis Kritis: Ketimpangan sebagai Produk Sistemik

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan akses kesehatan di Indonesia merupakan produk dari interaksi berbagai faktor: Faktor struktural (kebijakan, distribusi sumber daya), Faktor sosial (pendidikan, pendapatan, gender) dan Faktor geografis (lokasi, infrastruktur). Ketimpangan ini tidak dapat diselesaikan melalui pendekatan sektoral semata, tetapi memerlukan pendekatan multidimensional yang mengintegrasikan berbagai sektor pembangunan.

Tabel 6. Sintesis Komprehensif Temuan SLR

No	Tema	Temuan	Faktor	Dampak	Teori
1	Akses	Tidak merata	Sosial ekonomi	Ketimpangan	Determinan sosial
2	Geografis	Tidak seimbang	Infrastruktur	Keterlambatan layanan	Spatial inequality
3	Gizi	Stunting tinggi	Kemiskinan	SDM rendah	WHO
4	Maternal	AKI tinggi	Gender	Mortalitas	Gender theory
5	Kebijakan	Belum efektif	Distribusi	Ketimpangan	Political economy

Tabel ini merangkum seluruh temuan utama penelitian. Ketimpangan kesehatan di Indonesia merupakan hasil interaksi berbagai faktor yang saling berkaitan. Tidak ada satu faktor tunggal yang menjadi penyebab utama, melainkan kombinasi faktor struktural, sosial, dan kebijakan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan akses layanan kesehatan di Indonesia masih menjadi tantangan utama dalam pembangunan berkeadilan. Meskipun program JKN telah memperluas cakupan layanan, akses yang bersifat substantif masih belum merata. Ketimpangan tersebut dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi, geografis, gender, dan kebijakan publik. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan yang berkeadilan memerlukan pendekatan yang komprehensif, terintegrasi, dan berorientasi pada keadilan sosial.

## 4. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian melalui pendekatan *Systematic Literature Review* (SLR), dapat disimpulkan bahwa ketimpangan akses layanan kesehatan di Indonesia merupakan persoalan yang kompleks, sistemik, dan berakar pada struktur sosial yang lebih luas. Ketimpangan tersebut tidak hanya berkaitan dengan aspek teknis dalam sistem pelayanan kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi, geografis, gender, serta kebijakan publik yang belum sepenuhnya responsif terhadap kondisi masyarakat yang beragam. Pertama, dari sisi akses layanan kesehatan, penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara akses formal dan akses substantif. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berhasil meningkatkan cakupan kepesertaan secara luas, namun belum mampu menjamin bahwa seluruh masyarakat dapat memanfaatkan layanan kesehatan secara optimal. Hambatan seperti keterbatasan tenaga kesehatan, distribusi yang tidak merata, serta biaya tidak langsung menjadi faktor utama yang menghambat akses nyata masyarakat terhadap layanan kesehatan. Kedua, ketimpangan geografis menjadi salah satu determinan utama dalam menciptakan disparitas layanan kesehatan. Konsentrasi fasilitas kesehatan di wilayah perkotaan, khususnya di Pulau Jawa, menyebabkan masyarakat di daerah pedesaan dan terpencil mengalami keterbatasan akses yang signifikan. Kondisi ini memperlihatkan adanya *spatial inequality*

yang berdampak pada keterlambatan pelayanan medis, peningkatan risiko komplikasi penyakit, serta tingginya angka kesakitan dan kematian. Ketiga, faktor sosial ekonomi memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap kondisi kesehatan masyarakat. Konsep *social gradient in health* menunjukkan bahwa kelompok masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah cenderung memiliki akses yang lebih terbatas terhadap layanan kesehatan sekaligus menghadapi risiko kesehatan yang lebih tinggi. Rendahnya tingkat pendidikan, keterbatasan pendapatan, serta kondisi lingkungan yang tidak sehat menjadi faktor yang memperburuk ketimpangan tersebut. Keempat, indikator kesehatan seperti prevalensi stunting dan angka kematian ibu menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia masih menghadapi tantangan serius. Stunting mencerminkan kegagalan dalam pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat, sementara tingginya angka kematian ibu menunjukkan adanya ketimpangan dalam layanan kesehatan maternal. Kedua indikator ini tidak hanya berkaitan dengan faktor medis, tetapi juga dengan kondisi sosial, ekonomi, dan budaya, termasuk dimensi gender yang membatasi akses perempuan terhadap layanan kesehatan. Kelima, dari perspektif kebijakan publik, penelitian ini menunjukkan bahwa pendekatan kebijakan yang bersifat universal belum sepenuhnya mampu mengatasi ketimpangan struktural. Kebijakan seperti JKN cenderung berfokus pada pemerataan akses secara formal tanpa mempertimbangkan perbedaan kondisi sosial masyarakat. Akibatnya, kelompok rentan masih mengalami kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan secara optimal. Hal ini menunjukkan bahwa kesetaraan dalam kebijakan tidak selalu menghasilkan keadilan dalam praktik. Secara keseluruhan, penelitian ini menegaskan bahwa ketimpangan akses layanan kesehatan di Indonesia merupakan hasil interaksi antara berbagai faktor struktural, sosial, dan geografis. Oleh karena itu, upaya untuk mewujudkan pembangunan kesehatan yang berkeadilan tidak dapat dilakukan melalui pendekatan sektoral semata, melainkan memerlukan strategi yang komprehensif dan multidimensional. Implikasi dari penelitian ini adalah perlunya reformulasi kebijakan kesehatan yang lebih berorientasi pada keadilan sosial, dengan menempatkan kelompok rentan sebagai prioritas utama. Selain itu, diperlukan integrasi antara kebijakan kesehatan dengan kebijakan sosial lainnya, seperti pendidikan, ekonomi, dan pembangunan wilayah, guna mengatasi akar permasalahan ketimpangan secara lebih efektif. Dengan demikian, pembangunan kesehatan yang berkeadilan hanya dapat terwujud apabila terdapat komitmen yang kuat dari berbagai pemangku kepentingan untuk mengatasi ketimpangan struktural serta memastikan bahwa setiap individu memiliki kesempatan yang sama untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

## Referensi

1. Akhiruddin, A., Nur, M. K., Yunus, M. Y., & Suhaeb, F. W. (2025). From Functional to Aesthetic: Capitalism, Consumerism, and the Formation of Social Identity in the Campus Environment-A Literature Review. *RIGGS: Journal of Artificial Intelligence and Digital Business*, 4(3), 7932-7941.
2. Badan Pusat Statistik. (2023). *Indikator kesehatan Indonesia*.
3. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
4. Kitchenham, B. (2004). Procedures for performing systematic reviews. Keele University.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Profil kesehatan Indonesia 2022*.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Survei Status Gizi Indonesia (SSGI)*.
7. Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health*. Oxford University Press.
8. Marmot, M. (2015). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury.
9. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
10. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health for everyone? Social inequalities in health and health systems*.
11. Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences*. Blackwell Publishing.
12. *Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
13. The Lancet Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*.
14. United Nations Development Programme. (2020). *Human development report 2020: The next frontier—Human development and the Anthropocene*.
15. Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
16. Syahird, A., Syarif, A. M. A., Syukri, S., Syahrudin, A. N., Jalal, J., Akhiruddin, A., & Aruni, F. (2025). Sosialisasi Dampak Hukum Dan Sosial Kebijakan Administrasi Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup. *Jubaedah: Jurnal Pengabdian dan Edukasi Sekolah (Indonesian Journal of Community Services and School Education)*, 5(3), 1463-1470.
17. Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO.
18. Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
19. World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023*.
20. World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*.
21. World Bank. (2022). *World development report 2022: Finance for an equitable recovery*.
22. World Bank. (2020). *Indonesia public expenditure review: Spending for better results*.