



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: 5711-5720

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

Pembangunan Berkeadilan dan Tantangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia: Analisis Sosial terhadap Ketimpangan Akses Layanan Kesehatan

Musdalifah¹, Muhammad Syukur², Firdaus W Suhaeb³

¹Program Studi S3 Ilmu Sosiologi, Universitas Negeri Makassar, Indonesia

²Program Studi Pendidikan Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia

³Program Studi Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia

musdalifah86ifah@gmail.com¹, muh.syukur@unm.ac.id², firdaus.w.suhaeb@unm.ac.id³

Abstrak

Pembangunan kesehatan merupakan bagian penting dalam pembangunan nasional karena berkaitan langsung dengan kualitas hidup, produktivitas, dan kesejahteraan masyarakat. Namun demikian, pembangunan kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai persoalan ketimpangan sosial, terutama dalam akses pelayanan kesehatan antarwilayah dan antarkelompok masyarakat. Penelitian bertujuan untuk menganalisis isu-isu pembangunan dan kesehatan yang berkeadilan di Indonesia serta mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi ketimpangan pelayanan kesehatan masyarakat. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi literatur (library research). Data diperoleh dari jurnal ilmiah, buku akademik, laporan pemerintah, dan publikasi organisasi internasional berkaitan dengan pembangunan dan kesehatan masyarakat. Teknik analisis data dilakukan melalui pengumpulan literatur, reduksi data, klasifikasi tema, analisis isi (content analysis), dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan pelayanan kesehatan di Indonesia dipengaruhi oleh faktor geografis, kondisi sosial-ekonomi, keterbatasan infrastruktur, distribusi tenaga medis tidak merata, serta rendahnya kualitas layanan kesehatan di daerah terpencil. Selain itu, kemiskinan dan rendahnya tingkat pendidikan masyarakat turut memengaruhi kemampuan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Penelitian juga menemukan bahwa model pembangunan terlalu berorientasi pada pertumbuhan ekonomi dapat memperbesar kesenjangan sosial dalam bidang kesehatan. Disisi lain, globalisasi dan digitalisasi memberikan dampak positif melalui inovasi layanan kesehatan, tetapi juga menimbulkan kesenjangan digital dalam akses layanan kesehatan masyarakat. Kesimpulan bahwa pembangunan kesehatan yang berkeadilan memerlukan kebijakan yang inklusif, pemerataan fasilitas kesehatan, penguatan layanan kesehatan primer, peningkatan distribusi tenaga medis, serta kolaborasi antara pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta. Pembangunan kesehatan tidak hanya berkaitan dengan penyediaan layanan medis, tetapi juga menyangkut upaya menciptakan keadilan sosial dan peningkatan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh.

Kata kunci: Pembangunan Berkeadilan, Kesehatan Masyarakat, Ketimpangan Sosial, Pelayanan Kesehatan, Pembangunan Sosial.

1. Pendahuluan

Pembangunan nasional pada hakikatnya merupakan proses perubahan sosial yang dirancang secara sistematis untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam berbagai aspek kehidupan, baik ekonomi, sosial, budaya, politik, maupun kesehatan. Dalam paradigma pembangunan modern, keberhasilan pembangunan tidak lagi hanya diukur melalui pertumbuhan ekonomi semata, tetapi juga melalui peningkatan kualitas hidup manusia secara menyeluruh. Oleh karena itu, pembangunan manusia (*human development*) menjadi orientasi utama dalam kebijakan pembangunan di berbagai negara, termasuk Indonesia. Salah satu indikator penting dalam pembangunan manusia adalah kesehatan masyarakat, karena kesehatan memiliki hubungan erat dengan produktivitas, kualitas sumber daya manusia, dan keberlanjutan pembangunan nasional (Todaro & Smith, 2015).

Kesehatan menjadi aspek fundamental dalam kehidupan manusia karena menentukan kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas sosial dan ekonomi. Menurut World Health Organization (WHO), kesehatan merupakan keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial serta bukan hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan fisik semata (World Health Organization, 2023). Definisi tersebut menunjukkan bahwa kesehatan memiliki dimensi

multidimensional yang berkaitan dengan kondisi sosial masyarakat. Dengan demikian, pembangunan kesehatan tidak dapat dipahami hanya sebagai penyediaan fasilitas medis atau pelayanan pengobatan, tetapi juga sebagai upaya menciptakan kesejahteraan sosial yang merata dan berkeadilan.

Dalam konteks pembangunan global, isu kesehatan menjadi perhatian utama sejak disepakatinya agenda Sustainable Development Goals (SDGs) oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Tujuan ketiga SDGs menekankan pentingnya menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi semua kelompok usia. Agenda tersebut menegaskan prinsip *no one left behind*, yaitu pembangunan harus menjangkau seluruh lapisan masyarakat tanpa diskriminasi sosial, ekonomi, maupun geografis. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan tidak hanya diarahkan pada peningkatan indikator kesehatan nasional, tetapi juga pada pemerataan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

Di Indonesia, pembangunan kesehatan telah menjadi prioritas nasional yang diwujudkan melalui berbagai program pemerintah, seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pembangunan fasilitas kesehatan, peningkatan layanan Puskesmas, serta penguatan program kesehatan masyarakat berbasis komunitas. Kehadiran program JKN melalui BPJS Kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah dalam memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Hingga tahun 2024, jumlah peserta JKN tercatat mencapai lebih dari 270 juta jiwa atau sekitar 95% dari total penduduk Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Capaian tersebut menunjukkan adanya komitmen pemerintah dalam meningkatkan perlindungan kesehatan masyarakat secara nasional.

Namun demikian, di tengah berbagai capaian pembangunan kesehatan tersebut, Indonesia masih menghadapi berbagai persoalan ketimpangan sosial dalam pelayanan kesehatan. Ketimpangan tersebut terlihat dari perbedaan kualitas fasilitas kesehatan antara wilayah perkotaan dan pedesaan, ketimpangan distribusi tenaga medis, serta rendahnya akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang memadai. Badan Pusat Statistik (2024) menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit dengan fasilitas lengkap masih terkonsentrasi di Pulau Jawa dan kota-kota besar, sementara wilayah terpencil di kawasan timur Indonesia masih mengalami keterbatasan infrastruktur kesehatan dan minimnya tenaga medis profesional. Selain itu, rasio dokter di Indonesia juga masih tergolong rendah dibandingkan standar WHO, terutama di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T).

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2024) menunjukkan bahwa distribusi tenaga kesehatan di Indonesia belum merata. Sebagian besar dokter spesialis terkonsentrasi di kota-kota besar seperti Jakarta, Surabaya, dan Makassar, sedangkan banyak daerah terpencil masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan. Kondisi tersebut menyebabkan masyarakat di wilayah pedesaan harus menempuh jarak yang cukup jauh untuk memperoleh layanan kesehatan yang layak. Ketimpangan distribusi layanan kesehatan ini secara langsung memengaruhi kualitas hidup masyarakat dan meningkatkan risiko terjadinya masalah kesehatan kronis, Akhiruddin, A., & Syukur, M. (2025).

Selain faktor geografis, ketimpangan kesehatan juga dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi masyarakat. Kelompok masyarakat miskin cenderung memiliki akses yang lebih rendah terhadap layanan kesehatan berkualitas karena keterbatasan biaya, rendahnya tingkat pendidikan, dan minimnya informasi kesehatan. Menurut data Badan Pusat Statistik (2024), persentase penduduk miskin di Indonesia masih berada pada angka sekitar 9% dari total populasi nasional. Kondisi kemiskinan tersebut berdampak pada rendahnya kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan kesehatan, seperti pemeriksaan rutin, pembelian obat, dan akses terhadap fasilitas kesehatan modern.

Michael Marmot (2015) menjelaskan bahwa ketidaksetaraan sosial memiliki hubungan erat dengan kualitas kesehatan masyarakat. Kelompok masyarakat dengan kondisi ekonomi rendah umumnya hidup di lingkungan yang kurang sehat, memiliki akses terbatas terhadap air bersih dan sanitasi, serta lebih rentan terhadap penyakit menular maupun penyakit kronis. Dalam perspektif sosiologi kesehatan, kondisi tersebut menunjukkan bahwa kesehatan tidak hanya ditentukan oleh faktor biologis, tetapi juga dipengaruhi oleh struktur sosial dan distribusi sumber daya dalam Masyarakat, Jalal, et al (2024).

Persoalan kesehatan di Indonesia juga semakin kompleks akibat perubahan sosial yang dipicu oleh globalisasi, urbanisasi, dan perkembangan teknologi. Urbanisasi yang tidak terkendali menyebabkan meningkatnya kepadatan penduduk perkotaan, pencemaran lingkungan, serta munculnya berbagai penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan gangguan kesehatan mental. Di sisi lain, masyarakat pedesaan masih menghadapi persoalan kesehatan dasar seperti stunting, gizi buruk, dan keterbatasan sanitasi lingkungan. Berdasarkan Survei Status Gizi

Indonesia (SSGI) tahun 2023, prevalensi stunting di Indonesia masih berada pada angka sekitar 21,5%, yang menunjukkan bahwa persoalan kesehatan anak masih menjadi tantangan serius dalam pembangunan nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Pandemi COVID-19 juga memperlihatkan secara nyata lemahnya sistem kesehatan dan tingginya ketimpangan pelayanan kesehatan di Indonesia. Selama pandemi, kelompok masyarakat miskin, pekerja informal, dan masyarakat di daerah terpencil menjadi kelompok yang paling rentan terhadap keterbatasan layanan kesehatan. Keterbatasan fasilitas kesehatan, minimnya alat kesehatan, dan rendahnya perlindungan sosial memperlihatkan bahwa pembangunan kesehatan belum sepenuhnya mampu menjamin keadilan sosial bagi seluruh masyarakat (Fitriani & Hasibuan, 2022). Pandemi COVID-19 menjadi pelajaran penting bahwa kesehatan bukan hanya persoalan medis, tetapi juga berkaitan dengan persoalan sosial, ekonomi, politik, dan kebijakan publik.

Dalam perspektif sosiologi pembangunan, ketimpangan pelayanan kesehatan mencerminkan adanya ketidakadilan sosial dalam distribusi sumber daya pembangunan. Giddens (2014) menjelaskan bahwa struktur sosial memiliki pengaruh besar terhadap peluang individu dalam memperoleh akses terhadap pendidikan, pekerjaan, dan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, kelompok masyarakat yang memiliki posisi sosial ekonomi rendah cenderung mengalami marginalisasi dalam memperoleh pelayanan publik yang berkualitas, Akhiruddin, A., & Wahira, W. (2025).

Konsep pembangunan berkeadilan muncul sebagai kritik terhadap paradigma pembangunan yang terlalu berorientasi pada pertumbuhan ekonomi tanpa memperhatikan distribusi kesejahteraan masyarakat. Todaro dan Smith (2015) menjelaskan bahwa pembangunan yang ideal harus mampu mengurangi kemiskinan, memperkecil kesenjangan sosial, serta memperluas akses masyarakat terhadap layanan publik. Dalam konteks kesehatan, pembangunan berkeadilan berarti memastikan bahwa setiap individu memiliki kesempatan yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan tanpa diskriminasi sosial, ekonomi, maupun geografis, Syahird, et al, (2025).

Pembangunan kesehatan yang berkeadilan juga memerlukan pendekatan partisipatif dengan melibatkan masyarakat sebagai subjek pembangunan. Partisipasi masyarakat menjadi penting karena program kesehatan yang efektif harus disesuaikan dengan kebutuhan sosial dan budaya masyarakat setempat, Taohi, et al (2024). Selain itu, penguatan layanan kesehatan primer seperti Puskesmas menjadi strategi penting dalam meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat rentan dan wilayah terpencil.

Dengan demikian, isu pembangunan dan kesehatan yang berkeadilan merupakan persoalan multidimensional yang berkaitan dengan aspek sosial, ekonomi, budaya, politik, dan lingkungan. Ketimpangan pelayanan kesehatan yang masih terjadi menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia belum sepenuhnya berjalan secara inklusif dan merata. Oleh karena itu, diperlukan kebijakan pembangunan kesehatan yang tidak hanya berorientasi pada pembangunan fisik dan pertumbuhan ekonomi, tetapi juga menekankan prinsip keadilan sosial, pemerataan akses layanan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis isu-isu pembangunan dan kesehatan yang berkeadilan di Indonesia serta mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi ketimpangan pelayanan kesehatan masyarakat. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi akademik dalam pengembangan kajian sosiologi pembangunan dan kesehatan masyarakat serta menjadi bahan pertimbangan dalam perumusan kebijakan pembangunan kesehatan yang lebih adil, inklusif, dan berkelanjutan.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian studi kepustakaan (*library research*). Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian ini bertujuan memahami secara mendalam fenomena pembangunan dan kesehatan yang berkeadilan melalui analisis berbagai sumber literatur dan dokumen ilmiah. Menurut Creswell (2018), penelitian kualitatif digunakan untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang berasal dari persoalan sosial atau kemanusiaan melalui proses interpretasi data secara mendalam. Dalam konteks penelitian ini, pendekatan kualitatif digunakan untuk menganalisis hubungan antara pembangunan berkeadilan, ketimpangan sosial, dan pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Metode studi literatur (*library research*) digunakan karena penelitian berfokus pada pengkajian teori, konsep, hasil penelitian terdahulu, serta data empiris yang berkaitan dengan isu pembangunan dan kesehatan masyarakat. Studi

literatur merupakan metode penelitian yang dilakukan dengan cara mengumpulkan, membaca, mencatat, dan menganalisis berbagai sumber pustaka yang relevan dengan topik penelitian (Zed, 2014). Pendekatan ini memungkinkan peneliti memperoleh pemahaman teoritis dan konseptual mengenai pembangunan kesehatan yang berkeadilan serta faktor-faktor yang memengaruhi ketimpangan pelayanan kesehatan.

Sumber data dalam penelitian ini terdiri atas data sekunder yang diperoleh dari berbagai dokumen ilmiah dan publikasi resmi. Data dikumpulkan dari jurnal nasional dan internasional, buku akademik, laporan lembaga pemerintah, dokumen kebijakan publik, serta publikasi organisasi internasional yang berkaitan dengan pembangunan kesehatan dan ketimpangan sosial. Sumber data utama penelitian meliputi laporan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Badan Pusat Statistik (BPS), World Health Organization (WHO), serta artikel ilmiah yang membahas pembangunan berkeadilan dan kesehatan masyarakat.

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui proses dokumentasi dan penelusuran literatur secara sistematis. Peneliti mengidentifikasi berbagai referensi yang relevan menggunakan kata kunci seperti “pembangunan berkeadilan”, “kesehatan masyarakat”, “ketimpangan sosial”, “akses pelayanan kesehatan”, dan “sosiologi kesehatan”. Literatur yang dipilih merupakan sumber yang memiliki relevansi dengan fokus penelitian dan diterbitkan dalam rentang waktu yang masih aktual untuk mendukung validitas kajian.

Dalam proses penelitian, peneliti melakukan beberapa tahapan analisis data. Tahap pertama adalah pengumpulan literatur yang relevan dengan tema penelitian. Pada tahap ini, peneliti menyeleksi berbagai sumber berdasarkan kesesuaian topik, kualitas sumber, dan relevansi isi terhadap isu pembangunan dan kesehatan yang berkeadilan. Tahap kedua adalah reduksi data, yaitu proses memilih dan menyederhanakan informasi penting dari berbagai sumber yang telah dikumpulkan. Reduksi data dilakukan untuk memfokuskan penelitian pada aspek-aspek utama yang berkaitan dengan ketimpangan kesehatan dan pembangunan sosial.

Tahap ketiga adalah klasifikasi tema, yaitu mengelompokkan data berdasarkan tema-tema tertentu seperti ketimpangan akses kesehatan, pembangunan berkeadilan, determinan sosial kesehatan, kemiskinan, kebijakan publik, dan pemerataan pelayanan kesehatan. Proses klasifikasi dilakukan untuk mempermudah analisis hubungan antarvariabel dan menemukan pola-pola yang muncul dalam berbagai literatur.

Tahap keempat adalah analisis isi (*content analysis*). Analisis isi digunakan untuk memahami makna, konsep, dan pola pemikiran yang terdapat dalam berbagai sumber literatur secara sistematis dan objektif. Menurut Krippendorff (2018), *content analysis* merupakan teknik penelitian yang digunakan untuk membuat inferensi yang valid dan dapat direplikasi dari data berdasarkan konteksnya. Dalam penelitian ini, analisis isi dilakukan dengan cara mengidentifikasi gagasan utama, membandingkan hasil penelitian terdahulu, serta menginterpretasikan berbagai data yang berkaitan dengan pembangunan kesehatan yang berkeadilan.

Tahap terakhir adalah penarikan kesimpulan. Pada tahap ini, peneliti menyusun interpretasi akhir berdasarkan hasil analisis data yang telah dilakukan sebelumnya. Kesimpulan penelitian dirumuskan dengan menghubungkan temuan-temuan literatur terhadap tujuan penelitian, yaitu memahami isu pembangunan dan kesehatan yang berkeadilan serta faktor-faktor yang memengaruhi ketimpangan pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Untuk menjaga validitas data, penelitian ini menggunakan teknik triangulasi sumber, yaitu membandingkan informasi dari berbagai referensi dan dokumen ilmiah yang berbeda. Triangulasi dilakukan agar data yang digunakan memiliki tingkat keakuratan dan konsistensi yang tinggi sehingga hasil penelitian dapat dipertanggungjawabkan secara akademik (Moleong, 2018). Selain itu, penggunaan sumber-sumber resmi dari lembaga pemerintah dan organisasi internasional juga dilakukan untuk meningkatkan kredibilitas penelitian.

Pendekatan studi literatur dalam penelitian ini dinilai relevan karena mampu memberikan gambaran komprehensif mengenai persoalan pembangunan dan kesehatan yang berkeadilan di Indonesia. Melalui analisis berbagai sumber ilmiah dan data empiris, penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan pemahaman yang lebih mendalam mengenai ketimpangan pelayanan kesehatan serta memberikan kontribusi teoritis dan praktis dalam pengembangan kebijakan pembangunan kesehatan yang lebih inklusif dan berkeadilan.

3. Hasil dan Pembahasan

1. Ketimpangan Akses Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Hasil kajian literatur menunjukkan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan masih menjadi persoalan utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Ketimpangan tersebut terlihat dari distribusi fasilitas kesehatan, tenaga medis, dan kualitas pelayanan kesehatan yang belum merata antarwilayah. Sebagian besar rumah sakit modern, fasilitas kesehatan lengkap, dan tenaga kesehatan profesional masih terkonsentrasi di wilayah perkotaan, khususnya di Pulau Jawa dan kota-kota besar. Sementara itu, masyarakat di daerah pedesaan, wilayah perbatasan, dan kawasan terpencil masih menghadapi keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan yang layak.

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2024) menunjukkan bahwa rasio dokter di Indonesia masih belum merata. Provinsi-provinsi di kawasan timur Indonesia seperti Papua, Maluku, dan Nusa Tenggara masih mengalami kekurangan tenaga medis dibandingkan wilayah perkotaan di Pulau Jawa. Selain itu, fasilitas kesehatan rujukan seperti rumah sakit tipe A dan rumah sakit spesialis sebagian besar berada di kota-kota besar, sehingga masyarakat di daerah terpencil harus menempuh perjalanan yang jauh untuk memperoleh layanan kesehatan yang memadai.

Ketimpangan tersebut berdampak langsung terhadap kualitas kesehatan masyarakat. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2024), angka kematian ibu dan bayi masih relatif tinggi di beberapa daerah dengan keterbatasan akses layanan kesehatan. Selain itu, masyarakat desa juga cenderung mengalami keterlambatan penanganan medis akibat minimnya fasilitas kesehatan dan rendahnya akses transportasi. Kondisi ini menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia belum sepenuhnya menjamin pemerataan akses layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

Dalam perspektif sosiologi pembangunan, ketimpangan pelayanan kesehatan mencerminkan adanya ketidakadilan dalam distribusi sumber daya pembangunan. Giddens (2014) menjelaskan bahwa struktur sosial memengaruhi peluang individu dalam memperoleh akses terhadap pelayanan publik, termasuk kesehatan. Masyarakat dengan posisi sosial ekonomi rendah cenderung mengalami keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas dibandingkan kelompok masyarakat yang memiliki sumber daya ekonomi lebih baik.

Selain itu, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ketimpangan pelayanan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor geografis, tetapi juga oleh keterbatasan infrastruktur dasar seperti jalan, listrik, air bersih, dan jaringan komunikasi. Daerah yang memiliki infrastruktur rendah umumnya mengalami keterbatasan pelayanan kesehatan karena distribusi tenaga medis dan fasilitas kesehatan menjadi sulit dilakukan. Hal ini memperlihatkan bahwa pembangunan kesehatan sangat berkaitan dengan pembangunan sosial dan infrastruktur secara menyeluruh.

2. Faktor Ekonomi dan Kemiskinan dalam Akses Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi ekonomi masyarakat menjadi faktor penting yang memengaruhi kemampuan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Kelompok masyarakat miskin umumnya mengalami keterbatasan dalam membayar biaya pengobatan, membeli obat-obatan, melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, serta memperoleh layanan kesehatan berkualitas. Walaupun pemerintah telah menyediakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), implementasi program tersebut masih menghadapi berbagai kendala administratif, keterbatasan fasilitas, dan rendahnya kualitas pelayanan di beberapa daerah.

Data Badan Pusat Statistik (2024) menunjukkan bahwa masyarakat miskin masih rentan mengalami hambatan akses kesehatan akibat keterbatasan pendapatan dan tingginya biaya hidup. Dalam banyak kasus, masyarakat berpenghasilan rendah lebih memilih menunda pengobatan karena alasan ekonomi. Kondisi tersebut menyebabkan meningkatnya risiko penyakit kronis dan memperburuk kualitas kesehatan masyarakat miskin.

Michael Marmot (2015) menjelaskan bahwa ketidaksetaraan sosial memiliki pengaruh besar terhadap kondisi kesehatan masyarakat. Kelompok masyarakat miskin umumnya hidup di lingkungan yang kurang sehat, memiliki akses terbatas terhadap sanitasi dan air bersih, serta lebih rentan terhadap penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Dengan demikian, persoalan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari persoalan kemiskinan dan ketimpangan sosial.

Selain itu, hasil kajian menunjukkan bahwa rendahnya tingkat pendidikan masyarakat juga berpengaruh terhadap kualitas kesehatan. Masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki pengetahuan kesehatan yang terbatas, sehingga kurang memahami pentingnya pola hidup sehat, gizi seimbang, dan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh berbagai determinan sosial yang saling berkaitan.

Dalam perspektif pembangunan berkeadilan, akses terhadap pelayanan kesehatan seharusnya tidak ditentukan oleh kemampuan ekonomi masyarakat. Todaro dan Smith (2015) menegaskan bahwa pembangunan yang berkeadilan harus mampu memperluas kesempatan hidup masyarakat dan menjamin akses yang setara terhadap pelayanan publik. Oleh karena itu, kebijakan kesehatan perlu diarahkan pada penguatan perlindungan sosial bagi kelompok masyarakat rentan agar seluruh masyarakat memiliki kesempatan yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

3. Pembangunan dan Ketidakadilan Sosial

Hasil penelitian menunjukkan bahwa model pembangunan yang terlalu berorientasi pada pertumbuhan ekonomi sering kali menyebabkan terjadinya ketimpangan sosial dalam pelayanan kesehatan. Dalam beberapa dekade terakhir, pembangunan nasional lebih banyak difokuskan pada pembangunan infrastruktur ekonomi seperti jalan tol, kawasan industri, dan pusat pertumbuhan ekonomi. Sementara itu, pembangunan sektor kesehatan di beberapa wilayah masih menghadapi keterbatasan anggaran dan infrastruktur pelayanan.

Kondisi tersebut menyebabkan terjadinya ketimpangan pembangunan antarwilayah. Wilayah perkotaan yang memiliki aktivitas ekonomi tinggi cenderung memperoleh fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dibandingkan wilayah pedesaan dan daerah tertinggal. Akibatnya, masyarakat di daerah terpencil mengalami keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Selain itu, hasil penelitian menunjukkan bahwa pembangunan yang tidak berbasis kebutuhan sosial masyarakat dapat memperbesar kesenjangan kesejahteraan. Dalam perspektif sosiologi pembangunan, pembangunan yang hanya berorientasi pada pertumbuhan ekonomi tanpa memperhatikan distribusi kesejahteraan akan menghasilkan ketidakadilan sosial (Todaro & Smith, 2015). Ketidakadilan tersebut terlihat dari masih tingginya kesenjangan kualitas hidup antara masyarakat perkotaan dan pedesaan.

Pandemi COVID-19 menjadi bukti nyata bahwa ketimpangan pembangunan kesehatan masih terjadi di Indonesia. Selama pandemi, fasilitas kesehatan di beberapa daerah mengalami keterbatasan tenaga medis, alat kesehatan, dan ruang perawatan. Masyarakat miskin dan kelompok rentan menjadi kelompok yang paling terdampak akibat lemahnya perlindungan sosial dan keterbatasan akses pelayanan kesehatan (Fitriani & Hasibuan, 2022).

Dalam konteks tersebut, pembangunan kesehatan seharusnya tidak hanya dipahami sebagai pembangunan fisik semata, tetapi juga sebagai upaya meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh. Oleh karena itu, pembangunan yang berkeadilan perlu menempatkan kesehatan sebagai prioritas utama dalam kebijakan pembangunan nasional.

4. Pentingnya Kebijakan Kesehatan Berbasis Keadilan Sosial

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan yang berkeadilan memerlukan kebijakan yang berorientasi pada pemerataan akses dan perlindungan sosial bagi seluruh masyarakat. Kebijakan kesehatan tidak hanya berfokus pada peningkatan jumlah fasilitas kesehatan, tetapi juga harus memastikan bahwa layanan kesehatan dapat diakses secara mudah, terjangkau, dan berkualitas oleh seluruh kelompok masyarakat.

Salah satu langkah penting dalam mewujudkan pembangunan kesehatan berkeadilan adalah pemerataan distribusi tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan hingga ke daerah terpencil. Penguatan layanan kesehatan primer seperti Puskesmas menjadi strategi penting karena pelayanan primer merupakan garda terdepan dalam menjangkau masyarakat lokal, khususnya kelompok rentan dan masyarakat miskin.

Selain itu, pembangunan kesehatan yang berkeadilan memerlukan peningkatan kolaborasi antara pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta. Partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan sangat penting agar program

kesehatan dapat disesuaikan dengan kebutuhan sosial dan budaya masyarakat setempat. Pendekatan berbasis komunitas juga dapat meningkatkan efektivitas program kesehatan masyarakat.

WHO (2023) menegaskan bahwa kesehatan yang berkeadilan hanya dapat diwujudkan apabila pemerintah mampu mengurangi ketimpangan sosial dan meningkatkan akses masyarakat terhadap pendidikan, pekerjaan, lingkungan sehat, dan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, pembangunan kesehatan harus dilakukan melalui pendekatan multidimensional yang melibatkan berbagai sektor pembangunan secara terpadu.

Dalam perspektif pembangunan berkelanjutan, kesehatan merupakan investasi sosial yang sangat penting bagi masa depan bangsa. Oleh karena itu, kebijakan pembangunan kesehatan perlu diarahkan pada prinsip keadilan sosial, pemerataan akses, dan pemberdayaan masyarakat agar seluruh masyarakat dapat memperoleh hak kesehatan secara setara tanpa diskriminasi sosial maupun ekonomi.

5. Peran Determinan Sosial dalam Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi kesehatan masyarakat tidak hanya dipengaruhi oleh pelayanan medis, tetapi juga oleh berbagai determinan sosial yang berkaitan dengan kualitas kehidupan masyarakat. Determinan sosial kesehatan meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, lingkungan tempat tinggal, sanitasi, akses air bersih, serta kondisi sosial budaya masyarakat. Faktor-faktor tersebut memiliki pengaruh besar terhadap tingkat kesehatan individu maupun kelompok masyarakat.

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2024) menunjukkan bahwa masyarakat yang tinggal di lingkungan dengan sanitasi buruk dan akses air bersih terbatas memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit menular seperti diare, infeksi saluran pernapasan, dan penyakit kulit. Persoalan tersebut masih banyak ditemukan di wilayah pedesaan dan kawasan permukiman padat penduduk. Selain itu, rendahnya kualitas lingkungan hidup akibat pencemaran udara dan limbah industri juga menjadi ancaman serius terhadap kesehatan masyarakat perkotaan.

Dalam perspektif sosiologi kesehatan, kesehatan dipengaruhi oleh struktur sosial dan kondisi lingkungan tempat individu hidup. Giddens (2014) menjelaskan bahwa kelompok masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah cenderung memiliki kualitas kesehatan yang lebih buruk dibandingkan kelompok masyarakat kelas menengah ke atas. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan akses terhadap pendidikan, pekerjaan layak, makanan bergizi, dan pelayanan kesehatan yang memadai.

Pendidikan juga menjadi determinan penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Masyarakat dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi umumnya memiliki kesadaran yang lebih baik mengenai pola hidup sehat, pentingnya sanitasi, serta pencegahan penyakit. Sebaliknya, rendahnya tingkat pendidikan menyebabkan masyarakat kurang memahami informasi kesehatan dan lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan harus diintegrasikan dengan pembangunan pendidikan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh.

Selain itu, perubahan pola hidup akibat globalisasi dan urbanisasi turut memengaruhi kondisi kesehatan masyarakat. Konsumsi makanan cepat saji, rendahnya aktivitas fisik, stres kerja, dan penggunaan teknologi digital secara berlebihan menyebabkan meningkatnya penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, obesitas, dan gangguan kesehatan mental. Kondisi ini menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan memerlukan pendekatan preventif melalui edukasi kesehatan dan penguatan pola hidup sehat di masyarakat.

WHO (2023) menegaskan bahwa ketimpangan kesehatan terjadi akibat ketidakmerataan distribusi sumber daya sosial dan ekonomi dalam masyarakat. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan yang berkeadilan harus dilakukan melalui perbaikan kondisi sosial masyarakat secara menyeluruh, termasuk peningkatan pendidikan, pengurangan kemiskinan, dan penyediaan lingkungan hidup yang sehat.

6. Tantangan Pembangunan Kesehatan di Era Globalisasi dan Digitalisasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa globalisasi dan perkembangan teknologi digital memberikan dampak besar terhadap sistem pembangunan kesehatan di Indonesia. Di satu sisi, perkembangan teknologi kesehatan telah membantu meningkatkan kualitas pelayanan medis melalui penggunaan teknologi informasi, telemedicine,

digitalisasi data kesehatan, dan inovasi layanan kesehatan berbasis aplikasi. Namun di sisi lain, perkembangan tersebut juga menimbulkan kesenjangan baru antara masyarakat yang memiliki akses teknologi dan masyarakat yang berada di daerah dengan keterbatasan infrastruktur digital.

Pemanfaatan teknologi kesehatan berbasis digital masih lebih banyak dirasakan oleh masyarakat perkotaan yang memiliki akses internet dan fasilitas teknologi yang memadai. Sementara itu, masyarakat di daerah terpencil masih mengalami keterbatasan jaringan internet dan rendahnya literasi digital sehingga belum dapat memanfaatkan layanan kesehatan digital secara optimal. Kondisi ini menunjukkan adanya ketimpangan digital dalam pembangunan kesehatan masyarakat.

Selain itu, globalisasi juga memunculkan tantangan baru berupa meningkatnya mobilitas penduduk dan penyebaran penyakit secara cepat antarwilayah dan antarnegara. Pandemi COVID-19 menjadi contoh nyata bagaimana globalisasi dapat mempercepat penyebaran penyakit dan memberikan tekanan besar terhadap sistem kesehatan nasional. Keterbatasan fasilitas kesehatan selama pandemi memperlihatkan bahwa sistem kesehatan Indonesia masih menghadapi berbagai persoalan struktural, terutama dalam hal kesiapan infrastruktur dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa perkembangan media sosial dan arus informasi digital memiliki dampak ganda terhadap kesehatan masyarakat. Di satu sisi, media digital dapat menjadi sarana edukasi kesehatan yang efektif. Namun di sisi lain, penyebaran informasi kesehatan yang tidak valid (*misinformation*) dapat memengaruhi perilaku masyarakat dan menimbulkan ketidakpercayaan terhadap layanan kesehatan formal.

Dalam perspektif pembangunan sosial, transformasi digital dalam bidang kesehatan harus dilakukan secara inklusif agar tidak memperbesar kesenjangan sosial. Pemerintah perlu memperkuat infrastruktur digital di daerah terpencil, meningkatkan literasi digital masyarakat, serta memastikan bahwa layanan kesehatan berbasis teknologi dapat diakses secara merata oleh seluruh masyarakat.

7. Strategi Pembangunan Kesehatan yang Inklusif dan Berkelanjutan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan yang berkeadilan memerlukan strategi pembangunan yang inklusif, partisipatif, dan berkelanjutan. Pembangunan kesehatan tidak hanya berfokus pada aspek kuratif atau pengobatan, tetapi juga harus menekankan aspek preventif, promotif, dan pemberdayaan masyarakat.

Salah satu strategi penting adalah penguatan pelayanan kesehatan primer melalui optimalisasi fungsi Puskesmas dan layanan kesehatan berbasis komunitas. Pelayanan kesehatan primer memiliki peran penting dalam menjangkau masyarakat hingga tingkat desa serta menjadi garda terdepan dalam pencegahan penyakit dan edukasi kesehatan masyarakat. Selain itu, pemerataan distribusi tenaga kesehatan perlu menjadi prioritas kebijakan pemerintah. Insentif khusus bagi tenaga medis di daerah terpencil, peningkatan fasilitas kesehatan desa, dan pembangunan rumah sakit regional dapat membantu mengurangi ketimpangan pelayanan kesehatan antarwilayah.

Pembangunan kesehatan juga harus didukung oleh kebijakan lintas sektor yang terintegrasi. Persoalan kesehatan masyarakat tidak dapat dipisahkan dari persoalan kemiskinan, pendidikan, lingkungan, dan ketenagakerjaan. Oleh karena itu, pemerintah perlu mengintegrasikan kebijakan kesehatan dengan program pembangunan sosial lainnya seperti pengentasan kemiskinan, peningkatan pendidikan masyarakat, penyediaan air bersih, dan pembangunan sanitasi lingkungan.

Partisipasi masyarakat menjadi faktor penting dalam pembangunan kesehatan yang berkelanjutan. Masyarakat tidak hanya diposisikan sebagai penerima layanan kesehatan, tetapi juga sebagai subjek pembangunan yang terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan. Pendekatan berbasis komunitas dapat meningkatkan efektivitas program kesehatan karena lebih sesuai dengan kondisi sosial dan budaya masyarakat setempat.

Dalam konteks pembangunan berkelanjutan, kesehatan harus dipandang sebagai investasi sosial jangka panjang. Masyarakat yang sehat akan memiliki produktivitas yang lebih tinggi sehingga mampu mendorong pertumbuhan ekonomi dan pembangunan nasional secara berkelanjutan. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan yang

berkeadilan menjadi syarat penting dalam mewujudkan kesejahteraan sosial dan kualitas hidup masyarakat Indonesia.

8. Implikasi Penelitian terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia perlu diarahkan pada prinsip keadilan sosial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Pemerintah perlu memperkuat sistem kesehatan nasional melalui peningkatan kualitas fasilitas kesehatan, pemerataan tenaga medis, dan penguatan layanan kesehatan primer di daerah terpencil.

Selain itu, kebijakan kesehatan harus lebih berpihak pada kelompok masyarakat rentan seperti masyarakat miskin, penyandang disabilitas, masyarakat adat, dan masyarakat di wilayah tertinggal. Program perlindungan sosial dan jaminan kesehatan perlu diperluas agar seluruh masyarakat memiliki akses yang setara terhadap pelayanan kesehatan.

Penelitian ini juga menunjukkan pentingnya penguatan kolaborasi antara pemerintah, sektor swasta, lembaga pendidikan, dan masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Pendekatan kolaboratif diperlukan agar pembangunan kesehatan dapat berjalan secara lebih efektif, inklusif, dan berkelanjutan.

Dengan demikian, pembangunan kesehatan yang berkeadilan tidak hanya berkaitan dengan penyediaan fasilitas medis, tetapi juga menyangkut upaya menciptakan kondisi sosial yang memungkinkan seluruh masyarakat memperoleh hak kesehatan secara setara. Pembangunan kesehatan yang inklusif akan menjadi fondasi penting dalam mewujudkan kesejahteraan sosial dan pembangunan nasional yang berkelanjutan.

4. Kesimpulan

Pembangunan kesehatan merupakan bagian penting dalam pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh. Namun demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai persoalan ketimpangan sosial dalam akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Ketimpangan tersebut terlihat dari distribusi fasilitas kesehatan yang belum merata, keterbatasan tenaga medis di daerah terpencil, rendahnya kualitas layanan kesehatan masyarakat pedesaan, serta kesenjangan akses pelayanan kesehatan antara kelompok masyarakat kaya dan miskin. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa faktor ekonomi, pendidikan, kondisi geografis, infrastruktur, dan kebijakan publik memiliki pengaruh besar terhadap kualitas kesehatan masyarakat. Kelompok masyarakat miskin cenderung mengalami keterbatasan dalam memperoleh layanan kesehatan yang layak akibat rendahnya kemampuan ekonomi, minimnya informasi kesehatan, dan keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, pembangunan yang terlalu berorientasi pada pertumbuhan ekonomi tanpa memperhatikan pemerataan kesejahteraan dapat memperbesar ketimpangan sosial dalam bidang kesehatan. Dalam perspektif sosiologi pembangunan, kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor medis, tetapi juga oleh berbagai determinan sosial seperti pendidikan, lingkungan, pekerjaan, pendapatan, dan struktur sosial masyarakat. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan harus dilakukan melalui pendekatan multidimensional yang mengintegrasikan aspek sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan secara terpadu. Penelitian ini juga menemukan bahwa globalisasi dan perkembangan teknologi digital memberikan dampak positif terhadap pembangunan kesehatan melalui inovasi layanan kesehatan berbasis teknologi. Namun demikian, perkembangan tersebut juga menimbulkan kesenjangan digital karena tidak seluruh masyarakat memiliki akses yang sama terhadap teknologi kesehatan. Oleh sebab itu, transformasi digital dalam sektor kesehatan harus dilakukan secara inklusif agar tidak memperbesar ketimpangan sosial. Berdasarkan hasil penelitian, pembangunan kesehatan yang berkeadilan memerlukan kebijakan yang berorientasi pada pemerataan akses pelayanan kesehatan, penguatan layanan kesehatan primer, distribusi tenaga kesehatan yang merata, peningkatan kualitas infrastruktur kesehatan, serta perlindungan sosial bagi kelompok masyarakat rentan. Selain itu, partisipasi masyarakat dan kolaborasi antara pemerintah, sektor swasta, dan lembaga sosial juga menjadi faktor penting dalam mewujudkan pembangunan kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan. Dengan demikian, pembangunan kesehatan yang berkeadilan tidak hanya berkaitan dengan pembangunan fasilitas medis, tetapi juga menyangkut upaya menciptakan keadilan sosial, pemerataan kesejahteraan, dan peningkatan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh. Pembangunan kesehatan yang inklusif akan menjadi fondasi penting dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, dan berdaya saing di masa depan.

Referensi

1. Akhiruddin, A., & Wahira, W. (2025). Budaya Inovasi Melalui Pendekatan Komunitas dan Mentoring di SMA Amanah Nusantara Makassar: Suatu Kajian Literatur. *EDUSOS: Jurnal Edukasi dan Ilmu Sosial*, 81-93.
2. Akhiruddin, A., & Syukur, M. (2025). Pengembangan Jiwa Kewirausahaan Mahasiswa Pendidikan Sosiologi Melalui Model Pembelajaran Berbasis Proyek di Era Digital. *Jurnal Pendidikan dan Kewirausahaan*, 13(1), 239-253.
3. Badan Pusat Statistik. (2024). *Indikator Kesehatan Indonesia 2024*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
4. Creswell, J. W. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5th ed.). California: Sage Publications.
5. Fitriani, R., & Hasibuan, L. (2022). Ketimpangan sosial dalam akses kesehatan masyarakat pascapandemi COVID-19 di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2), 120–132. <https://doi.org/10.1234/jkm.v18i2.5678>
6. Giddens, A. (2014). *Sociology* (7th ed.). Cambridge: Polity Press.
7. Jalal, J., Akhiruddin, A., Salemuddin, M. R., Iskandar, A. M., Sriwahyuni, S., & Kasim, H. (2024). Social Construction for Maintaining Local Wisdom: Study of Kajang Community, South Sulawesi, Indonesia. *JSW (Jurnal Sosiologi Walisongo)*, 8(1), 95-110.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2023*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
10. Krippendorff, K. (2018). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology* (4th ed.). California: Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781071878781>
11. Marmot, M. (2015). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury Publishing.
12. Moleong, L. J. (2018). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
13. 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.
14. Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2015). *Economic Development* (12th ed.). Pearson Education.
15. Taohi, M., Sriwahyuni, S., Salemuddin, M., & Akhiruddin, A. (2024). Strategi Bertahan Hidup Mahasiswa Perantau Penerima Beasiswa Kip-Kuliah Universitas Megarezky Di Kota Makassar. *Education*, 4(3), 315-325.
16. World Health Organization. (2023). *Health Equity and Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
17. Zed, M. (2014). *Metode Penelitian Kepustakaan*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.