



Isu-Isu Pembangunan Dan Kesehatan Yang Berkeadilan Di Indonesia: Analisis Sosiologi

Muhammad Yusri Yunus¹, Muhammad Syukur², Firdaus W Suhaeb³

¹Mahasiswa S3 Program Studi Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia

²Program Studi Pendidikan Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia

³Program Studi Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia

email: muhammadyusri@student.unm.ac.id¹ muh.syukur@unm.ac.id² firdaus.w.suhaeb@vunm.ac.id³

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis isu-isu pembangunan kesehatan berkeadilan di Indonesia melalui pendekatan *Systematic Literature Review* (SLR) dengan perspektif sosiologi pembangunan. Data penelitian diperoleh dari 20 artikel ilmiah bereputasi internasional yang diseleksi secara sistematis menggunakan protokol PRISMA. Analisis dilakukan melalui pendekatan tematik, teoretis, dan sintesis konseptual untuk mengidentifikasi pola ketimpangan serta faktor-faktor yang memengaruhinya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan kesehatan di Indonesia bersifat multidimensional, mencakup aspek distributif, struktural, sosial-ekonomi, dan kebijakan. Ketimpangan distributif tercermin pada tidak meratanya distribusi tenaga medis, fasilitas kesehatan, dan infrastruktur antara wilayah perkotaan dan daerah tertinggal. Dari sisi struktural, sistem kesehatan masih menunjukkan ketergantungan antara pusat dan daerah, terutama dalam layanan rujukan. Sementara itu, faktor sosial-ekonomi seperti pendapatan, pendidikan, dan kondisi lingkungan terbukti menjadi determinan utama yang memengaruhi akses serta kualitas layanan kesehatan. Di sisi kebijakan, implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah meningkatkan akses formal, namun belum sepenuhnya menjamin akses nyata, khususnya bagi kelompok rentan. Temuan juga menegaskan bahwa kualitas layanan kesehatan merupakan faktor krusial selain akses. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan berkeadilan memerlukan pendekatan integratif melalui redistribusi sumber daya, penguatan kapasitas daerah, desentralisasi layanan, serta integrasi kebijakan lintas sektor. Penelitian ini menegaskan pentingnya pergeseran paradigma pembangunan kesehatan dari sekadar perluasan akses menuju keadilan substantif yang menjamin layanan kesehatan yang setara, adil, dan berkelanjutan bagi seluruh masyarakat.

Kata Kunci: *Pembangunan Kesehatan, Keadilan Sosial, Determinan Sosial Kesehatan, Ketimpangan, JKN*

1. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu pilar fundamental dalam pembangunan nasional karena memiliki keterkaitan langsung dengan kualitas sumber daya manusia dan keberlanjutan pembangunan sosial-ekonomi. Dalam perspektif pembangunan modern, kesehatan tidak lagi dipahami secara sempit sebagai ketiadaan penyakit, tetapi sebagai kondisi kesejahteraan yang mencakup dimensi fisik, mental, dan sosial yang memungkinkan individu menjalankan fungsi sosialnya secara optimal. Oleh karena itu, kesehatan menjadi indikator penting dalam mengukur tingkat kesejahteraan suatu masyarakat sekaligus menjadi prasyarat utama bagi terciptanya produktivitas ekonomi yang berkelanjutan. Dalam konteks negara berkembang seperti Indonesia, pembangunan kesehatan memiliki posisi strategis tidak hanya dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat, tetapi juga dalam mengurangi kesenjangan sosial yang masih menjadi tantangan utama dalam proses pembangunan (Marmot, 2005). Secara normatif, negara telah mengakui kesehatan sebagai hak dasar setiap warga negara yang harus dipenuhi melalui kebijakan publik yang inklusif dan berkeadilan. Komitmen tersebut tercermin dalam berbagai regulasi dan program nasional yang bertujuan memperluas akses layanan kesehatan, salah satunya melalui implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini dirancang sebagai instrumen utama dalam mewujudkan universal health coverage, yaitu kondisi di mana seluruh masyarakat memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas tanpa mengalami beban finansial yang berlebihan. Sejak implementasinya, JKN telah menunjukkan capaian yang signifikan dalam meningkatkan cakupan kepesertaan serta pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat. Hal ini menunjukkan adanya kemajuan dalam aspek akses formal terhadap layanan

kesehatan yang sebelumnya terbatas bagi kelompok tertentu (Fadilah & Rahman, 2022; World Health Organization, 2010).

Namun demikian, keberhasilan dalam memperluas cakupan kepesertaan tidak serta-merta diikuti oleh pemerataan kualitas layanan kesehatan. Berbagai studi menunjukkan bahwa sistem kesehatan di Indonesia masih menghadapi ketimpangan dalam distribusi fasilitas kesehatan, tenaga medis, serta infrastruktur pendukung antarwilayah. Wilayah perkotaan dan daerah dengan tingkat pembangunan ekonomi yang relatif tinggi cenderung memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang lebih lengkap dan berkualitas, sementara daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) masih menghadapi keterbatasan yang signifikan. Kondisi ini menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia masih belum sepenuhnya mencerminkan prinsip keadilan sosial, di mana setiap individu seharusnya memiliki kesempatan yang setara dalam memperoleh layanan kesehatan yang layak (Na'ifa et al., 2024).

Ketimpangan dalam sistem kesehatan tidak hanya bersifat geografis, tetapi juga berkaitan erat dengan faktor sosial-ekonomi yang memengaruhi kemampuan individu dalam mengakses layanan kesehatan. Masyarakat dengan tingkat pendapatan rendah, misalnya, sering kali menghadapi berbagai hambatan dalam memanfaatkan layanan kesehatan, meskipun secara administratif telah terdaftar sebagai peserta JKN. Hambatan tersebut tidak hanya berupa biaya langsung, tetapi juga biaya tidak langsung seperti transportasi, kehilangan pendapatan harian, serta keterbatasan akses informasi mengenai layanan kesehatan yang tersedia. Fenomena ini menunjukkan adanya perbedaan yang cukup signifikan antara akses formal dan akses substantif dalam sistem kesehatan, di mana kepemilikan jaminan kesehatan belum tentu menjamin kemudahan dalam memperoleh layanan secara nyata (Nazli & Usman, 2023).

Lebih jauh, pendekatan determinan sosial kesehatan memberikan pemahaman bahwa kondisi kesehatan individu tidak hanya ditentukan oleh layanan medis, tetapi juga oleh faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan yang lebih luas. Faktor-faktor seperti tingkat pendidikan, kondisi tempat tinggal, jenis pekerjaan, serta akses terhadap sumber daya dasar seperti air bersih dan sanitasi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap derajat kesehatan masyarakat. Individu yang hidup dalam kondisi sosial-ekonomi yang kurang menguntungkan cenderung memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi sekaligus menghadapi keterbatasan dalam mengakses layanan kesehatan yang berkualitas. Dalam konteks Indonesia, ketimpangan sosial-ekonomi yang masih cukup tinggi memperkuat ketidakmerataan dalam distribusi kesehatan, sehingga menciptakan kesenjangan yang bersifat sistemik (Solar & Irwin, 2010).

Dalam perspektif sosiologi pembangunan, ketimpangan akses kesehatan tidak dapat dipahami semata-mata sebagai persoalan teknis dalam penyediaan layanan, tetapi sebagai bagian dari reproduksi ketidaksetaraan sosial yang bersifat struktural, (Akhiruddin, et al., 2026). Distribusi sumber daya yang tidak merata, relasi kekuasaan antarwilayah, serta kebijakan publik yang belum sepenuhnya berpihak pada kelompok rentan menjadi faktor yang memperkuat ketimpangan tersebut. Dalam konteks ini, pembangunan kesehatan sering kali mengikuti pola pembangunan yang berorientasi pada efisiensi dan pertumbuhan ekonomi, sehingga cenderung mengabaikan aspek pemerataan, (Akhiruddin, A., & Wahira, W. 2025).. Akibatnya, wilayah yang sejak awal memiliki keunggulan ekonomi dan infrastruktur akan semakin berkembang, sementara wilayah yang tertinggal mengalami kesulitan untuk mengejar ketertinggalan tersebut.

Ketimpangan ini juga dapat dipahami melalui perspektif teori ketergantungan yang menjelaskan adanya relasi antara pusat dan periferi dalam struktur pembangunan. Dalam sistem kesehatan Indonesia, wilayah maju berperan sebagai pusat layanan kesehatan dengan fasilitas yang lebih lengkap, sementara daerah tertinggal bergantung pada pusat untuk memperoleh layanan kesehatan lanjutan. Pola ini terlihat dalam sistem rujukan nasional yang mengharuskan pasien dari daerah untuk dirujuk ke rumah sakit di kota-kota besar. Ketergantungan ini tidak hanya menimbulkan beban biaya tambahan, tetapi juga memperpanjang waktu akses layanan kesehatan, sehingga berpotensi memperburuk kondisi kesehatan pasien. Dengan demikian, ketimpangan dalam sistem kesehatan tidak hanya bersifat horizontal antarwilayah, tetapi juga mencerminkan relasi struktural yang lebih dalam dalam sistem pembangunan nasional (Prasetya & Hartono, 2022).

Di sisi lain, konsep keadilan distributif yang dikemukakan oleh Rawls memberikan landasan normatif dalam menilai sejauh mana pembangunan kesehatan telah berjalan secara adil. Menurut Rawls, distribusi sumber daya dalam masyarakat harus dirancang sedemikian rupa sehingga memberikan manfaat terbesar bagi kelompok yang paling kurang beruntung. Prinsip ini menekankan pentingnya kebijakan redistributif yang berpihak pada kelompok rentan, termasuk dalam sektor kesehatan. Dalam konteks Indonesia, penerapan prinsip keadilan distributif seharusnya tercermin dalam kebijakan yang memprioritaskan distribusi fasilitas kesehatan, tenaga medis, serta anggaran publik ke wilayah dan kelompok sosial yang paling membutuhkan. Namun, berbagai temuan empiris menunjukkan bahwa implementasi kebijakan kesehatan masih belum sepenuhnya mencerminkan prinsip tersebut, sehingga ketimpangan tetap bertahan (Rawls, 1971; Setiawan & Lubis, 2023).

Selain itu, dinamika kebijakan kesehatan di Indonesia juga menunjukkan adanya upaya reformasi yang bertujuan meningkatkan pemerataan layanan, seperti penguatan sistem rujukan, standarisasi layanan, serta digitalisasi sistem kesehatan. Meskipun kebijakan-kebijakan tersebut memiliki potensi untuk meningkatkan efisiensi dan akses

layanan, implementasinya sering kali menghadapi berbagai kendala, terutama di daerah dengan keterbatasan infrastruktur dan sumber daya manusia, (Jalal et al., 2024). Dalam beberapa kasus, inovasi kebijakan bahkan berpotensi menciptakan bentuk ketimpangan baru apabila tidak diiringi dengan upaya pemerataan kapasitas daerah. Hal ini menunjukkan bahwa reformasi kebijakan kesehatan perlu dirancang secara lebih komprehensif dengan mempertimbangkan kondisi sosial dan geografis yang beragam.

Dengan mempertimbangkan berbagai permasalahan tersebut, dapat dikatakan bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia masih menghadapi tantangan yang kompleks dan multidimensional. Ketimpangan yang terjadi tidak hanya berkaitan dengan distribusi sumber daya kesehatan, tetapi juga dengan faktor sosial-ekonomi dan struktur pembangunan yang lebih luas. Oleh karena itu, pendekatan yang digunakan dalam menganalisis pembangunan kesehatan perlu bersifat integratif dengan menggabungkan perspektif normatif, struktural, dan empiris. Pendekatan ini memungkinkan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai akar permasalahan ketimpangan sekaligus memberikan dasar yang kuat dalam merumuskan kebijakan yang lebih efektif.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis isu-isu pembangunan kesehatan berkeadilan di Indonesia melalui pendekatan systematic literature review dengan perspektif sosiologi pembangunan. Penelitian ini tidak hanya berfokus pada identifikasi bentuk ketimpangan, tetapi juga pada analisis faktor-faktor yang memengaruhinya serta pengembangan model pembangunan kesehatan yang lebih adil dan inklusif. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi baik secara teoritis maupun praktis dalam upaya mewujudkan sistem kesehatan yang lebih berkeadilan di Indonesia.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain Systematic Literature Review (SLR) untuk menganalisis isu-isu pembangunan kesehatan berkeadilan di Indonesia. Pendekatan SLR dipilih karena memungkinkan peneliti melakukan sintesis secara sistematis, transparan, dan terstruktur terhadap berbagai temuan empiris maupun konseptual dari studi sebelumnya, sehingga menghasilkan pemahaman yang komprehensif mengenai fenomena yang diteliti (Tranfield et al., 2003). Selain itu, SLR juga memberikan dasar yang kuat dalam pengembangan teori serta pengambilan keputusan berbasis bukti (evidence-based research).

Proses peninjauan literatur dalam penelitian ini mengacu pada protokol Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) sebagaimana dikembangkan oleh Moher et al. (2020). PRISMA digunakan untuk memastikan bahwa proses identifikasi, seleksi, dan pelaporan literatur dilakukan secara transparan, sistematis, dan dapat direplikasi oleh peneliti lain. Pendekatan ini juga membantu meminimalkan bias dalam pemilihan literatur dan meningkatkan kredibilitas hasil penelitian.

2.1 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini diperoleh dari berbagai basis data ilmiah bereputasi yang menyediakan publikasi akademik berkualitas tinggi, yaitu Scopus, Web of Science, ScienceDirect, dan Google Scholar. Keempat basis data tersebut dipilih karena memiliki cakupan luas terhadap jurnal internasional bereputasi, khususnya yang terindeks Scopus Q1–Q2, serta relevan dengan kajian kesehatan masyarakat, kebijakan publik, dan sosiologi pembangunan (Gusenbauer & Haddaway, 2020).

Proses pencarian literatur dilakukan secara sistematis menggunakan kombinasi kata kunci (keywords) yang relevan dengan topik penelitian, antara lain: *“health inequality”*, *“equitable health development”*, *“social determinants of health”*, *“health policy”*, dan *“Indonesia”*. Penggunaan kombinasi kata kunci ini bertujuan untuk memastikan ketercakupannya literatur yang luas sekaligus tetap fokus pada isu ketimpangan kesehatan dalam perspektif pembangunan.

2.2 Proses Seleksi Data (PRISMA)

Proses seleksi literatur dilakukan dengan mengikuti tahapan dalam kerangka PRISMA, yaitu: identifikasi, screening, eligibility, dan inclusion (Moher et al., 2020). Pada tahap identifikasi, peneliti mengumpulkan artikel dari basis data yang telah ditentukan berdasarkan kata kunci yang relevan. Tahap ini menghasilkan sejumlah besar artikel awal yang kemudian disaring lebih lanjut. Tahap screening dilakukan dengan membaca judul dan abstrak untuk mengeliminasi artikel yang tidak relevan dengan fokus penelitian. Selanjutnya, tahap eligibility dilakukan dengan membaca secara penuh (full-text review) untuk memastikan kesesuaian artikel dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Pada tahap akhir, yaitu inclusion, artikel yang memenuhi seluruh kriteria dimasukkan ke dalam analisis. Melalui proses ini, diperoleh sebanyak 20 artikel ilmiah yang digunakan sebagai sumber utama dalam penelitian. Proses seleksi ini dilakukan secara sistematis untuk meminimalkan bias seleksi dan meningkatkan validitas hasil penelitian (Page et al., 2021).

2.3 Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui tiga tahapan utama yang saling terintegrasi, yaitu: (a) Analisis Tematik; Analisis tematik digunakan untuk mengidentifikasi pola, tema, dan kategori utama dalam literatur yang berkaitan dengan ketimpangan kesehatan. Pendekatan ini mengacu pada metode yang dikembangkan oleh Braun dan Clarke (2006), yang meliputi proses pengkodean data, pengelompokan tema, serta interpretasi makna dari

temuan penelitian. Analisis ini memungkinkan peneliti mengidentifikasi isu-isu utama secara sistematis. (b) Analisis Teoretis; Tahap selanjutnya adalah analisis teoretis, yaitu mengaitkan temuan empiris dengan kerangka teori yang digunakan dalam penelitian, meliputi: Teori keadilan distributif, Teori ketergantungan dan Determinan sosial kesehatan. Analisis ini bertujuan untuk memberikan penjelasan yang lebih mendalam mengenai hubungan antara fenomena empiris dan struktur sosial yang mendasarinya (Creswell & Poth, 2018). (c) Sintesis Konseptual; Tahap terakhir adalah sintesis konseptual, yaitu proses integrasi berbagai temuan dari literatur untuk menghasilkan pola umum dan merumuskan model pembangunan kesehatan berkeadilan. Sintesis ini memungkinkan peneliti menghasilkan kontribusi teoritis yang lebih komprehensif serta relevan dengan konteks Indonesia (Snyder, 2019).

2.4 Validitas dan Keandalan Data

Untuk memastikan validitas dan keandalan hasil penelitian, digunakan teknik triangulasi literatur, yaitu dengan membandingkan temuan dari berbagai sumber yang berbeda. Pendekatan ini memungkinkan peneliti mengidentifikasi konsistensi maupun perbedaan hasil penelitian sehingga meningkatkan kredibilitas analisis (Denzin, 2017). Selain itu, penggunaan artikel dari jurnal bereputasi internasional (Scopus Q1–Q2) juga menjadi strategi untuk menjamin kualitas data. Transparansi dalam proses seleksi literatur melalui pendekatan PRISMA turut memperkuat reliabilitas penelitian karena memungkinkan proses penelitian direplikasi oleh peneliti lain.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Ketimpangan Distribusi Sumber Daya Kesehatan

Hasil analisis terhadap 30 artikel menunjukkan bahwa ketimpangan distribusi sumber daya kesehatan di Indonesia masih merupakan persoalan struktural yang kompleks dan berkelanjutan. Distribusi tenaga kesehatan, khususnya dokter spesialis, tenaga medis terlatih, serta fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut cenderung terkonsentrasi di wilayah perkotaan dan daerah dengan tingkat pembangunan ekonomi yang relatif tinggi. Sebaliknya, wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) masih menghadapi keterbatasan serius dalam hal jumlah tenaga kesehatan, kualitas fasilitas medis, serta infrastruktur pendukung seperti transportasi dan teknologi kesehatan.

Fenomena ini menunjukkan adanya ketimpangan geografis yang signifikan dalam sistem kesehatan, yang pada akhirnya berdampak pada ketidakmerataan akses dan kualitas layanan kesehatan. Temuan ini konsisten dengan kajian global yang menunjukkan bahwa distribusi sumber daya kesehatan yang tidak merata merupakan salah satu determinan utama ketimpangan kesehatan di negara berkembang (Marmot, 2005; World Health Organization, 2010). Ketimpangan ini tidak hanya bersifat spasial, tetapi juga mencerminkan ketimpangan dalam alokasi investasi publik yang lebih mengutamakan wilayah dengan potensi ekonomi tinggi.

Dalam perspektif keadilan distributif, kondisi ini menunjukkan bahwa kebijakan publik belum sepenuhnya mengakomodasi prinsip *difference principle* yang dikemukakan oleh Rawls (1971), di mana distribusi sumber daya seharusnya memprioritaskan kelompok yang paling kurang beruntung. Sebaliknya, alokasi sumber daya kesehatan di Indonesia masih cenderung mengikuti logika efisiensi ekonomi dan return investasi, sehingga memperkuat ketimpangan antarwilayah (Ottersen et al., 2014). Oleh karena itu, diperlukan kebijakan redistributif yang lebih kuat untuk memastikan pemerataan layanan kesehatan secara substantif.

3.2 Ketimpangan Sosial-Ekonomi dalam Akses Layanan Kesehatan

Analisis literatur menunjukkan bahwa meskipun implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berhasil meningkatkan akses formal terhadap layanan kesehatan, akses nyata (*actual access*) masih belum merata di seluruh lapisan masyarakat. Kelompok masyarakat miskin dan pekerja sektor informal masih menghadapi berbagai hambatan dalam memanfaatkan layanan kesehatan, seperti biaya transportasi, kehilangan pendapatan harian, serta keterbatasan informasi dan literasi kesehatan.

Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara akses formal dan akses substantif, di mana kepemilikan jaminan kesehatan tidak secara otomatis menjamin pemanfaatan layanan kesehatan secara optimal (Boerma et al., 2018). Dalam konteks ini, faktor sosial-ekonomi seperti tingkat pendapatan, pendidikan, dan status pekerjaan menjadi determinan utama dalam perilaku pencarian layanan kesehatan (*health-seeking behavior*).

Temuan ini diperkuat oleh penelitian longitudinal yang menunjukkan bahwa individu dengan tingkat pendidikan dan status sosial-ekonomi yang lebih tinggi cenderung memiliki akses dan outcome kesehatan yang lebih baik (Marmot et al., 2008). Dengan demikian, pembangunan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari upaya pengurangan kemiskinan, peningkatan pendidikan, dan penguatan perlindungan sosial. Tanpa intervensi pada faktor-faktor tersebut, ketimpangan kesehatan akan terus direproduksi dalam sistem sosial.

3.3 Ketergantungan Struktural Pusat–Periferi dalam Sistem Kesehatan

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sistem kesehatan di Indonesia masih mencerminkan pola ketergantungan struktural antara wilayah pusat dan periferi. Sistem rujukan nasional mengharuskan pasien dari daerah untuk mengakses layanan kesehatan lanjutan di rumah sakit rujukan yang umumnya berlokasi di kota-kota besar. Kondisi ini tidak hanya meningkatkan biaya layanan kesehatan, tetapi juga memperpanjang waktu akses serta meningkatkan risiko keterlambatan penanganan medis.

Dalam perspektif teori ketergantungan, kondisi ini menunjukkan bahwa wilayah periferi (daerah tertinggal) memiliki ketergantungan tinggi terhadap wilayah pusat dalam penyediaan layanan kesehatan yang kompleks (Prasad et al., 2019). Ketergantungan ini memperkuat struktur ketimpangan karena daerah tidak memiliki kapasitas yang memadai untuk mengembangkan sistem kesehatan secara mandiri.

Selain itu, ketergantungan ini juga mencerminkan ketimpangan dalam distribusi kekuasaan dan sumber daya dalam sistem pembangunan nasional. Studi menunjukkan bahwa kelompok miskin dan wilayah periferi cenderung tertinggal dalam akses layanan kesehatan, bahkan dalam sistem yang telah menerapkan universal health coverage (Gwatkin & Ergo, 2011). Oleh karena itu, diperlukan kebijakan desentralisasi yang lebih efektif serta penguatan kapasitas daerah dalam menyediakan layanan kesehatan secara mandiri.

3.4 Peran Determinan Sosial Kesehatan

Hasil analisis menunjukkan bahwa determinan sosial kesehatan memiliki peran yang sangat signifikan dalam membentuk ketimpangan kesehatan di Indonesia. Faktor-faktor seperti pendidikan, pendapatan, kondisi lingkungan, serta jenis pekerjaan tidak hanya memengaruhi risiko kesehatan, tetapi juga menentukan kemampuan individu dalam mengakses layanan kesehatan.

Pendekatan determinan sosial kesehatan menegaskan bahwa kesehatan merupakan hasil dari interaksi kompleks antara faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan (Solar & Irwin, 2010). Individu yang hidup dalam kondisi sosial-ekonomi yang kurang menguntungkan cenderung memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi serta akses yang lebih terbatas terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

Penelitian menunjukkan bahwa faktor sosial sering kali memiliki pengaruh yang lebih besar dibandingkan faktor medis dalam menentukan outcome kesehatan (Braveman & Gottlieb, 2014). Oleh karena itu, pembangunan kesehatan harus dilakukan secara lintas sektor dengan mengintegrasikan kebijakan pendidikan, ekonomi, perumahan, dan lingkungan. Pendekatan ini penting untuk mengatasi akar penyebab ketimpangan kesehatan secara lebih komprehensif.

3.5 Reformasi Kebijakan dan Tantangan Implementasi

Berbagai reformasi kebijakan telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia untuk meningkatkan pemerataan layanan kesehatan, termasuk implementasi JKN, penguatan layanan primer melalui program Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), serta digitalisasi layanan kesehatan. Meskipun kebijakan-kebijakan tersebut memiliki potensi untuk meningkatkan efisiensi dan akses layanan, implementasinya masih menghadapi berbagai kendala, terutama di daerah.

Keterbatasan infrastruktur, kapasitas sumber daya manusia, serta tata kelola yang belum optimal menjadi hambatan utama dalam mewujudkan efektivitas kebijakan kesehatan (Savedoff et al., 2012). Selain itu, digitalisasi layanan kesehatan belum sepenuhnya menjangkau wilayah terpencil, sehingga berpotensi menciptakan kesenjangan digital dalam sektor kesehatan.

Hal ini menunjukkan bahwa reformasi kebijakan tidak hanya memerlukan desain yang baik, tetapi juga implementasi yang adaptif terhadap kondisi lokal. Tanpa penguatan kapasitas daerah, reformasi kebijakan berisiko memperkuat ketimpangan yang sudah ada.

3.6 Temuan Hasil Penelitian

Berdasarkan keseluruhan hasil analisis, dapat disimpulkan bahwa ketimpangan kesehatan di Indonesia bersifat multidimensional, meliputi aspek distributif, struktural, sosial-ekonomi, dan kebijakan. Keempat dimensi ini saling berinteraksi dan membentuk sistem ketimpangan yang kompleks dan berkelanjutan.

Pendekatan pembangunan kesehatan berkeadilan harus bersifat integratif dengan menggabungkan kebijakan redistributif, penguatan kapasitas daerah, serta intervensi pada determinan sosial kesehatan. Selain itu, diperlukan reformasi struktural dalam sistem kesehatan yang tidak hanya berfokus pada akses, tetapi juga pada kualitas dan pemerataan layanan.

Tabel Temuan Penelitian

No	Penulis (Tahun)	Fokus Studi	Metode	Temuan Utama	Implikasi
1	Marmot (2005)	Determinan sosial kesehatan	Review	Ketimpangan sosial → ketimpangan kesehatan	Kebijakan harus berbasis keadilan sosial
2	WHO (2010)	Sistem pembiayaan	Report	UHC belum menjamin keadilan	Perlu pemerataan kualitas layanan
3	Boerma et al. (2018)	Akses layanan	Empiris	Gap akses formal vs nyata	JKN belum cukup tanpa dukungan sosial
4	Ottersen et al. (2014)	Keadilan global	Review	Ketimpangan dipengaruhi struktur global	Reformasi sistem global diperlukan

5	Gwatkin & Ergo (2011)	Ketimpangan	Analisis	Kelompok tertinggal	miskin	Target kebijakan harus pro-poor
6	Marmot et al. (2008)	Sosial ekonomi	Longitudinal	Pendidikan outcome kesehatan	→	Investasi pendidikan penting
7	Savedoff et al. (2012)	Kebijakan kesehatan	Review	Reformasi kapasitas	butuh	Penguatan institusi diperlukan
8	Prasad et al. (2019)	Ketertanggung	Analisis	Periferi pada pusat	bergantung	Perlu desentralisasi layanan
9	Solar & Irwin (2010)	Determinan sosial	Framework	Faktor sosial dominan		Pendekatan lintas sektor penting
10	Na'ifa et al. (2024)	Indonesia	Empiris	Disparitas tinggi	wilayah	Fokus pada daerah 3T
11	Wagstaff et al. (2016)	Pembiayaan	Kuantitatif	Ketimpangan biaya akses terbatas	→	Reformasi pembiayaan diperlukan
12	Frenk et al. (2010)	Reformasi sistem	Review	Sistem transformasi	perlu	Perubahan struktural menyeluruh
13	Kruk et al. (2018)	Kualitas layanan	Global analysis	Kualitas > akses		Fokus mutu layanan
14	Dieleman et al. (2017)	Pembiayaan global	Data analysis	Distribusi dana merata	tidak	Redistribusi global diperlukan
15	Victoria et al. (2018)	Ketimpangan global	Review	Ketimpangan tinggi	tetap	Intervensi lebih sistemik
16	Hosseinpoor et al. (2012)	Equity kesehatan	Statistik	Ketimpangan diukur	bisa	Pentingnya indikator sosial
17	Braveman & Gottlieb (2014)	Determinan sosial	Review	Faktor sosial > medis		Kebijakan non-medis penting
18	O'Donnell et al. (2008)	Analisis equity	Metodologis	Perlu metode ukur ketimpangan		Evidence-based policy
19	Atun et al. (2015)	Implementasi UHC	Review	UHC butuh kuat	sistem	Integrasi sistem kesehatan
20	Studi SLR (2025)	Sintesis Indonesia	SLR	Ketimpangan multidimensi		Pendekatan integratif

Secara umum, seluruh studi menunjukkan pola yang konsisten bahwa ketimpangan kesehatan tidak berdiri sendiri, melainkan merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor sosial, ekonomi, dan kebijakan. Studi oleh Marmot (2005) dan Marmot et al. (2008) menegaskan bahwa determinan sosial seperti pendidikan, pekerjaan, dan lingkungan merupakan akar utama ketimpangan kesehatan. Artinya, intervensi kesehatan tidak akan efektif tanpa perbaikan kondisi sosial masyarakat. Laporan WHO (2010) serta penelitian Boerma et al. (2018) menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara akses formal dan akses nyata. Dalam konteks Indonesia, hal ini terlihat pada program JKN yang berhasil meningkatkan kepesertaan, tetapi belum sepenuhnya menjamin kemudahan akses layanan di lapangan. Sementara itu, Gwatkin & Ergo (2011) serta Wagstaff et al. (2016) menekankan bahwa kelompok miskin tetap menjadi kelompok yang paling tertinggal, baik dari sisi pembiayaan maupun pemanfaatan layanan kesehatan. Ini menunjukkan bahwa ketimpangan bersifat sistemik dan berulang.

Dalam perspektif struktural, Prasad et al. (2019) dan Ottersen et al. (2014) menjelaskan bahwa ketimpangan juga dipengaruhi oleh relasi kekuasaan, baik dalam skala nasional (pusat–daerah) maupun global. Ketergantungan daerah terhadap pusat dalam sistem rujukan memperkuat ketimpangan akses layanan. Selain itu, penelitian Kruk et al. (2018) menggeser fokus dari sekadar akses menuju kualitas layanan. Hal ini penting karena peningkatan akses tanpa kualitas tidak akan meningkatkan outcome kesehatan secara signifikan. Penelitian lain seperti Braveman & Gottlieb (2014) serta Solar & Irwin (2010) memperkuat bahwa faktor sosial memiliki pengaruh lebih besar dibandingkan faktor medis, sehingga pendekatan kebijakan harus bersifat lintas sektor.

Berdasarkan keseluruhan hasil analisis terhadap 20 artikel, dapat disimpulkan bahwa ketimpangan kesehatan di Indonesia bersifat multidimensional, meliputi aspek distributif (ketimpangan sumber daya), struktural (ketergantungan pusat–periferi), sosial-ekonomi (kemiskinan dan pendidikan), serta kebijakan (implementasi yang belum merata). Temuan ini menunjukkan bahwa akses formal terhadap layanan kesehatan, seperti melalui program

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), belum sepenuhnya menjamin akses nyata di lapangan, sehingga perlu diperkuat dengan intervensi sosial dan ekonomi yang lebih luas. Selain itu, determinan sosial kesehatan menjadi faktor kunci yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat, sehingga pembangunan kesehatan harus diintegrasikan dengan sektor pendidikan, ekonomi, dan lingkungan. Di sisi lain, reformasi sistem kesehatan yang telah dilakukan masih belum optimal, terutama dalam hal kualitas layanan dan pemerataan antarwilayah. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan berkeadilan memerlukan pendekatan yang bersifat integratif, mencakup redistribusi sumber daya, penguatan kapasitas daerah, desentralisasi layanan, serta integrasi kebijakan lintas sektor. Dengan demikian, pembangunan kesehatan di Indonesia tidak cukup hanya berorientasi pada perluasan akses, tetapi harus diarahkan pada keadilan substantif yang mampu menjamin setiap individu memperoleh layanan kesehatan secara setara, adil, dan bermakna.

4. Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia telah mengalami kemajuan yang signifikan, khususnya dalam aspek perluasan akses pembiayaan melalui implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini berperan penting dalam meningkatkan cakupan kepesertaan serta membuka akses formal masyarakat terhadap layanan kesehatan. Namun demikian, pencapaian tersebut belum sepenuhnya mampu mewujudkan keadilan kesehatan secara substantif. Ketimpangan masih terlihat dalam berbagai aspek, terutama dalam distribusi fasilitas kesehatan, ketersediaan tenaga medis, serta kualitas layanan antarwilayah. Selain itu, faktor sosial-ekonomi seperti tingkat pendapatan, pendidikan, dan kondisi geografis juga menjadi penghambat utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan secara optimal. Hal ini menunjukkan bahwa akses formal yang disediakan melalui kebijakan belum sepenuhnya menjamin akses nyata bagi seluruh lapisan masyarakat. Lebih lanjut, ketimpangan kesehatan di Indonesia bersifat multidimensional, melibatkan dimensi distributif, struktural, sosial-ekonomi, dan kebijakan. Interaksi antar dimensi tersebut menciptakan pola ketimpangan yang kompleks dan berkelanjutan. Oleh karena itu, upaya pembangunan kesehatan tidak dapat dilakukan secara parsial, melainkan harus melalui pendekatan yang komprehensif dan integratif. Pembangunan kesehatan berkeadilan memerlukan strategi yang mencakup redistribusi sumber daya kesehatan secara lebih merata, penguatan kapasitas daerah terutama di wilayah tertinggal, serta integrasi kebijakan lintas sektor seperti pendidikan, ekonomi, dan infrastruktur. Dengan demikian, upaya mewujudkan keadilan kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan semata, tetapi juga merupakan bagian dari agenda pembangunan sosial yang lebih luas dan berkelanjutan.

Reference

- Atun, R., et al. (2015). Health-system reform and universal health coverage. *The Lancet*, 386(9995), 2119–2120. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00075-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00075-8)
- Akhiruddin, A., Kamaruddin, S. A., Adam, A., & Ahmadin, A. (2026). Fenomena Sosial Masyarakat Desa Adat Legian Bali Sebagai Laboratorium Pendidikan. *RIGGS: Journal of Artificial Intelligence and Digital Business*, 5(1), 8818-8827.
- 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.
- Boerma, T., Eozenou, P., Evans, D., Evans, T., Kieny, M. P., & Wagstaff, A. (2018). Monitoring progress towards universal health coverage. *The Lancet*, 392(10154), 1250–1261. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32472-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32472-2)
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315134543>
- Dieleman, J. L., et al. (2017). Global health spending and development assistance. *The Lancet*, 389(10083), 1981–2004. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30872-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30872-7)
- Fadilah, N., & Rahman, T. (2022). Evaluasi implementasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam perspektif keadilan sosial. *Jurnal Administrasi Publik dan Kebijakan Sosial*, 8(3), 201–218.
- Frenk, J., et al. (2010). Health professionals for a new century. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gusenbauer, M., & Haddaway, N. R. (2020). Which academic search systems are suitable for systematic reviews? *Research Synthesis Methods*, 11(2), 181–217. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1378>
- Gwatkin, D. R., & Ergo, A. (2011). Universal health coverage: Friend or foe of health equity? *The Lancet*, 377(9784), 2160–2161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62058-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62058-2)
- Hosseinpoor, A. R., et al. (2012). Measuring health inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(8), 575–582. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.089425>
- Jalal, J., Akhiruddin, A., Salemmuddin, 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.
- Kruk, M. E., et al. (2018). High-quality health systems in the SDG era. *The Lancet*, 392(10160), 2203–2212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)

- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2020). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Na'ifa, Z., Ardiansyah, R., & Putri, M. (2024). Analisis ketidakmerataan pelayanan kesehatan di Indonesia pasca pandemi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 18(1), 1–15.
- Nazli, R., & Usman, A. (2023). Kemiskinan dan pemanfaatan layanan kesehatan di era JKN. *Jurnal Sosial dan Humaniora Kesehatan*, 7(2), 145–162.
- O'Donnell, O., et al. (2008). *Analyzing health equity using household survey data*. World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3>
- Ottersen, O. P., et al. (2014). The political origins of health inequity. *The Lancet*, 383(9917), 630–667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences*. Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470754887>
- Prasad, V., et al. (2019). Dependency and health systems. *Globalization and Health*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0452-0>
- Prasetya, B., & Hartono, S. (2022). Relasi pusat dan daerah dalam sistem rujukan kesehatan nasional. *Jurnal Politik dan Pemerintahan*, 13(1), 77–94.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Harvard University Press.
- Savedoff, W. D., et al. (2012). Political and economic aspects of universal health coverage. *The Lancet*, 380(9845), 924–932. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61083-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61083-6)
- Setiawan, A., & Lubis, R. (2023). Evaluasi kebijakan pembiayaan kesehatan dan keadilan distributif. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Kesehatan*, 11(4), 289–305.
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge. *British Journal of Management*, 14(3), 207–222. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.00375>
- Victora, C. G., et al. (2018). Health equity. *The Lancet*, 392(10161), 2233–2244. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- Wagstaff, A., et al. (2016). Progress on catastrophic health spending. *The Lancet Global Health*, 4(12), e913–e923. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30280-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30280-7)
- World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.078022>