

Dampak Kemiskinan terhadap Ketidaksetaraan Pelayanan Kesehatan di Indonesia

**Agisti Maharani^{1*}, Astrid², Arya³, Deti⁴, Dewi Yanti⁵, Franklin Yohanes Sulla⁶,
M. Zainul Hafizi⁷**

Program Studi Pendidikan IPS, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Universitas Tanjungpura¹⁻⁷

*Email Korespodensi: f1261231014@student.untan.ac.id

Diterima: 19-09-2025 | Disetujui: 29-09-2025 | Diterbitkan: 01-10-2025

ABSTRACT

Poverty remains a major issue affecting the quality of life of Indonesians, particularly in terms of access to healthcare. Although the government has issued various policies such as the National Health Insurance (JKN), the poor still face serious obstacles, including cost, distance, and limited infrastructure. This creates significant inequality, with those in the upper-middle economic class and urban communities tending to have easier access to healthcare than those in rural or remote areas. This research was conducted using a diverse approach utilizing scientific journals, research reports, and relevant publications from the past ten years. The findings of this study indicate that poverty not only hinders people from meeting their basic needs but also widens the inequality in access to healthcare, necessitating policies that emphasize equity. With a targeted and sustainable strategy, the gap in healthcare services in Indonesia can be reduced, ensuring that all levels of society have equal access to adequate and quality healthcare.

Keywords: *Poverty, Inequality, Health Services*

ABSTRAK

Kemiskinan masih menjadi salah satu permasalahan besar yang memengaruhi kualitas hidup masyarakat di Indonesia, terutama dalam hal akses terhadap pelayanan kesehatan. Meskipun pemerintah telah mengeluarkan berbagai kebijakan seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masyarakat miskin masih menghadapi hambatan serius, baik dari sisi biaya, jarak, maupun keterbatasan infrastruktur. Hal ini menimbulkan ketidaksetaraan yang nyata, di mana kelompok ekonomi menengah ke atas dan masyarakat perkotaan cenderung memiliki akses lebih mudah terhadap layanan kesehatan dibandingkan masyarakat miskin di daerah pedesaan atau wilayah terpencil. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan yang memanfaatkan berbagai sumber jurnal ilmiah, laporan penelitian, serta publikasi relevan dalam kurun waktu sepuluh tahun terakhir. Temuan dari kajian tersebut mengisikasikan bahwa kondisi kemiskinan tidak hanya menghambat masyarakat dalam mencukupi kebutuhan pokok, tetapi juga memperlebar ketidakmerataan akses terhadap layanan kesehatan dengan dibutuhkannya kebijakan yang menitikberatkan pada aspek pemerataan. Dengan strategi yang terarah dan berkelanjutan, kesenjangan pelayanan kesehatan di Indonesia dapat dikurangi sehingga seluruh lapisan masyarakat memperoleh hak yang sama atas layanan kesehatan yang layak dan bermutu.

Katakunci: Kemiskinan, Ketidaksetaraan, Pelayanan Kesehatan

Bagaimana Cara Sitasi Artikel ini:

Agisti Maharani, Astrid, Arya, Deti, Dewi Yanti, Franklin Yohanes Sulla, & M. Zainul Hafizi. (2025). Dampak Kemiskinan terhadap Ketidaksetaraan Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Jurnal Ilmu Sosial Dan Humaniora, 1(4), 1336-1344. <https://doi.org/10.63822/j61qt429>.

PENDAHULUAN

Indonesia menempati posisi sebagai negara dengan populasi terbesar keempat di dunia menurut data dari berbagai sumber kredibel, seperti Databoks, Telkomsel, Wikipedia, Tempo.co, dan GoodStats. Data ini terus diperbarui, namun Indonesia secara konsisten berada di peringkat keempat setelah India, Tiongkok (China), dan Amerika Serikat. Indonesia sebagai negara yang dianugerahi kekayaan alam yang berlimpah serta keragaman budaya yang sangat luas. Dengan adanya potensi yang besar ini seharusnya menjadi modal penting untuk mendorong pembangunan nasional dan juga meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Namun, dibalik capaian pembangunan yang terus berjalan, Indonesia masih menghadapi berbagai permasalahan sosial yang kompleks, salah satunya adalah kemiskinan.

Kemiskinan merupakan tantangan yang sangat serius bagi Indonesia, tidak hanya permasalahan yang berkaitan dengan pendapatan saja, tetapi juga mencakup permasalahan yang menyangkut tentang akses pendidikan, pekerjaan dan pelayanan kesehatan. Kemiskinan menjadi salah satu tantangan besar yang dihadapi Indonesia, yang tidak pada persoalan pendapatan, melainkan juga mencakup berbagai dimensi lainnya. Per Maret 2025, tingkat kemiskinan di Indonesia adalah 8,47 persen, atau sekitar 23,85 juta orang, yang menunjukkan sedikit penurunan dari angka sebelumnya, meskipun terdapat kenaikan tipis di perkotaan. Namun, perhitungan ini berbeda dengan standar global Bank Dunia yang menunjukkan persentase penduduk miskin jauh lebih tinggi karena menggunakan garis kemiskinan yang berbeda. Kemiskinan membatasi kapasitas masyarakat dalam mencukupi kebutuhan pokok, seperti akses terhadap pangan, layanan pendidikan, maupun fasilitas kesehatan. Sehingga, hal ini memiliki keterhubungan dengan pelayanan kesehatan di Indonesia. Masyarakat miskin sering menghadapi hambatan ekonomi dan sosial dalam mengakses pelayanan dasar untuk kesehatan. Kondisi kemiskinan inilah yang menjadi salah satu akar munculnya ketidaksetaraan sosial yang di mana masyarakat dengan status ekonomi rendah cenderung memiliki keterbatasan dalam mengakses sumber daya dan layanan publik dibandingkan dengan masyarakat dengan status ekonomi tinggi. Ketidaksetaraan ini terlihat dalam berbagai aspek, mulai dari pendidikan, pekerjaan, hingga kesehatan, yang pada akhirnya memperbesar kesenjangan sosial di Indonesia (Fabela & Khairunnisa, 2024).

Kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan yang menjadi kebutuhan dasar manusia. Kesehatan adalah hak dasar yang dijamin oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia (UUD NRI) Tahun 1945 dan diperjelas dalam undang-undang (UU) Kesehatan. UUD NRI (1945) Pasal 28H ayat (1) menyatakan setiap orang berhak atas pelayanan kesehatan, sementara Pasal 34 ayat (3) menegaskan tanggung jawab negara dalam penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. UU Kesehatan, seperti UU Kesehatan No.17, (2013), pelayanan kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif. Salah satu bentuk nyata dari adanya ketidaksetaraan adalah kurangnya pelayanan kesehatan dalam masyarakat. Pada umumnya kesehatan adalah hak fundamental setiap warga negara Indonesia, akan tetapi nyatanya masyarakat yang miskin mengalami kendala signifikan, khususnya dalam upaya memperoleh akses pelayanan kesehatan yang memadai. Rendahnya tingkat kesehatan masyarakat miskin disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala biaya, jarak, dan transportasi (Fariadi et al., 2016). Akibat dari permasalahan ini banyak masyarakat miskin yang mengalami kendala dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak. Kondisi ini menimbulkan pertanyaan penting: sejauh mana tingkat kemiskinan berpengaruh terhadap akses

masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia? Faktor-faktor apa yang memperkuat hubungan kemiskinan dengan ketidaksetaraan kesehatan? Dan sebaliknya, faktor-faktor apa yang justru dapat memperlemah dan mereduksi hubungan tersebut? Pertanyaan-pertanyaan penelitian ini menjadi fokus kajian untuk menemukan pemahaman yang lebih komprehensif.

Penelitian ini bertujuan untuk menguraikan pengaruh kemiskinan terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia sekaligus mengidentifikasi faktor-faktor yang memperkuat dan memperlemah hubungan tersebut. Oleh karena itu, hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi akademik dalam menegaskan pentingnya pemerataan kesehatan sebagai pembangunan sosial.

Kajian teoritis mendukung kerangka ini. (Suharto, 2005) memandang kemiskinan sebagai persoalan struktural yang memengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan dasar. Notoatmodjo (2012) menegaskan bahwa perilaku masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh faktor sosial-ekonomi. Azwar (1996) dalam Pengantar Administrasi Kesehatan Nasional menekankan pentingnya distribusi tenaga medis yang adil sebagai tanggung jawab negara.

Sementara itu, penelitian terdahulu menunjukkan keterbatasan dalam implementasi kebijakan. Fariadi et al., (2016) mengungkapkan bahwa hambatan biaya, jarak, dan transportasi masih menjadi kendala utama masyarakat miskin. Pratiwi (2019) menyoroti keterbatasan biaya dan pengetahuan yang membuat masyarakat miskin kesulitan memanfaatkan layanan kesehatan meskipun ada program JKN. Fabela & Khairunnisa, (2024) menekankan bahwa kesenjangan sosial di Indonesia berimplikasi luas pada ketidaksetaraan pelayanan publik, termasuk layanan kesehatan.

Dengan menggabungkan teori dari buku dan hasil penelitian empiris, penelitian ini menunjukkan adanya gap bahwa kebijakan yang ada belum sepenuhnya menjawab permasalahan pemerataan akses kesehatan, terutama di daerah pedesaan dan kelompok miskin ekstrem. Gap inilah yang menjadi dasar novelty penelitian ini.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode studi literatur dengan pendekatan data sekunder, metode yang dikenal dengan studi kepustakaan di mana pengumpulan data dan informasi dengan mengkaji sumber-sumber terpercaya dalam bentuk tulisan. Studi literatur (literature review) adalah metode penelitian dengan cara meninjau, serta menganalisis beragam sumber pustaka terkait langsung dengan topik yang sedang dikaji. Peneliti tidak melakukan pengumpulan data lapangan, tetapi mengandalkan data sekunder berupa buku, jurnal, laporan penelitian, maupun sumber ilmiah lainnya. Tujuan dari penelitian studi literatur adalah untuk mengetahui sejauh mana penelitian terdahulu telah membahas topik tertentu sehingga peneliti memperoleh gambaran komprehensif mengenai perkembangan kajian yang relevan. Dari hasil telaah tersebut, peneliti dapat menemukan celah penelitian (research gap) yang belum banyak dieksplorasi atau masih menyisakan pertanyaan kritis. Selanjutnya, hasil kajian literatur digunakan untuk menyusun kerangka teori dan landasan konseptual yang kokoh sebagai pijakan ilmiah. Menjelaskan bahwa studi literatur sangat penting dalam penelitian karena memberikan justifikasi dan kerangka untuk memahami permasalahan penelitian (CRESWELL, 2016)

Data dikumpulkan dari berbagai referensi, termasuk jurnal ilmiah, buku, dan publikasi lain yang menyoroti pengaruh kemiskinan terhadap ketidaksetaraan layanan kesehatan di Indonesia. Literatur yang digunakan dari 11 jurnal terbitan 10 tahun terakhir agar sesuai dengan kondisi terkini. Data yang

dikumpulkan kemudian isinya dianalisis (content analysis) dan hasil yang didapat disajikan secara deskriptif untuk menjelaskan dampak kemiskinan terhadap ketidaksetaraan pelayanan kesehatan di Indonesia dengan ini menekankan bahwa review literatur harus dilakukan secara sistematis, transparan, dan terstruktur agar menghasilkan temuan yang dapat dipertanggungjawabkan (Snyder, 2019).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Kemiskinan sering dimaknai sebagai ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti pangan, pakaian, papan, pendidikan, dan kesehatan (Rosana, 2019). Kemiskinan tidak hanya membatasi kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasar, tetapi juga berdampak langsung pada akses terhadap pelayanan kesehatan, pendidikan, dan kesempatan ekonomi. Akibatnya, kelompok miskin sering menghadapi ketidaksetaraan dalam memperoleh pelayanan sosial yang memadai, sehingga memperkuat siklus kemiskinan. Menurut data BPS (Badan Pusat Statistik) menunjukkan bahwa:

1. Persentase penduduk miskin pada Maret 2025 sebesar 8,47 persen, menurun 0,10 persen poin terhadap September 2024 dan menurun 0,56 persen poin terhadap Maret 2024.
2. Jumlah penduduk miskin pada Maret 2025 sebesar 23,85 juta orang, menurun 0,21 juta orang terhadap September 2024 dan menurun 1,37 juta orang terhadap Maret 2024.
3. Persentase penduduk miskin perkotaan pada Maret 2025 sebesar 6,73 persen, naik dibandingkan September 2024 yang sebesar 6,66 persen. Sementara itu, persentase penduduk miskin perdesaan pada Maret 2025 sebesar 11,03 persen, menurun dibandingkan September 2024 yang sebesar 11,34 persen.
4. Dibanding September 2024, jumlah penduduk miskin Maret 2025 perkotaan meningkat sebanyak 0,22 juta orang (dari 11,05 juta orang pada September 2024 menjadi 11,27 juta orang pada Maret 2025). Sementara itu, pada periode yang sama, jumlah penduduk miskin perdesaan justru menurun sebanyak 0,43 juta orang (dari 13,01 juta orang pada September 2024 menjadi 12,58 juta orang pada Maret 2025).

Analisis literatur menunjukkan bahwa faktor penguat hubungan antara kemiskinan dan ketidaksetaraan kesehatan adalah keterbatasan biaya, distribusi tenaga medis yang timpang, kualitas fasilitas yang rendah, serta hambatan geografis. Di sisi lain, faktor pelemah adalah adanya kebijakan alternatif pemerintah, program JKN/BPJS, dan upaya pemerataan pembangunan kesehatan meskipun implementasinya masih terbatas.

Pembahasan

Kemiskinan di Indonesia hingga kini masih menjadi persoalan yang mempengaruhi banyak aspek kehidupan masyarakat, salah satunya dalam bidang kesehatan. Kondisi ekonomi yang terbatas membuat sebagian masyarakat kesulitan untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti pangan, pendidikan, dan pelayanan kesehatan. Isu kemiskinan tetap menjadi tantangan penting dalam pembangunan nasional yang perlu ditangani secara berkelanjutan. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS), tingkat kemiskinan pada Maret 2025 tercatat sebesar 8,47 persen. Angka ini lebih rendah dibandingkan 8,57 persen pada September 2024. Penurunan tersebut menandakan adanya perkembangan positif dalam upaya pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Selain penurunan persentase, jumlah penduduk miskin juga mengalami pengurangan. Pada Maret 2025, jumlah penduduk miskin tercatat sebanyak 23,85 juta orang. Capaian ini dinilai sebagai angka terendah dalam kurun waktu dua puluh tahun terakhir. Hal tersebut

mengindikasikan bahwa berbagai program dan kebijakan yang telah dijalankan pemerintah membawa dampak nyata terhadap kehidupan masyarakat. Walaupun penurunan angka kemiskinan menunjukkan perkembangan yang positif, tantangan nyata masih perlu dihadapi. Salah satu persoalan utama adalah ketimpangan antara kawasan perkotaan dan pedesaan. Masyarakat di daerah pedesaan umumnya memiliki akses yang lebih terbatas terhadap pendidikan, lapangan kerja, dan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan mereka yang tinggal di kota. Oleh karena itu, upaya pengentasan kemiskinan tidak cukup hanya dengan menurunkan jumlah penduduk miskin, tetapi juga harus diarahkan pada pemerataan pembangunan agar manfaatnya dapat dirasakan secara merata di seluruh wilayah Indonesia.

Ketidaksetaraan dalam pelayanan kesehatan di Indonesia merupakan personal serius yang berhubungan langsung dengan kualitas hidup masyarakat. Ketersediaan layanan kesehatan beserta sarana pendukungnya masih tergolong terbatas, terutama karena penyebarannya belum merata jika dibandingkan dengan wilayah perkotaan yang relatif lebih lengkap dan mudah diakses (Herawati & Bakhri, 2019). Meskipun pemerintah telah berupaya memperluas jangkauan layanan melalui berbagai program seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masih ada kesenjangan yang cukup mencolok antara masyarakat perkotaan dengan masyarakat pedesaan, maupun antar kelompok ekonomi menengah ke atas dengan kelompok ekonomi menengah ke bawah. "The overall readiness score varied between 53.5% in puskesmas to 83.2% in puskesmas. The overall level of providers' knowledge was quite poor, with an average knowledge score below 50% for all provider types (Haemmerli et al., 2021). Menunjukkan adanya ketimpangan dalam kesiapan fasilitas dan kualitas petugas kesehatan antara wilayah, antara kawasan urban dan rural, serta antara kelompok miskin dan kaya. Masyarakat di daerah perkotaan umumnya lebih mudah menjangkau rumah sakit besar dengan peralatan modern dan tenaga medis yang lengkap, sementara masyarakat di wilayah pedesaan atau daerah terpencil sering harus menempuh jarak jauh hanya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar.

Selain perbedaan letak geografis, ketidaksetaraan pelayanan kesehatan juga erat kaitannya dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat. Keluarga dengan pendapatan rendah sering kali menghadapi kesulitan untuk mengakses layanan kesehatan karena keterbatasan biaya, walaupun pemerintah telah menyediakan program jaminan kesehatan. Hambatan ini tidak hanya berupa pembayaran iuran atau biaya pengobatan, tetapi juga mencakup pengeluaran tambahan seperti ongkos transportasi menuju fasilitas kesehatan, pembelian obat yang tidak dijamin, serta biaya perawatan lanjutan. Kondisi tersebut membuat sebagian masyarakat miskin memilih untuk menunda bahkan menghindari pengobatan. Akibatnya, banyak dari mereka yang mengalami penyakit kronis yang sulit ditangani karena keterlambatan dalam memperoleh layanan medis yang memadai. Sejumlah kajian menegaskan bahwa ketidaksetaraan dalam akses kesehatan bukan hanya menciptakan perbedaan kualitas hidup antar individu, tetapi juga berimplikasi pada kesenjangan pembangunan antar wilayah. Laporan *State of Health Inequality: Indonesia* (Organization, 2017) yang menunjukkan bahwa pemantauan ketidaksetaraan perlu dilakukan berdasarkan faktor ekonomi, pendidikan, wilayah tempat tinggal, serta kondisi sosial lainnya. Temuan tersebut menyoroti bahwa masyarakat di kawasan timur Indonesia, seperti Papua dan Maluku, menghadapi keterbatasan signifikan dalam infrastruktur kesehatan dan distribusi tenaga medis.

Hal ini berbeda dengan daerah Jawa dan kota-kota besar lain yang relatif lebih maju. Fakta tersebut memperlihatkan bahwa pembangunan sektor kesehatan masih belum sepenuhnya merata di seluruh Indonesia. Untuk mengatasi persoalan ini, diperlukan langkah yang lebih sistematis, terukur, dan berkelanjutan. Pemerintah tidak cukup hanya berfokus pada penurunan angka kemiskinan atau penambahan

jumlah fasilitas kesehatan, tetapi juga harus memastikan pemerataan sumber daya kesehatan. Upaya tersebut mencakup peningkatan kualitas layanan, distribusi tenaga medis yang lebih merata, serta perbaikan akses masyarakat di wilayah pedesaan dan daerah terpencil. Misalnya, melalui kebijakan penempatan tenaga medis yang proporsional, pembangunan puskesmas dengan sarana yang lengkap, serta penyediaan transportasi kesehatan yang memadai. Dengan strategi seperti ini, kesenjangan pelayanan kesehatan dapat diperkecil sehingga seluruh masyarakat, tanpa memandang lokasi maupun kondisi sosial ekonomi, memiliki peluang yang sama untuk memperoleh pelayanan yang layak dan bermutu.

Layanan Kesehatan adalah salah satu aspek penting dalam membangun suatu bangsa. Kesehatan adalah keadaan tubuh yang berada pada kondisi terbaik, mencakup aspek fisik, mental, serta kesejahteraan hidup (Oktavilantika et al., 2023). Tanpa kondisi kesehatan yang baik, masyarakat tidak dapat beraktivitas secara produktif. Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Berdasarkan dengan UU No. 36 Tahun 2009 ini menegaskan pentingnya pelayanan kesehatan sebagai hak dasar masyarakat. Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dirancang secara berjenjang agar masyarakat dapat memperoleh layanan sesuai dengan tingkat kebutuhan medisnya. Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan sarana yang berfungsi untuk menyelenggarakan berbagai bentuk layanan kesehatan, mulai dari promosi kesehatan, tindakan pencegahan, proses penyembuhan, hingga upaya rehabilitasi. Pelaksanaan layanan ini dapat dijalankan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun oleh masyarakat sebagai bagian dari pemenuhan kebutuhan dasar di bidang Kesehatan (Maulany et al., 2021). Secara umum, sistem ini terbagi menjadi tiga tingkatan, yaitu pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier. Pembagian ini tidak hanya berfungsi untuk mengatur alur rujukan pasien, tetapi juga untuk memastikan pemanfaatan sumber daya kesehatan yang lebih efisien. Pelayanan kesehatan tingkat pertama atau primer merupakan bentuk layanan paling dasar yang biasanya diberikan melalui puskesmas dan klinik. Jenis pelayanan ini bersifat rawat jalan atau *ambulatory care* yang ditujukan untuk mengatasi masalah kesehatan umum masyarakat. Fasilitas kesehatan tingkat primer berperan sebagai garda terdepan dalam mendeteksi, mencegah, dan menangani penyakit sebelum berkembang menjadi lebih serius.

Apabila kondisi pasien tidak dapat ditangani pada tingkat primer, maka mereka akan dirujuk ke pelayanan kesehatan tingkat kedua atau sekunder. Layanan ini bersifat lebih spesialis maupun subspesialis terbatas. Umumnya, pelayanan sekunder tersedia di rumah sakit tipe C dan D, baik yang dikelola pemerintah maupun swasta. Fasilitas di tingkat ini mencakup pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, sehingga mampu memberikan penanganan yang lebih komprehensif dibandingkan layanan primer. Tingkat pelayanan yang paling tinggi adalah pelayanan kesehatan tersier. Layanan ini menggunakan tenaga medis dengan keahlian subspesialis dan didukung oleh teknologi kesehatan yang lebih maju. Biasanya, pelayanan tersier diselenggarakan di rumah sakit tipe A dan B, seperti rumah sakit umum pusat maupun rumah sakit besar di daerah. Fasilitas ini diperuntukkan bagi pasien dengan kondisi medis yang rumit dan memerlukan penanganan intensif serta peralatan canggih untuk mendukung proses penyembuhan. Program Kartu Indonesia Sehat yang dijalankan melalui BPJS Kesehatan akan lebih optimal apabila didukung oleh kualitas layanan kesehatan yang baik dari para penyedia jasa. Upaya peningkatan mutu layanan memang terus dilakukan, namun keberhasilan program ini juga sangat bergantung pada peran serta dan dukungan masyarakat dalam memanfaatkannya secara aktif (Pratiwi, 2019). Menurut Kemenkes RI (2020), peran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan menjadi instrumen penting dalam memperluas akses layanan kesehatan, terutama untuk masyarakat menengah kebawah yang susah untuk mendapatkan

layanan kesehatan karena terhalang uang.

Sebagian besar penelitian terdahulu lebih menekankan pada deskripsi kondisi empiris ketidaksetaraan pelayanan kesehatan tanpa menghubungkannya dengan kerangka teori pembangunan sosial. Penelitian ini menghadirkan novelty dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang memperkuat dan memperlemah hubungan kemiskinan dengan ketidaksetaraan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya memotret kondisi sosial-ekonomi masyarakat miskin, tetapi juga menawarkan kerangka analitis yang lebih komprehensif untuk memahami kompleksitas hubungan antara kemiskinan dan akses kesehatan di Indonesia.

KESIMPULAN

Tingkat kemiskinan di Indonesia masih menjadi faktor yang sangat menentukan dalam akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, meskipun data BPS menunjukkan tren penurunan hingga mencapai 8,47% atau sekitar 23,85 juta jiwa pada Maret 2025. Kondisi kemiskinan tidak hanya membatasi kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar, tetapi juga berdampak signifikan terhadap keterbatasan akses pelayanan kesehatan. Masyarakat miskin sering mengalami hambatan berupa keterbatasan biaya, jarak, transportasi, serta distribusi fasilitas dan tenaga medis yang tidak merata. Akibatnya, ketidaksetaraan dalam pelayanan kesehatan semakin melebar, terutama antara masyarakat miskin dan mampu, serta antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Padahal, hak atas kesehatan telah dijamin secara konstitusional.

Faktor-faktor yang memperkuat hubungan antara kemiskinan dan ketidaksetaraan pelayanan kesehatan antara lain: keterbatasan biaya, distribusi tenaga medis yang timpang, rendahnya kualitas fasilitas di daerah miskin, serta hambatan geografis dan transportasi. Sementara itu, faktor-faktor yang memperlemah hubungan tersebut meliputi adanya program JKN/BPJS, kebijakan afirmatif dari pemerintah, serta upaya pemerataan pembangunan kesehatan. Namun, efektivitas kebijakan tersebut, masih menghadapi kendala administratif dan infrastruktur, sehingga pemerataan akses pelayanan kesehatan belum sepenuhnya tercapai. Dengan demikian faktor yang memperkuat dan memperlemah pelayanan kesehatan salah satu nya kemiskinan.

REKOMENDASI

Untuk mengatasi persoalan tersebut, diperlukan langkah-langkah strategis yang komprehensif. Pertama, pemerintah perlu memperkuat kebijakan pemerataan pelayanan kesehatan melalui peningkatan distribusi tenaga medis, penyediaan fasilitas kesehatan, serta pembangunan infrastruktur di daerah pedesaan dan terpencil. Kedua, program JKN/BPJS Kesehatan harus dioptimalkan dengan memperluas jangkauan, memberikan subsidi penuh bagi masyarakat miskin, dan menyederhanakan prosedur administrasi agar lebih mudah diakses. Ketiga, diperlukan kolaborasi lintas sektor antara pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam program pemberdayaan ekonomi sekaligus kesehatan, sehingga upaya pemutusan rantai kemiskinan dapat berjalan lebih efektif. Keempat, pendidikan kesehatan masyarakat melalui program promotif dan preventif perlu ditingkatkan agar kelompok miskin mampu menjaga kesehatan secara mandiri dan berkelanjutan. Terakhir, penelitian lanjutan dengan pendekatan lapangan sangat dibutuhkan untuk mengidentifikasi hambatan spesifik di berbagai wilayah, sehingga kebijakan dan program yang dirumuskan dapat lebih tepat sasaran serta sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Azrul Azwar. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*.
- CRESWELL, J. W. (2016). Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches* Creswell John W Sage 320 £29 0761924426 0761924426. In *Nurse Researcher* (Vol. 12, Issue 1). <https://doi.org/10.7748/nr.12.1.82.s2>
- Fabela, Z., & Khairunnisa, A. (2024). Dampak Kesenjangan Sosial Di Indonesia. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(6), 3158–3164. <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i6.3004>
- Fariadi, H., Kanto, S., & Mardiyono. (2016). Persepsi Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan Bidang Gizi (Studi Kasus di Wilayah Puskesmas Sidotopo Surabaya Utara). *Pamator*, 9(2), 109–118. <http://journal.trunojoyo.ac.id/pamator>
- Haemmerli, M., Powell-Jackson, T., Goodman, C., Thabrany, H., & Wiseman, V. (2021). Poor quality for the poor? A study of inequalities in service readiness and provider knowledge in Indonesian primary health care facilities. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01577-1>
- Herawati, C., & Bakhri, S. (2019). Ketimpangan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Ekonomi di Wilayah Perbatasan. *Afiasi : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(1), 17–27. <https://doi.org/10.31943/afiasi.v4i1.9>
- Maulany, R. F., Dianingati, R. S., & Annisaa', E. (2021). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Akses Kesehatan. *Indonesian Journal of Pharmacy and Natural Product*, 4(2), 142–149. <https://doi.org/10.35473/ijpnp.v4i2.1161>
- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. In *Journal of Chemical Information and Modeling*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Oktavilantika, D. M., Suzana, D., & Damhuri, T. A. (2023). Definisi Kes. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 7(2018), 1480–1494. [file:///D:/doc/ners/kian/6007-Article Text-11375-1-10-20230412.pdf](file:///D:/doc/ners/kian/6007-Article%20Text-11375-1-10-20230412.pdf)
- Organization, world health. (2017). *STATE OF HEALTH INEQUALITY Indonesia*. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/259685>
- Pratiwi, D. A. (2019). Analisis Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Pengguna Kartu Indonesia Sehat Di Kota Batam. *Measurement : Jurnal Akuntansi*, 13(2), 102. <https://doi.org/10.33373/mja.v13i2.2034>
- RI, S. J. M. (1945). Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. *Jdih.Bapeten.Go.Id*, 1–21. <https://jdih.bapeten.go.id/en/dokumen/peraturan/undang-undang-dasar-negara-republik-indonesia-tahun-1945>
- Rosana, E. (2019). Kemiskinan Dalam Perspektif Struktural Fungsional. *Al-Adyan: Jurnal Studi Lintas Agama*, 14(1), 19–34. <https://doi.org/10.24042/ajsla.v14i1.4483>
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104(March), 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Suharto, E. (2005). *MEMBANGUN MASYARAKAT MEMBERDAYAKAN RAKYAT*.
- UU Kesehatan No.17. (2013). Kesehatan. *Dunia Kesehatan*, 187315, 68. http://www.amifrance.org/IMG/pdf_HM9_Mental_Health.pdf