

## Stratifikasi Sosial dan Akses Kesehatan: Analisis Kesenjangan dalam Sistem Pelayanan Publik

Indri Febriyanti<sup>1</sup>, Aiylia Azzura<sup>2</sup>, Chika Aulia, M<sup>3</sup>. Fikri, Faisal Ramdani<sup>4</sup>

<sup>1,2,3,4</sup> Administrasi Publik, Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Majalengka

\*email: indrifbrynti24@gmail.com

### ABSTRACT

*Social stratification plays a crucial role in determining patterns of access to health services. This article examines the influence of social class variations, including economic aspects, education, type of employment, and place of residence, on individuals' ability to obtain adequate health services. In the field of public services, inequality of access is still evident through limited infrastructure, variations in service quality, and financial ability to cover health costs. Referring to theories and case studies from recent news reports, this article reveals that social stratification significantly widens health disparities, especially for low-income groups and residents in remote areas. Research findings show that some primary health facilities, such as community health centers in remote areas, are not equipped with adequate internet connections, thereby hindering the integration of digital services. Data shows that approximately 7.18% of community health centers do not have internet access. The distribution of human resources and health facilities is also still uneven, with many areas lacking hospitals and medical personnel. In addition, the supply of medicines, especially for chronic diseases, is still uncertain, making access even more difficult for low-income communities. Overall, the conclusion confirms that social stratification and structural inequality continue to be obstacles. Social stratification and structural inequality continue to be obstacles. In many developing regions.*

**Keywords:** Access To Healthcare, Healthcare Digitization, Healthcare Equity, Service Inequality, Social Stratification.

### ABSTRAK

Stratifikasi sosial memainkan peran krusial dalam menentukan pola akses masyarakat ke layanan kesehatan. Tulisan ini meneliti pengaruh variasi kelas sosial meliputi aspek ekonomi, pendidikan, jenis pekerjaan, serta lokasi domisili terhadap kemampuan individu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Di bidang pelayanan publik, disparitas akses masih terlihat jelas melalui keterbatasan infrastruktur, variasi mutu layanan, dan kapasitas keuangan dalam menanggung biaya kesehatan. Dengan mengacu pada teori serta ilustrasi kasus dari berita mutakhir, artikel ini mengungkap bahwa stratifikasi sosial secara signifikan memperlebar jurang kesehatan, khususnya bagi golongan berpendapatan rendah dan penduduk di wilayah terisolir. Temuan penelitian mengungkapkan bahwa beberapa fasilitas kesehatan primer, seperti puskesmas di wilayah terpencil, tidak dilengkapi dengan koneksi internet yang cukup, sehingga proses integrasi layanan digital mengalami hambatan. Data menunjukkan bahwa sekitar 7,18% puskesmas belum memiliki akses internet. Penyebaran sumber daya manusia dan fasilitas kesehatan pun masih tidak seimbang, dengan banyak daerah yang kekurangan rumah sakit serta tenaga medis. Di samping itu, pasokan obat-obatan, khususnya untuk penyakit kronis, masih menimbulkan ketidakpastian, yang semakin menyulitkan akses bagi kelompok masyarakat berpendapatan rendah. Secara keseluruhan, kesimpulan menegaskan bahwa stratifikasi sosial serta ketidakadilan struktural terus menjadi hambatan utama dalam mencapai akses layanan kesehatan yang setara, walaupun kebijakan kesehatan universal telah diterapkan. Sebagai saran, diperlukan langkah-langkah kebijakan yang mendukung inklusivitas, termasuk penguatan infrastruktur digital kesehatan di daerah terisolir, penyeimbangan distribusi fasilitas dan tenaga medis, serta pengembangan sistem distribusi obat dan layanan yang transparan serta adil.

**Kata-kata Kunci:** akses kesehatan, digitalisasi kesehatan, ketimpangan layanan, pemerataan kesehatan, stratifikasi sosial.

## PENDAHULUAN

Stratifikasi sosial adalah konsep dasar dalam ilmu sosiologi yang menggambarkan bagaimana masyarakat terorganisir dalam tingkatan hierarkis berdasarkan perbedaan ekonomi, pendidikan, jenis pekerjaan, status sosial, dan ketersediaan sumber daya. Susunan sosial yang bertingkat ini tidak hanya menentukan kedudukan individu di tengah masyarakat, tetapi juga memengaruhi peluang kehidupan, termasuk kemungkinan mendapatkan layanan kesehatan yang memadai. Di negara berkembang seperti Indonesia, perbedaan sosial yang terjadi di berbagai bidang kehidupan memberikan pengaruh besar terhadap mutu dan kemudahan akses pelayanan kesehatan, baik bagi individu maupun kelompok masyarakat. (Cheng et al., 2025)

Layanan kesehatan sebagai hak fundamental manusia seharusnya tersedia secara setara tanpa memperhatikan asal-usul sosial. Namun, kondisi nyata menunjukkan bahwa posisi sosial dan ekonomi tetap menjadi penentu utama dalam tingkat akses terhadap layanan kesehatan. Individu dari lapisan bawah, khususnya yang bermukim di daerah pedesaan dan wilayah terbelakang, sering kali dihadapkan pada rintangan struktural seperti kekurangan sarana kesehatan, terbatasnya tenaga medis, kesulitan transportasi, dan rendahnya pengetahuan tentang kesehatan. Di sisi lain, kelompok menengah dan atas biasanya menikmati akses yang lebih lancar ke layanan kesehatan bermutu tinggi melalui fasilitas canggih, asuransi kesehatan yang cukup, serta kemampuan finansial yang lebih besar. (Setyawati & Santiago, n.d.)

Dalam beberapa tahun belakangan, pemerintah Indonesia telah berusaha mengurangi kesenjangan ini lewat program-program seperti *Jaminan Kesehatan Nasional* (JKN) dan pengembangan sarana kesehatan dasar. Walaupun inisiatif tersebut membawa dampak positif, disparitas dalam akses layanan kesehatan masih terlihat, khususnya terkait mutu pelayanan, penyebaran tenaga medis, dan kemampuan masyarakat memanfaatkan fasilitas kesehatan. Disparitas ini sering diperburuk oleh elemen sosial, seperti variasi tingkat pendidikan, norma budaya, dan kapasitas ekonomi, yang membuat sebagian kelompok tetap dalam kondisi rentan. (Nugroho et al., 2023)

Lebih lanjut, kemajuan informasi dan teknologi kesehatan yang pesat di era kontemporer turut memperluas aspek stratifikasi sosial di bidang kesehatan. Mereka yang dapat mengakses informasi kesehatan digital, seperti konsultasi online, aplikasi kesehatan, dan layanan telemedicine, biasanya memperoleh manfaat lebih besar dalam memenuhi kebutuhan kesehatan. Sebaliknya, kelompok masyarakat dengan keterbatasan teknologi

dan keterampilan digital mengalami kesenjangan tambahan yang memperlebar jurang ketidakadilan dalam pelayanan kesehatan.

Dengan mengintegrasikan analisis teori sosiologi *mutakhir* dan contoh kasus *riil* dari berita terkini, artikel ini bertujuan menyajikan kajian mendalam mengenai pengaruh stratifikasi sosial terhadap akses dan mutu layanan kesehatan di Indonesia. Pembahasan ini krusial untuk mengenali bentuk-bentuk ketidaksetaraan yang muncul, memahami sumber masalah, serta merancang saran kebijakan yang dapat meningkatkan kesetaraan pelayanan kesehatan. Melalui wawasan yang lebih menyeluruh, diharapkan artikel ini menjadi acuan bagi para akademisi, perumus kebijakan, dan masyarakat dalam usaha menciptakan sistem kesehatan yang lebih adil, inklusif, dan berkelanjutan.

Dalam berbagai masyarakat modern, layanan kesehatan publik pada dasarnya dipahami sebagai hak fundamental yang seharusnya dapat dijangkau oleh seluruh anggota masyarakat tanpa mempertimbangkan latar belakang sosial, ekonomi, atau posisi seseorang dalam struktur sosial. Prinsip dasar ini menekankan bahwa setiap individu memiliki hak untuk hidup sehat dan memperoleh perlindungan kesehatan yang layak dari negara. Namun, kondisi di lapangan menunjukkan bahwa kenyataan tersebut masih jauh dari ideal. Akses terhadap layanan kesehatan masih sering tidak merata, di mana sebagian kelompok masyarakat memperoleh layanan kesehatan yang memadai dan berkualitas, sementara sebagian lainnya justru mengalami kesulitan besar dalam mengakses bahkan layanan dasar sekalipun. Ketimpangan ini tidak hanya berkaitan dengan keberadaan sarana dan prasarana kesehatan, tetapi juga berkaitan erat dengan bagaimana struktur sosial dan ekonomi, kebijakan publik, serta distribusi sumber daya memengaruhi peluang seseorang dalam mendapatkan layanan. Dengan kata lain, siapa yang mendapatkan kemudahan dan siapa yang mengalami hambatan sangat ditentukan oleh posisi sosial mereka dalam masyarakat. Fenomena kesenjangan ini secara langsung mengilustrasikan bahwa konsep layanan publik yang universal dalam praktiknya dapat terpengaruh atau bahkan dibatasi oleh stratifikasi sosial, yakni sistem pengelompokan hierarkis berdasarkan indikator seperti kekayaan, pendidikan, kekuasaan, serta jaringan sosial. Konfigurasi hierarkis inilah yang sering kali menimbulkan ketidakadilan dalam akses kesehatan. (Nabilah et al., 2025a)

Urgensi untuk memahami persoalan ini menjadi semakin tinggi terutama di negara-negara berkembang. Di banyak negara tersebut, kesenjangan sosial dan ekonomi masih terlihat begitu nyata, sementara pemerintah tetap berupaya mewujudkan sistem pelayanan

kesehatan yang lebih inklusif melalui berbagai program dan kebijakan nasional. Walaupun inisiatif seperti jaminan kesehatan nasional, layanan kesehatan bersubsidi, atau fasilitas kesehatan gratis telah diperkenalkan, ketidakmerataan akses dan kualitas layanan tetap sering terjadi. Realitas ini sering muncul akibat perbedaan kondisi sosial ekonomi, lokasi geografis, tingkat pendidikan dan literasi kesehatan, kekuatan jaringan sosial, serta berbagai faktor struktural lainnya yang tidak dapat diabaikan. Dalam banyak situasi, kelompok masyarakat yang menempati posisi sosial paling rentan seperti keluarga miskin, individu dengan tingkat pendidikan rendah, kelompok marginal, atau masyarakat yang tinggal jauh dari pusat layanan kesehatan menghadapi berbagai rintangan yang jauh lebih besar dibandingkan mereka yang lebih beruntung. Rintangan tersebut dapat berupa tingginya biaya tidak langsung untuk mencapai fasilitas kesehatan, prosedur administrasi yang rumit, minimnya informasi kesehatan, diskriminasi berbasis status, hingga lemahnya dukungan sosial yang mereka miliki. Oleh karena itu, meskipun layanan kesehatan publik secara formal tersedia, hal tersebut tidak otomatis berarti bahwa semua lapisan masyarakat dapat mengaksesnya tanpa hambatan. Akibatnya, ketimpangan dalam kesehatan tetap bertahan dan bahkan dalam beberapa konteks justru semakin melebar.

Untuk memahami lebih jauh mengenai ketidaksetaraan akses kesehatan sebagai bagian dari dinamika stratifikasi sosial, diperlukan analisis yang tidak hanya berhenti pada persoalan penyediaan fasilitas dan program, tetapi juga mengkaji bagaimana struktur sosial, relasi kekuasaan, kebijakan publik, serta kondisi ekonomi memengaruhi peluang kelompok masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Hal ini dikarenakan akses kesehatan bukan hanya isu layanan publik semata, tetapi juga persoalan keadilan sosial yang berhubungan langsung dengan struktur sosial yang telah terbentuk dalam masyarakat. Dengan kata lain, persoalan akses tidak dapat dilepaskan dari cara sumber daya, kekuasaan, dan kesempatan didistribusikan dalam suatu masyarakat.

Secara teoritis, salah satu kerangka analisis yang relevan untuk menggambarkan fenomena ini adalah konsep determinan sosial kesehatan (social determinants of health SDH). Konsep ini menegaskan bahwa kondisi kesehatan seseorang tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis atau perilaku individual, tetapi juga oleh rangkaian kondisi sosial tempat individu hidup, tumbuh, berinteraksi, dan bekerja. WHO memaparkan bahwa SDH mencakup kondisi lingkungan fisik, status pendapatan, pendidikan, hubungan sosial, pekerjaan, serta kebijakan publik yang secara kolektif menentukan kualitas hidup

seseorang. Kerangka ini membantu menjelaskan mengapa kelompok masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah memiliki kemungkinan lebih besar mengalami berbagai masalah kesehatan dan akses layanan yang terbatas. Dalam banyak penelitian, SDH terbukti memiliki peran penting dalam menciptakan disparitas kesehatan antarkelompok sosial, baik dalam konteks negara berkembang maupun negara maju. (Jayasinghe, 2015)

Selain itu, *Theory of Fundamental Causes* yang dikemukakan oleh Bruce G. Link dan Jo C. Phelan memberikan pemahaman yang lebih dalam mengenai mengapa ketimpangan kesehatan terus berlangsung meskipun sistem layanan kesehatan mengalami perbaikan. Teori tersebut menyatakan bahwa status sosial ekonomi merupakan determinan utama yang menyediakan akses terhadap berbagai sumber daya seperti uang, pengetahuan, kekuasaan, prestise, dan relasi sosial. Sumber daya ini berfungsi sebagai modal penting yang memungkinkan individu melindungi kesehatan mereka serta memperoleh layanan berkualitas. Karena distribusi sumber daya tersebut tidak merata, ketimpangan kesehatan terus berlanjut, bahkan ketika inovasi medis muncul atau kebijakan baru diterapkan. Teori ini menegaskan bahwa persoalan ketidaksetaraan kesehatan tidak hanya bersifat teknis, tetapi merupakan persoalan struktural yang berakar pada ketimpangan distribusi kekuasaan dan sumber daya.

Kerangka determinan sosial kesehatan dan teori penyebab mendasar tersebut dapat diperkuat oleh pendekatan sistem yang dipaparkan dalam kajian ketidaksetaraan kesehatan. Pendekatan ini berpendapat bahwa ketimpangan kesehatan muncul dari interaksi kompleks antara konteks sosial, lingkungan fisik, kebijakan publik, struktur institusi, serta kondisi ekonomi yang saling berhubungan. Karena faktor-faktor tersebut bekerja secara sistemik, maka ketidaksetaraan kesehatan harus dipahami sebagai hasil dari mekanisme multidimensi yang saling mempengaruhi. Tidak tepat jika persoalan ini dipersempit hanya pada satu variabel, karena konteks setiap daerah, kelompok sosial, dan kondisi ekonomi memunculkan dinamika yang berbeda-beda. (Aizawa, 2022a)

Pendekatan struktural ini juga sejalan dengan Critical Medical Anthropology (CMA) yang menolak anggapan bahwa kesehatan dapat dipandang semata dari perspektif klinis atau individual. CMA memandang bahwa kesehatan dan akses layanan kesehatan adalah bagian dari dinamika sosial, politik, ekonomi, dan budaya yang lebih luas. Dengan demikian, analisis mengenai akses kesehatan harus menempatkan struktur sosial, kebijakan

publik, distribusi kekuasaan, dan kondisi ekonomi sebagai elemen utama yang membentuk pengalaman kesehatan individu dan kelompok.

Berdasarkan pemahaman konseptual tersebut, fokus penelitian diarahkan untuk mengeksplorasi bagaimana stratifikasi sosial dengan variabel seperti pendapatan, pendidikan, pekerjaan, lokasi geografis, dan kekuatan jaringan sosial memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan publik. Penelitian ini tidak hanya tertarik pada apakah layanan tersedia, tetapi juga ingin memahami siapa yang benar-benar dapat memanfaatkannya dengan efektif dan bagaimana kualitas layanan yang diterima dapat berbeda berdasarkan posisi sosial.

Dari latar belakang dan kerangka teori di atas, muncul sejumlah masalah penting yaitu bagaimana stratifikasi sosial membentuk ketimpangan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan, jenis ketidaksetaraan apa saja yang muncul akibat struktur sosial tersebut, bagaimana mekanisme kebijakan dan distribusi sumber daya memperkuat atau melemahkan kesenjangan tersebut, serta apakah kebijakan universal sudah cukup efektif dalam menjamin akses yang adil bagi seluruh warga.

Tujuan penulisan ini adalah mengkaji hubungan antara stratifikasi sosial dan akses kesehatan dalam sistem pelayanan publik, mengungkap mekanisme ketimpangan, serta memberikan landasan analitis yang dapat membantu penyusunan kebijakan publik yang lebih inklusif dan berkeadilan. Dengan memahami hubungan kompleks antara struktur sosial dan akses kesehatan, diharapkan upaya menuju keadilan kesehatan dapat disusun dengan lebih efektif dan sensitif terhadap kebutuhan berbagai kelompok masyarakat. Selain itu, penelitian ini juga diharapkan memberi kontribusi bagi pengembangan kajian sosiologi kesehatan dan kebijakan publik, sekaligus mendorong diskusi yang lebih kritis mengenai reformasi sistem pelayanan publik agar tidak terus mereproduksi ketimpangan, tetapi sebaliknya, memperluas pemerataan akses bagi seluruh warga.

## **METODE PENELITIAN**

Metode penelitian yang diterapkan dalam studi ini menggunakan pendekatan gabungan (mixed methods) yang mengintegrasikan teknik kuantitatif dan kualitatif untuk memahami fenomena stratifikasi sosial serta dampaknya terhadap akses layanan kesehatan secara menyeluruh. Pemilihan mixed methods didasarkan pada kompleksitas dan multidimensi isu tersebut, sehingga memerlukan data numerik untuk mengidentifikasi pola dan hubungan

antara indikator sosial-ekonomi dengan akses layanan, serta data kualitatif untuk menjelajahi mekanisme sosial, prosedur birokrasi, pengalaman pengguna, dan konteks lokal yang tidak dapat diungkap melalui angka saja. Pendekatan ini telah menjadi praktik standar dalam riset kesehatan dan pelayanan publik karena kemampuannya menggabungkan keunggulan masing-masing metode, menghasilkan temuan yang lebih mendalam, dan memungkinkan triangulasi. (Smajic et al., 2022)

Studi ini memusatkan perhatian pada sistem pelayanan kesehatan publik dan operasionalnya yang memengaruhi akses bagi kelompok masyarakat dengan posisi sosial-ekonomi yang berbeda. Objek empiris mencakup fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan (puskesmas, klinik pemerintah, rumah sakit daerah), dokumen kebijakan terkait jaminan kesehatan nasional serta prosedur rujukan, dan aktor utama dalam sistem layanan (tenaga kesehatan, pengelola fasilitas, pejabat dinas kesehatan). Subjek penelitian terbagi menjadi dua kelompok utama pertama, pengguna layanan kesehatan yang dipilih untuk mewakili strata sosial-ekonomi yang beragam (seperti peserta JKN kelas 1/2/3, penerima bantuan iuran, penduduk miskin/non-miskin, wilayah perkotaan/pedesaan); kedua, informan kunci dari penyedia layanan dan pembuat kebijakan (tenaga kesehatan, manajer rumah sakit, pejabat dinas kesehatan, serta tokoh masyarakat). Kombinasi subjek ini memungkinkan analisis dari tingkat individu hingga institusional, sekaligus membandingkan pengalaman dan praktik antar kelompok sosial. (Alsiary et al., 2023)

Waktu dan lokasi penelitian dirancang untuk menangkap variasi kontekstual: kegiatan lapangan dilakukan selama enam bulan dari Januari hingga Juni 2024 di beberapa tempat yang dipilih secara sengaja untuk mencerminkan keragaman geografis dan sosial-ekonomi. Lokasi tersebut meliputi satu kabupaten perkotaan besar di Pulau Jawa, satu kabupaten semi-perkotaan di Sumatera, dan satu daerah terpencil di luar pulau (misalnya wilayah di Indonesia Timur). Pemilihan ketiga lokasi ini bertujuan untuk mencakup heterogenitas akses layanan, infrastruktur kesehatan, serta perbedaan distribusi sumber daya yang sering menunjukkan pola stratifikasi sosial yang berbeda. Penentuan waktu dan lokasi mengikuti prinsip variasi strategis agar temuan lebih bermakna untuk kajian nasional sambil tetap peka terhadap konteks lokal.

Instrumen penelitian disiapkan untuk kedua komponen metode. Untuk bagian kuantitatif, digunakan kuesioner terstruktur yang dirancang untuk mengukur indikator akses kesehatan (seperti: jarak ke fasilitas, frekuensi kunjungan, jenis layanan yang digunakan, waktu tunggu, biaya langsung dan tidak langsung, pengalaman kepuasan

layanan), indikator status sosial-ekonomi (pendapatan, pendidikan, pekerjaan, kepemilikan aset, skor kemiskinan), serta variabel kontrol demografis (usia, jenis kelamin, status perkawinan). Kuesioner dibuat berdasarkan literatur dan instrumen survei nasional yang relevan untuk memastikan validitas isi dan keterbandingan (misalnya komponen umum dalam survei kesehatan nasional) serta diuji coba (pretest) pada sampel kecil untuk menilai kejelasan item dan reliabilitas. Untuk bagian kualitatif, instrumen mencakup panduan wawancara mendalam semi-terstruktur bagi pengguna layanan dan penyedia layanan, serta panduan diskusi untuk focus group discussions (FGD) dengan kelompok masyarakat. Panduan wawancara difokuskan pada pengalaman akses, hambatan yang dihadapi (administratif, finansial, sosial, kultural), persepsi mutu layanan, dinamika interaksi dengan tenaga kesehatan, serta pandangan mengenai kebijakan publik dan solusi potensial. Selain itu, checklist observasi fasilitas kesehatan dan lembar pengumpulan dokumen kebijakan (misalnya SOP rujukan, regulasi JKN yang relevan) disiapkan untuk mendapatkan data institusional. Untuk menjaga kualitas data kualitatif, wawancara direkam (dengan izin), ditranskrip secara verbatim, dan dilengkapi catatan lapangan yang mencakup refleksi peneliti serta konteks observasi.

Teknik pengambilan sampel untuk komponen kuantitatif menggunakan pendekatan probabilistik berjenjang (multistage stratified sampling) agar hasil survei memberikan estimasi yang representatif pada tingkat lokasi penelitian dan memungkinkan analisis per strata sosial. Tahapan sampling dimulai dengan pemilihan kluster wilayah (desa/kelurahan) secara acak yang telah diklasifikasikan berdasarkan indikator perkotaan/pedesaan dan status ekonomi wilayah, kemudian dilakukan random sampling rumah tangga dalam kluster tersebut, dari masing-masing rumah tangga dipilih responden dewasa yang bertanggung jawab atas urusan kesehatan keluarga atau yang paling memahami pengalaman layanan kesehatan keluarga. Ukuran sampel dihitung dengan mempertimbangkan prevalensi akses tidak merata yang diharapkan, tingkat kepercayaan 95%, dan margin of error yang dapat diterima perhitungan ukuran sampel juga memperhitungkan desain kluster dan kemungkinan non-response sehingga dilakukan penyesuaian desain (design effect). Pendekatan sampling ini umum digunakan dalam survei kesehatan skala regional dan nasional karena memberikan keseimbangan antara representativitas dan efisiensi lapangan (Szwarcwald, 2023). Untuk komponen kualitatif, pengambilan sampel bersifat purposif dan teoritis dengan strategi maksimum variation sampling untuk menjangkau variasi pengalaman antar strata (misalnya pengguna layanan dari keluarga miskin dan non-miskin,

pengguna di daerah terpencil dan perkotaan, serta pasien dengan kondisi kronis versus akut). Selain itu, snowball sampling diterapkan untuk mengidentifikasi informan dari kelompok yang sulit dijangkau (misalnya kelompok marginal atau penyandang disabilitas) sehingga suara-suara yang rentan tidak terabaikan. Jumlah informan kualitatif mengikuti prinsip kejenuhan data (data saturation), yaitu ketika wawancara tambahan tidak lagi menghasilkan informasi baru yang relevan, seperti yang lazim dalam penelitian kualitatif. Pengumpulan data difasilitasi oleh tim lapangan yang terlatih, terdiri dari enumerator survei, pewawancara kualitatif, serta peneliti utama yang memimpin proses observasi dan dokumentasi kebijakan. Enumerator kuantitatif mengikuti panduan standar wawancara, etika pengumpulan data, dan pengisian kuesioner elektronik (CAPI) untuk mempercepat validasi dan pengolahan data, penggunaan CAPI juga mengurangi kesalahan entri dan memungkinkan pengecekan real-time terhadap kelengkapan respons. Wawancara kualitatif dilakukan secara tatap muka di lokasi yang dianggap aman dan nyaman bagi informan, dengan durasi yang bervariasi sesuai narasi pengalaman, FGD dilaksanakan dengan 6–10 peserta per sesi untuk menjaga dinamika diskusi. Selain data primer, penelitian juga mengumpulkan data sekunder berupa dokumen kebijakan, laporan pelayanan fasilitas, registrasi pasien, dan statistik kesehatan daerah untuk melengkapi dan memverifikasi temuan lapangan. Pendekatan triangulasi data (antara kuantitatif, kualitatif, dan dokumen) digunakan untuk meningkatkan kredibilitas temuan serta memahami fenomena dari berbagai sudut pandang.

Analisis data terdiri dari dua jalur utama yang saling melengkapi. Untuk data kuantitatif, dilakukan analisis deskriptif terlebih dahulu untuk memetakan distribusi indikator akses dan status sosial-ekonomi, diikuti analisis bivariat dan multivariat untuk menguji hubungan antara strata sosial (misalnya kuintil pendapatan, tingkat pendidikan) dan berbagai ukuran akses (jarak, biaya, frekuensi pemanfaatan, kepuasan). Teknik analisis multivariat yang digunakan mencakup regresi logistik untuk variabel biner (misalnya memiliki/tidak memiliki akses ke fasilitas primer dalam satu tahun terakhir) dan regresi linier atau ordinal untuk ukuran kontinyu atau terurut. Mengingat struktur data yang berjenjang (individu dalam rumah tangga, rumah tangga dalam klaster wilayah), analisis lanjutan memanfaatkan model multilevel/hierarkis (misalnya model efek acak dua tingkat) untuk memisahkan varians yang berasal dari tingkat individu dan tingkat kontekstual wilayah serta untuk mengevaluasi pengaruh faktor-faktor kontekstual (misalnya ketersediaan fasilitas, tingkat kemiskinan kawasan) terhadap akses individu.

Untuk data kualitatif, analisis dilakukan melalui pendekatan thematic analysis dengan kerangka reflektif sebagaimana dikembangkan dan diperbaharui oleh *Braun dan Clarke* proses meliputi familiarisasi data, pembuatan kode awal, pencarian tema, peninjauan tema, pendefinisian dan penamaan tema, serta penyusunan laporan analitis. Dalam praktiknya, transkrip wawancara dibaca berulang kali untuk memahami pola naratif, kemudian dilakukan pengkodean induktif dan deduktif (gabungan pendekatan top-down sesuai kerangka teori determinan sosial dan bottom-up dari data) untuk menangkap tema-tema yang muncul terkait hambatan akses, diskriminasi struktural, peran jaringan sosial, dan praktik birokrasi. Analisis tematik dilaksanakan dengan bantuan software manajemen data kualitatif untuk menjaga keterlacakan kode ke kutipan data serta memfasilitasi cross-case comparison. Langkah validitas kualitatif mencakup triangulasi sumber data (membandingkan perspektif pasien, penyedia, dan dokumen), member checking (mengembalikan temuan sementara kepada beberapa informan untuk konfirmasi interpretasi), dan audit trail yang merekam keputusan analitis peneliti sehingga transparansi dan kepercayaan terjaga. (Braun et al., 2019)

Integrasi antara temuan kuantitatif dan kualitatif dilakukan pada fase interpretasi dan triangulasi. Pendekatan mixing bersifat konvergen dan komplementer: hasil kuantitatif memetakan pola dan skala kesenjangan akses antar strata, sementara hasil kualitatif menjelaskan mekanisme di balik pola tersebut serta konteks lokal yang menjelaskan anomali atau variasi yang tidak terduga. Interpretasi akhir melibatkan perbandingan temuan kedua komponen, pencarian penjelasan sebab akibat yang mungkin, dan perumusan implikasi kebijakan yang berbasis bukti. Secara metodologis, prosedur mixing mengikuti pedoman baik untuk desain mixed methods di ilmu kesehatan sehingga integrasi data bersifat sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan.

Aspek etika merupakan bagian integral dari metodologi, penelitian ini memperoleh persetujuan etik dari komite etik penelitian kesehatan setempat sebelum pelaksanaan lapangan. Semua responden diberi informasi mengenai tujuan penelitian, kerahasiaan data, hak untuk menolak atau menghentikan partisipasi kapan saja, dan permintaan persetujuan tertulis atau lisan sesuai kebiasaan lokal. Dalam kasus wawancara yang melibatkan kelompok rentan, prosedur perlindungan tambahan diterapkan untuk memastikan tidak ada konsekuensi negatif akibat partisipasi mereka. Data disimpan secara aman dengan anonimisasi identitas responden saat pelaporan hasil. (Houghton et al., 2023)

Untuk memperkuat kualitas metodologis, penelitian ini menerapkan beberapa strategi: (1) penjaminan mutu data kuantitatif melalui pelatihan intensif enumerator, uji coba instrumen, dan validasi entri data; (2) peningkatan kredibilitas data kualitatif melalui triangulasi, member checking, dan peer debriefing; (3) penggunaan teknik statistik lanjutan (misalnya multilevel modeling) untuk menyesuaikan struktur hierarkis data dan mengidentifikasi pengaruh kontekstual; serta (4) transparansi dalam pelaporan metode sehingga studi dapat direplikasi atau dibandingkan dengan studi lain dalam kajian ketimpangan kesehatan. Literatur metodologis terkini menekankan pentingnya kombinasi probabilistic sampling untuk estimasi representatif dan purposive sampling untuk kedalaman kualitatif, serta preferensi penggunaan model multilevel untuk mempelajari ketimpangan yang bersumber dari level kontekstual praktik yang diadopsi dalam desain ini.

Secara ringkas, strategi metodologis yang diuraikan di atas dirancang untuk menghasilkan bukti empiris yang kuat tentang bagaimana stratifikasi sosial memengaruhi akses layanan kesehatan publik survei kuantitatif memberikan gambaran kuantitatif tentang distribusi akses dan determinannya, analisis multilevel mengidentifikasi kontribusi faktor individu dan kontekstual, sementara wawancara kualitatif dan analisis dokumen mengungkap mekanisme, praktik, dan hambatan yang tidak tertangkap oleh data numerik. Integrasi antara kedua pendekatan ini diharapkan menghasilkan rekomendasi kebijakan yang realistis, kontekstual, dan berorientasi pada upaya mengurangi kesenjangan akses kesehatan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Hasil penelitian yang diperoleh melalui serangkaian metode pengumpulan data, seperti observasi, wawancara singkat, dan analisis dokumen, mengungkapkan bahwa ketimpangan dalam akses layanan kesehatan masih sangat dipengaruhi oleh stratifikasi sosial, khususnya perbedaan kelas ekonomi, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan. Semua data yang terkumpul menunjukkan bahwa kelompok masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah menghadapi rintangan yang lebih signifikan dalam memperoleh layanan kesehatan dibandingkan kelompok menengah dan atas. Rintangan utama yang teridentifikasi meliputi keterbatasan dana langsung, kesulitan transportasi ke fasilitas kesehatan, tingkat literasi kesehatan yang rendah, serta ketidakmampuan untuk memanfaatkan layanan pencegahan dan promosi kesehatan. Sebaliknya, kelompok menengah dan atas menikmati akses yang lebih luas ke layanan kesehatan swasta,

fleksibilitas jadwal, serta kemampuan untuk membeli produk kesehatan yang sulit dijangkau oleh kelompok miskin.

Data dari lapangan menunjukkan bahwa distribusi fasilitas kesehatan yang tidak merata merupakan faktor utama yang mempengaruhi akses masyarakat. Di daerah dengan kepadatan penduduk tinggi namun pendapatan rendah, ketersediaan fasilitas kesehatan cenderung terbatas dan dalam kondisi yang tidak memadai. Melalui observasi penelitian, terungkap bahwa puskesmas di wilayah perkotaan miskin mengalami beban pasien berlebih, kekurangan tenaga medis, dan keterbatasan peralatan pelayanan kesehatan. Dampaknya, masyarakat kelas bawah harus menghadapi antrean yang panjang, pelayanan yang kurang optimal, serta jarak yang lebih jauh saat memerlukan rujukan ke fasilitas lain. Hal ini mencerminkan ketimpangan ruang yang secara langsung menggambarkan ketidakadilan struktural. (Maharani et al., n.d.)

Tabel di bawah ini menyajikan ringkasan perbandingan karakteristik akses layanan kesehatan berdasarkan tingkat stratifikasi sosial, yang didasarkan pada data temuan penelitian dan dianalisis dengan teori-teori relevan:

**Tabel 1 Penelitian dan Analisis Sederhana**

<b>Kelompok Sosial</b>	<b>Kemudahan Akses Fasilitas</b>	<b>Kemampuan Pembiayaan</b>	<b>Pilihan Layanan</b>	<b>Literasi Kesehatan</b>
Kelas Atas	Sangat Mudah	Tinggi	Luas termasuk layanan umum	Tinggi
Kelas Menengah	Cukup Mudah	Sedang	Cukup variatif	Sedang-Tinggi
Kelas Bawah	Sulit	Rendah	Terbatas pada layanan publik	Rendah

**STRATIFIKASI SOSIAL DAN AKSES KESEHATAN: ANALISIS KESENJANGAN DALAM SISTEM PELAYANAN PUBLIK**

(INDRI FEBRIYANTI, AIYLLA AZZURA, CHIKA AULIA)

Sumber : Data Penelitian Lapangan 2025

Hasil tersebut kemudian diuraikan melalui analisis yang menghubungkan kondisi empiris dengan teori-teori stratifikasi sosial dan akses kesehatan. Ketika stratifikasi sosial didefinisikan sebagai proses pembentukan lapisan masyarakat berdasarkan kontrol terhadap sumber daya, maka layanan kesehatan jelas merupakan salah satu sumber daya vital yang paling bersaing. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa akses ke kesehatan

tidak hanya ditentukan oleh faktor pribadi, tetapi sudah ditetapkan sejak awal oleh posisi individu dalam struktur sosial. Hal ini menjelaskan bagaimana kelas sosial secara langsung memprediksi pola penggunaan layanan kesehatan serta hasil kesehatan dalam jangka waktu lama.

Secara angka-angka, distribusi tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan di Indonesia masih sangat tidak merata antarwilayah. Rasio dokter kita masih jauh di bawah standar yang ditetapkan oleh World Health Organization (WHO), dengan perbedaan yang mencolok antara daerah perkotaan di Pulau Jawa dan daerah terpencil di luar Jawa. Misalnya, wilayah seperti DKI Jakarta punya tenaga medis yang cukup banyak, sedangkan daerah seperti Papua, Nusa Tenggara Timur, dan Maluku masih kekurangan dokter dan fasilitas kesehatan dasar. Ketidakmerataan ini langsung berdampak pada waktu tunggu yang lama untuk pelayanan, jenis layanan yang terbatas, dan kualitas interaksi antara dokter dan pasien yang kurang baik di daerah miskin. (Aizawa, 2022b)

Selain masalah geografis, kondisi ekonomi keluarga juga ternyata memengaruhi bagaimana orang memanfaatkan layanan kesehatan. Dari data klaim JKN, kelompok masyarakat dengan pendapatan terendah cenderung jarang pakai layanan rujukan atau spesialis dibandingkan yang berpendapatan tinggi. Orang miskin biasanya baru datang ke fasilitas kesehatan saat penyakitnya sudah parah, bukan untuk cek kesehatan rutin. Ini karena biaya tambahan seperti transportasi, kehilangan uang harian, dan beli obat yang tidak sepenuhnya ditanggung BPJS Kesehatan. (Nabilah et al., 2025b)

Kemajuan digital di layanan kesehatan juga bikin masalah baru soal akses yang timpang. Meski telemedicine dan layanan kesehatan online makin populer, kebanyakan yang pakai adalah orang kelas menengah ke atas yang punya internet, gadget, dan tahu cara pakai teknologi. Di sisi lain, banyak puskesmas di daerah terpencil belum punya koneksi internet yang stabil, jadi integrasi digitalnya belum maksimal. Ini makin kuat apa yang disebut sebagai kesenjangan digital kesehatan, di mana inovasi malah bikin jurang antar kelompok sosial makin lebar. (Anggraini, 2023)

Secara keseluruhan, data-data ini menunjukkan bahwa ketimpangan akses kesehatan bukan cuma soal ada atau tidaknya layanan, tapi juga cerminan dari struktur masyarakat yang tidak adil. Lapisan sosial memengaruhi kemampuan seseorang untuk dapat info, memanfaatkan kebijakan pemerintah, dan dapat pelayanan kesehatan yang layak. Makanya, kebijakan kesehatan universal perlu dilengkapi dengan pendekatan khusus yang

perhatikan kondisi ekonomi dan geografis, supaya tidak terus bikin ketidakadilan kesehatan makin parah.

Dalam konteks penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), penelitian ini menemukan bahwa program tersebut memang memperluas akses layanan kesehatan untuk berbagai lapisan masyarakat, namun belum sepenuhnya mampu menghilangkan kesenjangan. Masyarakat kelas bawah masih menghadapi hambatan administratif, seperti kesulitan mengaktifkan kepesertaan, kurangnya pengetahuan tentang prosedur rujukan, dan keterbatasan fasilitas penyedia layanan BPJS di beberapa daerah. Di sisi lain, kelas menengah dan atas yang memiliki asuransi tambahan dapat memilih fasilitas yang lebih nyaman dan efisien, sehingga kesenjangan tetap muncul dalam bentuk perbedaan kualitas layanan. Temuan ini selaras dengan analisis, yang mencatat bahwa kebijakan JKN masih menghadapi tantangan pemerataan kualitas layanan karena perbedaan fasilitas antara wilayah kaya dan miskin. (Jauhar, 2025)

Selanjutnya, hasil wawancara menunjukkan bahwa literasi kesehatan merupakan faktor ketiga yang paling berpengaruh dalam menentukan bagaimana masyarakat memanfaatkan layanan kesehatan. Kelompok masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki pemahaman terbatas tentang gejala penyakit, urgensi pemeriksaan medis, dan cara menggunakan layanan kesehatan dengan tepat. Literasi kesehatan yang rendah menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan, termasuk penggunaan obat tanpa resep, kepercayaan pada pengobatan alternatif tanpa dasar medis, serta kurangnya kemampuan menilai risiko kesehatan. Sebaliknya, masyarakat dengan pendidikan tinggi memiliki akses informasi yang lebih luas dan kemampuan menyaring informasi kesehatan secara kritis. Penelitian ini menemukan bahwa literasi kesehatan berkorelasi erat dengan lembaga pendidikan formal serta paparan teknologi. Temuan ini konsisten dengan menyimpulkan bahwa literasi kesehatan memainkan peran penting dalam mengurangi risiko keterlambatan diagnosis penyakit. (Natasya Nazla Prasetyo et al., 2023)

Pembahasan lain menekankan temuan bahwa kualitas layanan kesehatan di fasilitas publik masih sangat dipengaruhi oleh kepadatan pasien. Dalam penelitian lapangan, ditemukan bahwa puskesmas dan rumah sakit daerah memiliki jumlah pasien yang jauh melebihi kapasitas tampung dan tenaga kesehatan. Hal ini menyebabkan penurunan kualitas interaksi antara pasien dan tenaga medis, waktu konsultasi yang sangat terbatas, serta risiko kesalahan diagnosis. Di sisi lain, fasilitas kesehatan swasta untuk kelas menengah ke atas memiliki tenaga medis yang lebih lengkap, waktu pelayanan yang lebih

fleksibel, serta fasilitas yang lebih modern. Hal ini membuat kesenjangan layanan tidak hanya terlihat dalam jumlah pelayanan, tetapi juga dalam kualitasnya. Penelitian Sari (2020) menjelaskan bahwa rasio antara tenaga kesehatan dan pasien memiliki dampak signifikan terhadap kualitas diagnosis dan kepuasan layanan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketimpangan akses kesehatan terkait erat dengan stratifikasi sosial yang terbentuk secara struktural, kultural, dan ekonomi. Meskipun pemerintah telah berupaya mengurangi ketimpangan tersebut melalui penyediaan jaminan kesehatan nasional dan pengembangan fasilitas kesehatan di daerah terpencil, temuan penelitian mengonfirmasi bahwa upaya tersebut belum sepenuhnya berhasil menghilangkan ketidaksetaraan. Ketimpangan ini tetap terlihat dalam pola penggunaan layanan, kualitas layanan yang diterima, serta hasil kesehatan jangka panjang antar kelompok sosial. Oleh karena itu, penelitian ini menegaskan bahwa sistem pelayanan publik perlu mempertimbangkan faktor-faktor struktural yang mempengaruhi akses kesehatan untuk menghasilkan kebijakan yang lebih inklusif, khususnya bagi kelompok rentan.

Stratifikasi sosial dalam masyarakat telah lama menjadi perhatian para ahli sosiologi karena berkaitan langsung dengan distribusi sumber daya, kekuasaan, dan kesempatan hidup, termasuk dalam bidang kesehatan. *Karl Marx* memandang stratifikasi sosial sebagai konsekuensi dari sistem ekonomi kapitalis yang membagi masyarakat ke dalam kelas-kelas berdasarkan kepemilikan alat produksi. Menurut *Marx*, kelompok yang menguasai modal memiliki kemampuan lebih besar dalam mengendalikan sumber daya penting, sehingga secara struktural memperoleh keuntungan dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk akses terhadap layanan kesehatan. Dalam konteks ini, layanan kesehatan tidak berdiri sebagai hak yang netral, melainkan menjadi bagian dari relasi kelas, di mana kelompok borjuis lebih mudah memperoleh pelayanan yang cepat dan berkualitas, sementara kelas pekerja sering kali berada dalam posisi rentan karena keterbatasan ekonomi dan ketergantungan pada sistem pelayanan publik yang terbatas. Pandangan *Marx* ini menegaskan bahwa ketimpangan akses kesehatan bukan sekadar persoalan individu, tetapi merupakan produk dari struktur sosial ekonomi yang timpang.

Pandangan tersebut kemudian diperkaya oleh *Max Weber* yang mengemukakan bahwa stratifikasi sosial tidak hanya ditentukan oleh faktor ekonomi, tetapi juga oleh status sosial dan kekuasaan. *Weber* menjelaskan bahwa seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi, prestise sosial, serta kedekatan dengan pusat kekuasaan memiliki peluang lebih

besar untuk memperoleh pelayanan publik yang lebih baik. Dalam bidang kesehatan, hal ini terlihat dari kemampuan kelompok sosial tertentu untuk menavigasi sistem layanan, memahami prosedur administratif, serta memilih fasilitas kesehatan dengan kualitas lebih tinggi. Dengan demikian, akses kesehatan menjadi refleksi dari posisi sosial yang lebih luas, di mana individu dengan status dan kekuasaan yang lebih tinggi memiliki keunggulan struktural dibandingkan mereka yang berada di lapisan bawah masyarakat.

Teori fungsionalis yang dikemukakan oleh *Kingsley Davis* dan *Wilbert Moore* memandang stratifikasi sosial sebagai mekanisme yang secara fungsional diperlukan dalam masyarakat untuk memastikan bahwa posisi-posisi penting diisi oleh individu yang paling kompeten. Namun, ketika diterapkan pada konteks layanan kesehatan, pendekatan ini sering dikritik karena cenderung melegitimasi ketimpangan. Ketidakmerataan akses kesehatan dianggap sebagai konsekuensi logis dari perbedaan peran sosial, padahal dalam praktiknya ketimpangan tersebut justru memperlebar jurang kesehatan antar kelompok masyarakat. Oleh karena itu, meskipun teori ini memberikan penjelasan struktural, ia kurang sensitif terhadap persoalan keadilan sosial dalam pemenuhan hak kesehatan.

Penjelasan tersebut diperkuat oleh *Theory of Fundamental Causes* yang dikemukakan oleh *Bruce G. Link* dan *Jo C. Phelan*. Mereka berargumen bahwa status sosial ekonomi merupakan penyebab mendasar dari ketimpangan kesehatan karena menentukan sejauh mana individu memiliki akses terhadap sumber daya penting seperti uang, pengetahuan, kekuasaan, prestise, dan jaringan sosial. Sumber daya tersebut memungkinkan individu untuk menghindari risiko kesehatan atau memperoleh pengobatan yang lebih efektif. Oleh karena itu, meskipun sistem pelayanan kesehatan mengalami kemajuan atau teknologi medis terus berkembang, ketimpangan kesehatan akan tetap bertahan selama distribusi sumber daya sosial tidak berubah. Teori ini menegaskan bahwa kebijakan kesehatan yang bersifat universal belum tentu mampu menghapus kesenjangan jika akar struktural ketimpangan sosial tidak ditangani secara serius.

Dari sudut pandang perilaku pemanfaatan layanan kesehatan, *Ronald Andersen* menjelaskan bahwa akses seseorang terhadap layanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor kebutuhan. Faktor predisposisi mencakup karakteristik sosial seperti pendidikan dan nilai budaya, faktor pemungkin berkaitan dengan ketersediaan sumber daya seperti pendapatan dan jaminan kesehatan, sedangkan faktor kebutuhan merujuk pada kondisi kesehatan individu itu sendiri. Dalam konteks stratifikasi sosial, ketiga faktor ini saling berkaitan dan bekerja

secara bersamaan. Individu dari kelompok sosial bawah cenderung memiliki predisposisi yang lebih rendah, sumber daya yang terbatas, serta kebutuhan kesehatan yang sering kali lebih besar, sehingga posisi mereka menjadi semakin rentan dalam sistem pelayanan kesehatan.

Pendekatan sistem yang dikemukakan oleh *Jayasinghe* menambahkan bahwa ketimpangan kesehatan tidak dapat dipahami secara parsial, melainkan sebagai hasil interaksi kompleks antara faktor sosial, ekonomi, kebijakan publik, dan lingkungan. Ketidaksetaraan akses layanan kesehatan muncul karena berbagai elemen tersebut saling memperkuat dalam suatu sistem yang terstruktur. Oleh sebab itu, upaya mengurangi ketimpangan kesehatan tidak cukup dilakukan melalui intervensi tunggal, tetapi memerlukan pendekatan menyeluruh yang menyasar berbagai lapisan struktur sosial.

Pandangan kritis terhadap relasi antara kesehatan dan struktur sosial juga dikemukakan dalam pendekatan *Critical Medical Anthropology*. Pendekatan ini menolak anggapan bahwa masalah kesehatan hanya berkaitan dengan aspek klinis atau perilaku individu. Sebaliknya, kesehatan dipahami sebagai fenomena sosial yang sangat dipengaruhi oleh relasi kekuasaan, kebijakan politik, dan struktur ekonomi. Dari perspektif ini, ketimpangan akses kesehatan merupakan bentuk ketidakadilan struktural yang mencerminkan bagaimana sistem sosial mendistribusikan keuntungan dan kerugian kepada kelompok masyarakat yang berbeda.

Secara keseluruhan, pandangan para ahli tersebut menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari struktur stratifikasi sosial yang berlaku dalam masyarakat. Ketimpangan kesehatan bukanlah fenomena yang muncul secara kebetulan, melainkan hasil dari proses sosial yang berlangsung secara sistematis dan berkelanjutan. Oleh karena itu, upaya mewujudkan pemerataan akses kesehatan menuntut kebijakan publik yang tidak hanya berfokus pada penyediaan layanan, tetapi juga pada pengurangan ketimpangan sosial ekonomi yang menjadi akar permasalahan.

## **SIMPULAN**

Penelitian tentang lapisan sosial dan akses kesehatan dalam sistem pelayanan publik ini mengungkapkan bahwa ketimpangan kesehatan tidak hanya disebabkan oleh perbedaan kemampuan keuangan saja, melainkan merupakan hasil dari proses sosial yang rumit, berlapis, dan terstruktur yang berjalan dalam waktu lama. Penelitian ini menemukan bahwa posisi individu dalam struktur sosial yang terbentuk oleh pendapatan, pendidikan,

pekerjaan, jaringan sosial, kekuasaan, dan lokasi geografis menjadi elemen utama yang menentukan seberapa jauh mereka dapat memperoleh layanan kesehatan berkualitas dan berkesinambungan. Meskipun negara telah membangun sistem pelayanan publik dan program jaminan kesehatan nasional yang universal, kondisi di lapangan menunjukkan bahwa lapisan sosial membuat akses tersebut tidak pernah benar-benar seimbang. Masyarakat dari kelompok ekonomi tinggi dan berpendidikan tinggi biasanya memiliki akses yang lebih cepat, lebih luas, dan lebih berkualitas ke layanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif, karena mereka memiliki sumber daya informasi, keuangan, dan sosial yang memungkinkan mereka mengatasi rintangan birokrasi, geografis, dan administratif. Sebaliknya, kelompok di lapisan sosial bawah seperti masyarakat miskin, berpendidikan rendah, tinggal di daerah terpencil, serta kelompok marginal lainnya menghadapi berbagai rintangan berlapis, seperti kesulitan transportasi ke fasilitas kesehatan, kualitas pelayanan yang lebih rendah di fasilitas yang ada, kurangnya pengetahuan tentang prosedur penggunaan layanan, keterbatasan literasi kesehatan, serta proses administratif yang sering rumit.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa ketimpangan tidak hanya terlihat pada angka kunjungan atau penggunaan layanan, tetapi pada aspek kualitas layanan yang diterima, karena penelitian sebelumnya yang dirujuk, seperti hasil studi *International Journal for Equity in Health 2021*, menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan di daerah miskin atau terpencil memiliki kesiapan layanan jauh lebih rendah dibandingkan fasilitas di wilayah perkotaan atau berpendapatan tinggi sehingga secara sistemik menciptakan kesenjangan kualitas layanan antara kelompok sosial berbeda. Dengan demikian, ketimpangan akses kesehatan tidak dapat dipahami sebagai masalah individu atau semata-mata akibat kekurangan fasilitas, melainkan sebagai konsekuensi dari struktur sosial yang menghasilkan peluang berbeda bagi setiap kelompok masyarakat (Natasya Nazla Prasetyo et al., 2023). Temuan ini juga selaras dengan kerangka determinan sosial kesehatan (*Social Determinants of Health*) yang menekankan bahwa kondisi hidup sehari-hari seperti pekerjaan, pendidikan, lingkungan fisik, pendapatan, dan kebijakan publik berperan besar dalam menentukan kesehatan seseorang, termasuk seberapa jauh mereka dapat mengakses fasilitas kesehatan. Penelitian ini juga mengonfirmasi teori penyebab fundamental, yang menyatakan bahwa selama sumber daya seperti pengetahuan, kekuasaan, uang, prestise, dan jejaring sosial tidak terdistribusi secara merata, maka ketimpangan kesehatan akan selalu muncul bahkan ketika teknologi medis terus berkembang atau sistem layanan formal

semakin luas. Data ini menegaskan bahwa kebijakan nasional yang bersifat universal belum cukup untuk menutup kesenjangan struktural, karena perbedaan kondisi fasilitas kesehatan antar wilayah tetap besar, baik dari segi jumlah tenaga kesehatan, kesiapan fasilitas, ketersediaan obat, hingga standar manajemen pelayanan. (Maharani et al., 2023). Dengan mempertimbangkan temuan tersebut, penelitian ini menyimpulkan bahwa lapisan sosial merupakan faktor fundamental yang mempengaruhi akses dan kualitas layanan kesehatan publik. Ketimpangan ini semakin kompleks ketika bertemu dengan ketimpangan literasi kesehatan, akses informasi, kemampuan navigasi sistem kesehatan, serta kedekatan dengan sumber daya kesehatan. Selain itu, penelitian ini juga menunjukkan bahwa kebijakan publik seringkali masih bias terhadap kelompok yang memiliki kapasitas lebih besar untuk memanfaatkan layanan, karena prosedur, mekanisme rujukan, dan tata kelola layanan sering kali lebih mudah dipahami oleh kelompok berpendidikan tinggi. Dalam konteks masyarakat marginal, ketimpangan ini bahkan semakin diperkuat oleh stigma, diskriminasi struktural, rendahnya partisipasi sosial, serta kurangnya dukungan sosial dari lingkungan sekitar.

Oleh karena itu, penelitian ini menegaskan bahwa upaya pemerataan akses layanan kesehatan harus dilakukan melalui mekanisme yang memperhitungkan konteks sosial dan struktur kekuasaan dalam masyarakat, bukan hanya dengan menyediakan fasilitas kesehatan atau memperluas cakupan jaminan kesehatan. Pemerataan hanya dapat terjadi apabila kebijakan publik, distribusi fasilitas, alokasi tenaga kesehatan, edukasi kesehatan, serta tata kelola administrasi dirancang secara sensitif terhadap keberagaman kondisi sosial ekonomi masyarakat. Temuan ini secara konsisten menunjukkan bahwa untuk mencapai keadilan kesehatan, pendekatan struktural dan multidimensi mutlak diperlukan tanpa itu, ketimpangan akan tetap bertahan dan bahkan dapat membesar. Penelitian ini akhirnya menegaskan bahwa persoalan akses kesehatan bukan semata persoalan teknis layanan, melainkan persoalan keadilan sosial yang sangat erat dengan struktur sosial dan politik yang berlaku dalam masyarakat. (Nabilah et al., 2025c).

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan tersebut, disarankan agar pemerintah dan pemangku kepentingan melakukan reformasi sistem pelayanan kesehatan yang lebih peka terhadap perbedaan sosial ekonomi dengan memperkuat fasilitas kesehatan di wilayah terpencil, meningkatkan distribusi tenaga medis secara merata, menyederhanakan prosedur pelayanan dan rujukan, memperkuat edukasi dan literasi kesehatan terutama bagi kelompok berpendidikan rendah, serta menyediakan dukungan bagi biaya tidak langsung yang masih

menjadi rintangan utama kelompok miskin, selain itu, diperlukan pemantauan berkala dan berbasis data terhadap ketimpangan akses kesehatan agar kebijakan publik dapat disesuaikan dengan kebutuhan nyata masyarakat dengan pendekatan yang lebih inklusif dan berbasis keadilan sosial, diharapkan sistem layanan kesehatan publik benar-benar dapat diakses secara setara oleh semua kelompok tanpa memandang posisi sosial mereka. (Suharmiati et al., 2023)

## DAFTAR PUSTAKA

- Aizawa, T. (2022a). Inequality in health opportunities in Indonesia: Long-term influence of early-life circumstances on health. *BMC Public Health*, 22(1), 1334. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13714-8>
- Aizawa, T. (2022b). Inequality in health opportunities in Indonesia: Long-term influence of early-life circumstances on health. *BMC Public Health*, 22(1), 1334. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13714-8>
- Alsiary, R., Aboalola, D., Alsolami, M., Alsaiani, T., & Ramadan, M. (2023). Early-Onset Colorectal Cancer Survival among Unscreened Population -Multicenter Cohort Retrospective Analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 24(4), 1225–1230. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.4.1225>
- Anggraini, N. (2023). Healthcare Access and Utilization in Rural Communities of Indonesia. *Journal of Community Health Provision*, 3(1), 14–19. <https://doi.org/10.55885/jchp.v3i1.214>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 843–860). Springer Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4\\_103](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103)
- Cheng, Q., Fattah, R. A., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., Asante, A., & Wiseman, V. (2025). Determinants of healthcare utilization under the Indonesian national health insurance system – a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 25(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11951-8>
- Houghton, N., Bascolo, E., Coitiño, A., Koller, T. S., & Fitzgerald, J. (2023). Using mixed methods to understand and tackle barriers to accessing health services. *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 47, e117. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.117>
- Jauhar, A. (2025). ANALYZING THE FACTORS INFLUENCING PUBLIC VS PRIVATE HEALTHCARE UTILIZATION UNDER JKN PROGRAM IN INDONESIA. *Quantum Journal of Medical and Health Sciences*, 4(2), 78–85. <https://doi.org/10.55197/qjmhs.v4i2.140>
- Jayasinghe, S. (2015). Social determinants of health inequalities: Towards a theoretical perspective using systems science. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0205-8>
- Maharani, A., Astrid, A., Arya, A., Deti, D., Yanti, D., Sulla, F. Y., & Hafizi, M. Z. (2023). Dampak Kemiskinan Terhadap Ketidaksetaraan Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *TAMADDUN: Jurnal Ilmu Sosial, Seni, dan Humaniora*, 1(3), 128–136. <https://doi.org/10.70115/tamaddun.v1i3.311>
- Maharani, A., Yanti, D., Sulla, F. Y., & Hafizi, M. Z. (n.d.). *Dampak Kemiskinan terhadap Ketidaksetaraan Pelayanan Kesehatan di Indonesia*.
- Nabilah, H., El-Tsana, A. V., & Wasir, R. (2025a). Menutup kesenjangan kesehatan: Peningkatan kesetaraan akses dan kualitas layanan kesehatan. *Indonesian Journal of Health Science*, 5(3), 511–518. <https://doi.org/10.54957/ijhs.v5i3.1511>

- Nabilah, H., El-Tsana, A. V., & Wasir, R. (2025b). Menutup kesenjangan kesehatan: Peningkatan kesetaraan akses dan kualitas layanan kesehatan. *Indonesian Journal of Health Science*, 5(3), 511–518. <https://doi.org/10.54957/ijhs.v5i3.1511>
- Nabilah, H., El-Tsana, A. V., & Wasir, R. (2025c). *MENUTUP KESENJANGAN KESEHATAN: PENINGKATAN KESETARAAN AKSES DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN*. 5.
- Natasya Nazla Prasetyo, Keren Stelin Maliangkay, Putri Andini Novianti, Risma Pertiwi, & Sarah Rania Annisa. (2023). Health Accessibility In Rural Areas For The Elderly In Indonesia. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 3(2), 15–26. <https://doi.org/10.55606/jrik.v3i2.1716>
- Nugroho, S. T., Ahsan, A., Kusuma, D., Adani, N., Irawaty, D. K., Amalia, N., & Hati, S. R. H. (2023). Income Disparity and Healthcare Utilization: Lessons from Indonesia's National Health Insurance Claim Data. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 24(10), 3397–3402. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.10.3397>
- Setyawati, N. B., & Santiago, F. (n.d.). SOCIOECONOMIC INFLUENCES AND LIMITED CHOICE OF HEALTH CARE SERVICES: A STUDY OF THE BPJS SYSTEM IN INDONESIA. *Journal of Humanities and Social Studies*, 09(01).
- Smajic, E., Avdic, D., Pasic, A., Prcic, A., & Stancic, M. (2022). Mixed Methodology of Scientific Research in Healthcare. *Acta Informatica Medica*, 30(1), 57. <https://doi.org/10.5455/aim.2022.30.57-60>
- Suharmiati, Laksono, Nantabah, & Kristiana. (2023). Traditional health services utilization in rural Indonesia: Does socioeconomic status matter? *Rural and Remote Health*. <https://doi.org/10.22605/RRH7701>
- Szwarcwald, C. L. (2023). National health surveys: Overview of sampling techniques and data collected using complex designs. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 32(3), e2023431. <https://doi.org/10.1590/s2237-96222023000300014.en>