

Dampak Kemiskinan terhadap Akses Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Aris Sarjito

Universitas Pertahanan Republik Indonesia, Jl. Salemba Raya No. 14, Jakarta
10430, Indonesia
arissarjito@gmail.com

ABSTRACT

This research aims to analyze the effects of poverty on access to healthcare services in Indonesia. With a focus on understanding the relationship between poverty and healthcare-seeking behavior, this study investigates the key socioeconomic factors contributing to limited access to healthcare services in impoverished communities. The study employs qualitative research methods, utilizing secondary data from reputable sources such as national surveys, government reports, and academic literature. By utilizing existing data, this research adopts a comprehensive approach to understanding the complexities of the relationship between poverty and healthcare access in Indonesia.

The findings highlight the significant impact of poverty on healthcare-seeking behavior and utilization among individuals in Indonesia. Poverty is found to be a major barrier hindering individuals from seeking necessary healthcare services, resulting in delayed or inadequate treatment. Economic constraints, inadequate health insurance coverage, and limited healthcare infrastructure were identified as the key socioeconomic factors contributing to limited access to healthcare services in impoverished communities.

Moreover, the research reveals stark disparities in healthcare service availability and quality between impoverished and non-impoverished areas in Indonesia. Impoverished areas often lack healthcare facilities, healthcare professionals, and essential medical supplies, exacerbating the challenges faced by individuals living in poverty.

In conclusion, poverty significantly affects healthcare-seeking behavior and utilization in Indonesia, exacerbating health inequities in society. Addressing the key socioeconomic factors underlying limited access to healthcare services in impoverished communities is crucial for improving healthcare outcomes in Indonesia.

Keywords: healthcare services, healthcare-seeking, poverty, socioeconomic

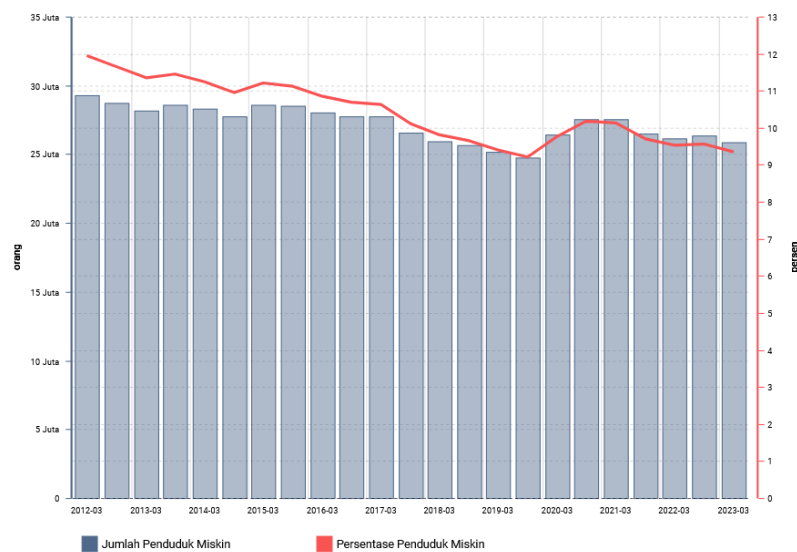
PENDAHULUAN

Kemiskinan dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai merupakan tantangan yang saling terkait yang terus menghambat pembangunan sosial dan ekonomi di Indonesia. Penelitian ini memberikan gambaran tentang tingkat kemiskinan yang lazim dan tantangan kesehatan terkait yang dihadapi oleh penduduk Indonesia. Selain itu, penelitian ini menyoroti konsekuensi dari tantangan

tersebut dan mengkaji solusi potensial untuk mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan di negara ini.

Indonesia, dengan populasi dan keanekaragamannya yang besar, bergulat dengan tingkat kemiskinan yang signifikan. Menurut Indonesia and ADB (2023), sekitar 9,5% penduduk Indonesia hidup di bawah garis kemiskinan nasional pada tahun 2022. Hal ini menunjukkan bahwa jutaan penduduk Indonesia berjuang untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, termasuk akses terhadap pelayanan kesehatan yang layak (Aspinall, 2014). Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat jumlah penduduk miskin di Indonesia pada September 2022 mencapai 26,36 juta orang (Sasmito Madrim, 2023).

Kemiskinan memiliki implikasi yang parah terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia. Sumber daya keuangan yang terbatas membatasi kemampuan orang untuk mengakses pelayanan perawatan kesehatan yang penting, yang mengakibatkan perawatan yang tidak memadai dan hasil kesehatan yang memburuk. Kurangnya dana mencegah individu miskin untuk mendapatkan perawatan medis, obat-obatan, dan pelayanan pencegahan, yang menyebabkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas (Das et al., 2007).



Gambar 1. Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin di Indonesia Perode Maret 2012-Maret 2023. (Adi Ahdiat, 2023)

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS), pada Maret 2023 ada sekitar 25,9 juta penduduk miskin di Indonesia. Jumlah penduduk miskin tersebut berkurang sekitar 460 ribu orang dibanding September 2022, atau turun 260 ribu orang dibanding Maret tahun lalu. Persentase penduduk miskin nasional juga menyusut dalam setahun terakhir, dari 9,54% pada Maret 2022, menjadi 9,36% pada Maret 2023. Baik dari segi jumlah maupun persentase, angka kemiskinan nasional pada Maret 2023 merupakan yang terendah sejak awal pandemi Covid-19 melanda.

BPS mendefinisikan penduduk miskin sebagai penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran di bawah Garis Kemiskinan. Garis Kemiskinan per kapita pada Maret 2023 dipatok sebesar Rp550.458 per kapita per bulan. Sementara, Garis Kemiskinan rumah tangga sebesar Rp2.592.657 per rumah tangga miskin per bulan.

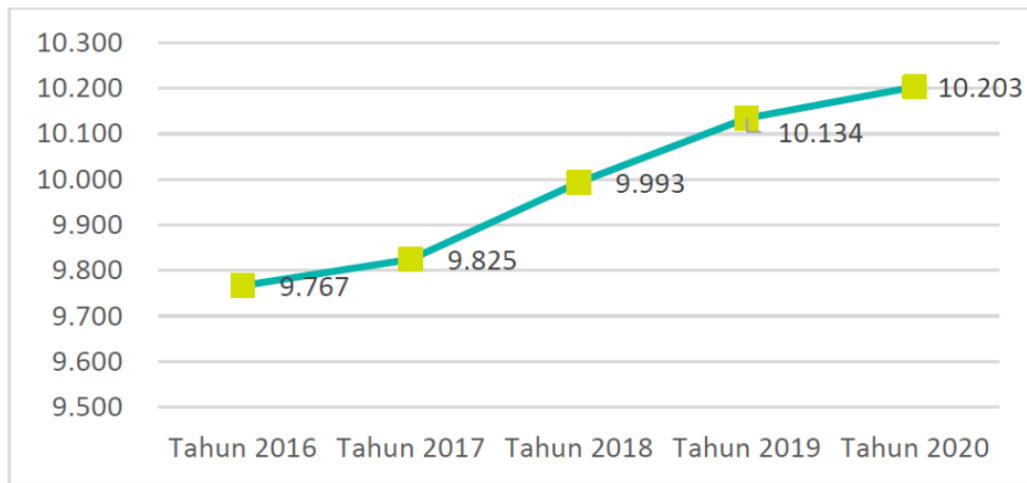
Menurut BPS, ada sejumlah faktor yang mempengaruhi turunnya angka kemiskinan nasional pada Maret 2023, yaitu:

- Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) turun, dari 5,86% (Agustus 2022) menjadi 5,45% (Februari 2023)
- Nilai Tukar Petani (NTP) naik, dari 106,82 (September 2022) menjadi 110,85 (Maret 2023)
- Laju inflasi turun, dari 3,6 (Maret 2022-September 2022) menjadi 1,32 (September 2022-Maret 2023)
- Konsumsi rumah tangga pada kuartal I 2023 naik 2,21% dibanding kuartal III 2022

Indonesia menghadapi tantangan yang signifikan dalam hal infrastruktur kesehatan, terutama di daerah pedesaan. Distribusi fasilitas kesehatan yang tidak merata, termasuk rumah sakit, klinik, dan tenaga kesehatan, memperparah kesenjangan pelayanan kesehatan antara penduduk perkotaan dan pedesaan (Mahendradhata et al., 2017). Kesenjangan tersebut membatasi ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan berkualitas bagi mereka yang hidup dalam kemiskinan.

Berbagai faktor berkontribusi terhadap buruknya akses kesehatan di Indonesia. Terlepas dari hambatan keuangan, keterpencilan geografis, masalah transportasi, dan tenaga kesehatan yang tidak mencukupi memperburuk tantangan yang dihadapi oleh masyarakat yang terpinggirkan (Niedar et al., 2022). Selain itu, kurangnya literasi dan kesadaran kesehatan semakin menghambat individu untuk membuat keputusan yang tepat tentang kesehatan mereka dan mencari pelayanan kesehatan yang tepat (Mancuso, 2011).

Menyadari pentingnya pengentasan kemiskinan dan peningkatan pelayanan kesehatan, pemerintah Indonesia telah menerapkan beberapa inisiatif. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan untuk mencapai cakupan kesehatan universal dan mengurangi beban keuangan pada populasi rentan (Anindya et al., 2020). Selain itu, pemerintah telah berfokus pada pembangunan infrastruktur, rekrutmen dan pelatihan tenaga profesional kesehatan, dan penyediaan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan (Handayani et al., 2015).



Gambar 2. Jumlah Puskesmas di Indonesia Tahun 2016 – 2020 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021)

Akses ke pelayanan kesehatan adalah hak asasi manusia dan elemen penting dari kesehatan masyarakat. Namun, kemiskinan tetap menjadi penghalang signifikan yang menghalangi individu untuk mengakses perawatan kesehatan yang memadai. Pemahaman yang komprehensif tentang bagaimana kemiskinan berdampak pada akses pelayanan kesehatan sangat penting untuk mengatasi kesenjangan kesehatan dan merumuskan intervensi yang efektif.

1. Hambatan Finansial: Kemiskinan sering menyebabkan kendala finansial yang membatasi kemampuan individu untuk mengakses pelayanan kesehatan. Individu berpenghasilan rendah lebih cenderung tidak memiliki cakupan asuransi kesehatan, mencegah mereka mencari perawatan medis tepat waktu (Pratiwi et al., 2021). Mempelajari implikasi finansial dari kemiskinan pada akses pelayanan kesehatan membantu mengidentifikasi kebutuhan spesifik populasi rentan dan menginformasikan intervensi kebijakan (Peters et al., 2008).

2. Hambatan Geografis: Kemiskinan juga mempengaruhi akses kesehatan melalui perbedaan geografis. Lingkungan berpenghasilan rendah sering kekurangan fasilitas kesehatan yang memadai, yang menyebabkan terbatasnya akses ke penyedia perawatan primer, rumah sakit, dan spesialis (Deichmann, 1999). Penelitian yang berfokus pada distribusi spasial pelayanan kesehatan membantu pembuat kebijakan mengidentifikasi area dengan akses terbatas dan mengalokasikan sumber daya secara tepat (Kim et al., 2021).

3. Literasi Pendidikan dan Kesehatan: Kurangnya pendidikan dan literasi kesehatan yang rendah, sering dikaitkan dengan kemiskinan, dapat menghambat kemampuan individu untuk menavigasi sistem perawatan kesehatan yang kompleks secara efektif. Memahami hubungan antara kemiskinan, pendidikan, dan melek kesehatan sangat penting untuk mengembangkan program pendidikan kesehatan yang ditargetkan dan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan secara keseluruhan (Andrus & Roth, 2002).

4. Faktor Psikologis dan Sosial: Kemiskinan menimbulkan stres yang cukup besar, isolasi sosial, dan kondisi kehidupan yang buruk, yang dapat berdampak negatif pada perilaku mencari perawatan kesehatan. Penelitian yang

mengeksplorasi aspek psikososial dari kemiskinan dan akses pelayanan kesehatan menyoroti hambatan khusus yang dihadapi oleh populasi yang kurang beruntung, seperti stigma dan ketidakpercayaan (Lamb et al., 2021). Wawasan ini dapat menginformasikan pengembangan intervensi dan program dukungan yang sensitif secara budaya.

Mempelajari dampak kemiskinan terhadap akses ke pelayanan kesehatan sangat penting untuk memajukan pemerataan pelayanan kesehatan dan mempromosikan keadilan sosial. Penelitian ini menghasilkan pengetahuan berbasis bukti yang menginformasikan kebijakan dan intervensi yang ditujukan untuk mengurangi kesenjangan kesehatan. Hambatan keuangan, kesenjangan geografis, literasi pendidikan dan kesehatan, serta faktor psikologis dan sosial adalah bidang utama untuk dijelajahi saat memahami dampak kemiskinan terhadap akses pelayanan kesehatan. Dengan mengatasi faktor-faktor ini, sistem perawatan kesehatan dapat berupaya memberikan perawatan yang adil dan dapat diakses untuk semua individu, tanpa memandang status sosial ekonomi.

Rumusan Masalah, Masalah Penelitian, dan Signifikansi Masalah Penelitian.

Akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah hak asasi manusia yang mendasar dan aspek penting dari pembangunan sosial. Sayangnya, kemiskinan terus menghambat akses ke pelayanan kesehatan yang memadai secara global, termasuk di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi permasalahan penelitian tentang pengaruh kemiskinan terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Dengan menganalisis pentingnya masalah penelitian ini, akan memahami implikasi luas yang ditimbulkannya terhadap kesejahteraan dan perkembangan individu dan masyarakat secara keseluruhan.

Masalah penelitian yang dihadapi adalah untuk menyelidiki hubungan antara kemiskinan dan terbatasnya akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Kemiskinan, masalah multidimensi, tidak hanya mencakup kendala keuangan tetapi sering bersinggungan dengan infrastruktur yang tidak memadai, tenaga kesehatan, dan distribusi sumber daya yang tidak merata. Masalah penelitian ini berusaha untuk memahami hubungan yang kompleks antara kemiskinan dan akses kesehatan, menyoroti hambatan yang dihadapi oleh individu miskin ketika mencari perawatan medis yang penting.

Memahami dampak kemiskinan terhadap akses ke pelayanan kesehatan di Indonesia memiliki makna yang luar biasa karena beberapa alasan.

1. Disparitas Pelayanan Kesehatan: Penelitian di bidang ini akan menyoroti ketidaksetaraan akses pelayanan kesehatan antara penduduk yang kurang beruntung secara ekonomi dan penduduk yang lebih mampu di Indonesia. Studi telah menunjukkan bahwa individu yang hidup dalam kemiskinan lebih cenderung mengalami keterlambatan dalam mencari perawatan medis, menerima pelayanan berkualitas rendah, dan menghadapi tingkat morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan rekan mereka yang lebih kaya (Newacheck et al., 2000).

2. Implikasi Kebijakan: Meneliti hubungan antara kemiskinan dan akses pelayanan kesehatan dapat menginformasikan pembuat kebijakan tentang kebutuhan mendesak untuk inisiatif yang ditargetkan untuk mengatasi masalah ini.

Temuan ini dapat memandu pengembangan dan penerapan kebijakan yang ditujukan untuk mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan dan meningkatkan akses bagi populasi yang rentan (B. Thompson et al., 2016).

3. Intervensi Kesehatan Masyarakat: Dengan menyoroti hambatan yang dihadapi oleh individu yang hidup dalam kemiskinan, masalah penelitian ini memberikan wawasan bagi para profesional dan organisasi kesehatan masyarakat untuk merancang intervensi yang mempersempit kesenjangan dalam akses kesehatan. Intervensi tersebut dapat mencakup program kesehatan berbasis masyarakat, bantuan keuangan untuk pelayanan medis, dan perbaikan infrastruktur kesehatan di daerah yang kurang beruntung secara ekonomi (Upshur, 2002).

4. Pembangunan Berkelanjutan: Meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan merupakan komponen penting untuk mencapai *Sustainable Development Goals* (SDGs). Dengan mengatasi dampak kemiskinan terhadap akses kesehatan di Indonesia, masalah penelitian ini sejalan dengan SDG 1 pengentasan kemiskinan dan SDG 3 memastikan kehidupan yang sehat dan mempromosikan kesejahteraan bagi semua orang di segala usia (Sachs, 2012).

Tujuan Penelitian dan Pertanyaan Penelitian.

Akses ke pelayanan kesehatan sangat penting bagi individu untuk menjaga kesehatan dan kualitas hidup yang baik. Namun, di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, kemiskinan merupakan penghalang signifikan yang menghambat akses pelayanan kesehatan yang memadai bagi sebagian besar penduduk. Esai ini bertujuan untuk menguraikan tujuan penelitian dan pertanyaan penelitian untuk penelitian akademik yang berfokus pada analisis dampak kemiskinan terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia.

Tujuan Penelitian

1. Mengkaji dampak kemiskinan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di Indonesia. Studi sebelumnya telah menunjukkan korelasi antara kemiskinan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah (Cooper et al., 2012). Tujuan ini bertujuan untuk mengeksplorasi sejauh mana kemiskinan mempengaruhi kemampuan masyarakat Indonesia untuk mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2. Untuk mengidentifikasi faktor sosial ekonomi yang berkontribusi terhadap terbatasnya akses kesehatan pada masyarakat miskin. Menentukan faktor sosial ekonomi yang berkontribusi terhadap akses terbatas ke pelayanan kesehatan dapat memberikan wawasan bagi pembuat kebijakan dan penyedia pelayanan kesehatan untuk merancang intervensi yang ditargetkan. Faktor-faktor seperti tingkat pendapatan, pendidikan, dan status pekerjaan sering bersinggungan dengan kemiskinan yang memperparah kesenjangan pelayanan kesehatan (Marmot & Allen, 2014).

3. Menilai kualitas dan ketersediaan pelayanan kesehatan di daerah miskin di Indonesia. Tujuan ini berfokus pada evaluasi kecukupan dan kualitas fasilitas, infrastruktur, dan pelayanan kesehatan yang tersedia di daerah dengan tingkat kemiskinan yang tinggi. Memahami kesenjangan dan keterbatasan yang ada dapat

membantu pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan memprioritaskan alokasi sumber daya dan mengatasi kekurangan (Kruk, Gage, Arsenault, et al., 2018).

Pertanyaan Penelitian:

1. Bagaimana kemiskinan mempengaruhi perilaku dan pemanfaatan pencarian pelayanan kesehatan di antara individu di Indonesia?
2. Apa faktor sosial ekonomi utama yang berkontribusi terhadap terbatasnya akses ke pelayanan kesehatan di masyarakat miskin?
3. Bagaimana perbedaan daerah miskin di Indonesia dalam hal ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan dibandingkan dengan daerah tidak miskin?

Dengan menjawab pertanyaan penelitian yang telah dijelaskan di atas, penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan sumber data sekunder untuk menganalisis pengaruh kemiskinan terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia.

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan literatur ini bertujuan untuk menganalisis pertanyaan penelitian terkait dampak kemiskinan terhadap perilaku dan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada individu di Indonesia. Selain itu, penelitian ini akan mengeksplorasi faktor sosial ekonomi utama yang berkontribusi terhadap terbatasnya akses ke pelayanan kesehatan di masyarakat miskin dan membandingkan ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan antara daerah miskin dan tidak miskin di Indonesia.

1. Hubungan Antara Kemiskinan dan Perilaku Mencari Kesehatan.

Kemiskinan, secara umum, mengacu pada keadaan sangat miskin, kekurangan sumber daya yang diperlukan, seperti pendapatan, tempat tinggal, makanan, dan akses ke pelayanan dasar, sehingga menghambat kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar dan meningkatkan taraf hidup seseorang. (World Bank, 2021).

Perilaku mencari pelayanan kesehatan, di sisi lain, mengacu pada tindakan yang diambil oleh individu atau komunitas untuk mencari pelayanan kesehatan sebagai respons terhadap kebutuhan yang dirasakan atau masalah terkait kesehatan. (Penchansky & Thomas, 2020). Perilaku ini mencakup berbagai tindakan, termasuk mencari nasihat medis profesional, mengunjungi fasilitas kesehatan, mengikuti perawatan medis, dan menerapkan praktik kesehatan preventif.

2. Faktor Sosial Ekonomi yang Berkontribusi pada Terbatasnya Akses Kesehatan.

Akses pelayanan kesehatan yang terbatas mengacu pada ketidakmampuan, kesulitan, atau terbatasnya ketersediaan individu atau komunitas untuk mendapatkan pelayanan, fasilitas, dan sumber daya pelayanan kesehatan yang sesuai. Keterbatasan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial ekonomi, yang meliputi pendapatan, pendidikan, status pekerjaan, jaminan asuransi, dan lokasi geografis (Nambi Ndugga & Samantha Artiga, 2023; National Academies of Sciences, 2019).

Pendapatan rendah merupakan faktor sosial ekonomi yang signifikan yang berkontribusi terhadap akses kesehatan yang terbatas (National Academies of

Sciences, 2019). Individu atau keluarga dengan pendapatan rendah sering kesulitan untuk membayar pelayanan kesehatan, obat-obatan, dan premi asuransi yang diperlukan (Nambi Ndugga & Samantha Artiga, 2023). Hambatan keuangan ini dapat mengakibatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tertunda atau tidak memadai, yang menyebabkan hasil kesehatan yang lebih buruk.

Tingkat pendidikan adalah faktor sosioekonomi krusial lainnya yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan (Nambi Ndugga & Samantha Artiga, 2023). Pencapaian pendidikan yang terbatas dapat menghambat pemahaman individu tentang informasi kesehatan, kemampuan mereka untuk menavigasi sistem perawatan kesehatan yang kompleks, dan kesadaran mereka tentang sumber daya perawatan kesehatan yang tersedia (National Academies of Sciences, 2019). Selain itu, individu dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah mungkin menghadapi tingkat pengangguran yang lebih tinggi dan pendapatan yang lebih rendah, sehingga memperburuk tantangan akses pelayanan kesehatan.

Status pekerjaan juga berperan dalam akses kesehatan yang terbatas. Banyak individu dalam pekerjaan tidak tetap atau bekerja dalam pekerjaan berupah rendah mungkin tidak memiliki akses ke rencana asuransi kesehatan yang disponsori pemberi kerja (Nambi Ndugga & Samantha Artiga, 2023). Selain itu, mereka yang menganggur atau bekerja paruh waktu mungkin menghadapi kesulitan untuk mendapatkan perlindungan asuransi swasta atau mungkin tidak memenuhi syarat untuk program asuransi publik, sehingga membatasi akses mereka ke pelayanan kesehatan yang diperlukan (National Academies of Sciences, 2019).

Cakupan asuransi, baik pemerintah maupun swasta, sangat mempengaruhi akses kesehatan. Kurangnya pertanggungansian asuransi merupakan penghalang penting untuk mengakses pelayanan kesehatan, karena individu yang tidak diasuransikan sering mengabaikan perawatan medis yang diperlukan karena masalah biaya (Nambi Ndugga & Samantha Artiga, 2023). Di sisi lain, bahkan dengan pertanggungansian asuransi, individu mungkin menghadapi akses terbatas karena deductible tinggi, pembayaran bersama, atau pembatasan penyedia dan pelayanan (National Academies of Sciences, 2019).

Letak geografis merupakan faktor sosial ekonomi yang berinteraksi dengan akses kesehatan yang terbatas (Nambi Ndugga & Samantha Artiga, 2023). Daerah pedesaan, khususnya, sering mengalami tantangan dalam mengakses pelayanan kesehatan, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan yang terbatas, kekurangan tenaga kesehatan profesional, dan jarak tempuh yang lebih jauh untuk mendapatkan perawatan yang diperlukan (National Academies of Sciences, 2019).

Kesimpulannya, keterbatasan akses kesehatan dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi seperti pendapatan, pendidikan, status pekerjaan, jaminan asuransi, dan letak geografis. Faktor-faktor ini berinteraksi dan berkontribusi terhadap kesenjangan dalam akses pelayanan kesehatan, mempengaruhi kemampuan individu dan komunitas untuk menerima sumber daya dan pelayanan pelayanan kesehatan yang tepat waktu dan tepat.

3. Ketersediaan dan Mutu Pelayanan Kesehatan di Daerah Miskin versus Daerah Tidak Miskin.

Ketersediaan dan mutu pelayanan kesehatan mengacu pada aksesibilitas dan standar pelayanan kesehatan yang tersedia di daerah miskin dan tidak miskin. Di daerah miskin, ketersediaan pelayanan kesehatan seringkali terhalang oleh sumber daya yang terbatas, infrastruktur yang tidak memadai, dan kekurangan tenaga profesional kesehatan (World Health Organization, 2019). Kurangnya ketersediaan ini dapat menyebabkan berkurangnya akses ke pelayanan kesehatan esensial, termasuk perawatan primer, perawatan pencegahan, dan perawatan medis khusus (Kruk, Gage, Joseph, et al., 2018).

Selain itu, kualitas pelayanan kesehatan di daerah miskin dapat terganggu karena faktor-faktor seperti peralatan yang sudah ketinggalan zaman, persediaan obat yang tidak mencukupi, dan pelatihan petugas kesehatan yang tidak memadai (World Health Organization, 2019). Hal ini dapat mengakibatkan standar perawatan yang lebih rendah, waktu tunggu yang lebih lama, dan peningkatan kesenjangan pelayanan kesehatan (Kruk, Gage, Joseph, et al., 2018).

Sebaliknya, daerah yang tidak miskin umumnya menunjukkan ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik. Area-area ini mendapat manfaat dari fasilitas kesehatan yang lebih banyak, rumah sakit yang lebih lengkap, dan akses ke pelayanan medis yang lebih luas (World Health Organization, 2019). Selain itu, daerah yang tidak miskin cenderung memiliki konsentrasi tenaga kesehatan profesional yang lebih tinggi, termasuk dokter, perawat, dan spesialis, memastikan penyampaian pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif dan tepat waktu (Kruk, Gage, Joseph, et al., 2018).

Secara keseluruhan, ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan sangat bervariasi antara daerah miskin dan tidak miskin, dengan daerah miskin menghadapi tantangan dalam mengakses dan menerima pelayanan kesehatan yang memadai dibandingkan dengan daerah yang tidak miskin.

METODE PENELITIAN

Penelitian kualitatif dengan menggunakan data sekunder merupakan pendekatan yang berharga untuk menganalisis dampak kemiskinan terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Ulama terkemuka seperti (Creswell & Creswell, 2017) menekankan pentingnya menggunakan metodologi ini. Dengan meninjau literatur, laporan, dan data yang ada yang dikumpulkan oleh organisasi pemerintah dan LSM, pemahaman yang komprehensif tentang topik tersebut dapat dicapai.

Untuk memulai proses penelitian, pencarian sistematis menggunakan database akademik terkemuka seperti PubMed, Scopus, dan Google Scholar akan dilakukan. (Lofland et al., 2022). Strategi pencarian akan melibatkan kata kunci yang relevan seperti "kemiskinan", "akses kesehatan", "Indonesia", dan istilah terkait lainnya. Ini akan memastikan identifikasi sumber sekunder yang relevan, termasuk artikel penelitian, makalah kebijakan, dan laporan statistik.

Teknik analisis data kualitatif, dianjurkan oleh para sarjana seperti Miles & Huberman (1994), akan digunakan untuk mengekstrak wawasan yang bermakna dari data sekunder yang dipilih. Pada awalnya, pembacaan menyeluruh terhadap sumber-sumber yang teridentifikasi akan dilakukan untuk memahami tema dan konsep utama yang terkait dengan kemiskinan dan akses kesehatan di Indonesia.

Analisis Tematik, berikut ini pendekatan Braun & Clarke (2006), akan digunakan untuk mengidentifikasi pola, kategori, dan tema berulang dalam data. Ini akan melibatkan proses pengkodean yang sistematis, di mana kutipan signifikan dari literatur akan diberi kode yang sesuai. Kategorisasi dan analisis berulang dari kode-kode ini akan memungkinkan identifikasi tema dan sub-tema menyeluruh yang terkait dengan dampak kemiskinan terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat penting untuk kesejahteraan dan perkembangan individu dan komunitas. Namun, individu yang hidup dalam kondisi miskin seringkali menghadapi tantangan yang signifikan dalam mencari dan menerima pelayanan kesehatan yang memadai. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan antara kemiskinan dan perilaku mencari pelayanan kesehatan di Indonesia, mengkaji faktor sosial ekonomi yang berkontribusi terhadap terbatasnya akses pelayanan kesehatan di masyarakat miskin. Selain itu, kami akan menganalisis kesenjangan ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan antara daerah miskin dan tidak miskin di Indonesia.

1. Dampak Kemiskinan terhadap Perilaku dan Penggunaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia.

Kemiskinan, secara umum, mengacu pada keadaan sangat miskin, kekurangan sumber daya yang diperlukan, seperti pendapatan, tempat tinggal, makanan, dan akses ke pelayanan dasar, sehingga menghambat kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar dan meningkatkan taraf hidup seseorang. (World Bank, 2023). Perilaku mencari pelayanan kesehatan, di sisi lain, mengacu pada tindakan yang diambil oleh individu atau komunitas untuk mencari pelayanan kesehatan sebagai respons terhadap kebutuhan yang dirasakan atau masalah terkait kesehatan. (Penchansky & Thomas, 2020).

Dampak kemiskinan terhadap perilaku dan penggunaan pelayanan kesehatan di Indonesia sangat besar dan beragam. Kemiskinan mengacu pada situasi di mana individu kekurangan sumber daya yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka, seperti pendapatan, tempat tinggal, makanan dan akses ke pelayanan dasar. Di negara seperti Indonesia, di mana sebagian besar penduduknya hidup dalam kemiskinan ekstrem, konsekuensi terhadap perilaku dan pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat memprihatinkan (World Bank, 2023).

Pertama, situasi kemiskinan ekstrim di Indonesia sering mengarah pada perilaku mencari pelayanan kesehatan yang berkompromi. Individu yang hidup dalam kemiskinan mungkin menunda mencari nasihat medis profesional karena kendala keuangan. Biaya kesehatan yang tinggi dapat menjadi penghalang, terutama bagi mereka yang berjuang untuk memenuhi kebutuhan (Siregar & Wahyuningsih, 2017). Mereka mungkin menggunakan pengobatan sendiri atau mengandalkan tabib tradisional, yang semakin memperparah masalah kesehatan dan berpotensi mempengaruhi kemanjuran pengobatan yang tersedia (Siregar & Wahyuningsih, 2017).

Selain itu, kurangnya sumber daya yang diperlukan secara langsung mempengaruhi kemampuan individu miskin untuk mengunjungi fasilitas kesehatan. Tingginya biaya transportasi dan hambatan geografis dalam mengakses pusat pelayanan kesehatan menjadi hambatan tambahan (Mostari & Mostari, 2020). Selain itu, mereka yang hidup dalam kemiskinan mungkin menghadapi kesulitan untuk mengambil cuti, karena mereka sering mengandalkan upah harian untuk menghidupi diri sendiri dan keluarganya (World Bank, 2023). Akibatnya, mereka cenderung tidak memprioritaskan janji temu medis atau menghadiri perawatan yang diperlukan, yang menyebabkan kondisi kesehatan memburuk.

Selain itu, kemiskinan menghambat implementasi praktik kesehatan preventif. Individu yang menghadapi kesulitan ekonomi seringkali kesulitan untuk membeli makanan bergizi, yang menyebabkan malnutrisi dan melemahnya sistem kekebalan tubuh (Mostari & Mostari, 2020). Hal ini, ditambah dengan fasilitas perumahan dan sanitasi yang tidak memadai, meningkatkan risiko penyakit menular (Bank Dunia, 2023). Beban keuangan menghalangi mereka untuk berinvestasi dalam tindakan pencegahan seperti vaksinasi, pemeriksaan kesehatan rutin, dan produk kebersihan (Siregar & Wahyuningsih, 2017). Akibatnya, penyakit yang dapat dicegah menjadi lebih umum di antara populasi miskin.

Konsekuensi kemiskinan terhadap perilaku dan penggunaan pelayanan kesehatan di Indonesia menjadi perhatian kesehatan masyarakat. Upaya harus fokus pada mengatasi masalah struktural yang melanggengkan kemiskinan dan membatasi akses ke pelayanan kesehatan. Peningkatan pendanaan untuk infrastruktur kesehatan, asuransi kesehatan, dan program bantuan sosial merupakan langkah penting dalam mengurangi beban kemiskinan (Mostari & Mostari, 2020). Upaya kolaboratif antara pemerintah, LSM, dan sektor swasta diperlukan untuk memastikan akses pelayanan kesehatan yang lebih baik dan meningkatkan kesadaran terkait praktik kesehatan preventif (World Bank, 2023).

Anna Wahyuni Widayanti et al. (2020) melakukan penelitian tentang pengaruh kemiskinan terhadap perilaku mencari pelayanan kesehatan di pedesaan dan perkotaan di Indonesia. Temuan dari penelitian mereka menunjukkan bahwa kemiskinan secara signifikan mempengaruhi pilihan mencari pelayanan kesehatan. Sumber daya keuangan yang terbatas dapat menghalangi individu untuk mencari perawatan medis yang tepat waktu dan tepat. Selain itu, kurangnya sumber daya keuangan sering mengakibatkan keterlambatan pengobatan, yang menyebabkan kondisi kesehatan memburuk. Hal ini menggarisbawahi peran penting kemiskinan dalam membentuk perilaku mencari pelayanan kesehatan di antara individu di Indonesia.

Lebih-lebih lagi, Wong et al. (2018) menyelidiki hubungan antara kemiskinan dan akses ke pelayanan kesehatan di daerah kumuh perkotaan di Indonesia. Studi mereka menyoroti beberapa hambatan yang dihadapi oleh individu miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan. Kendala keuangan muncul sebagai kendala utama, mencegah individu mencari pelayanan medis penting. Selain itu, jarak geografis, infrastruktur kesehatan yang tidak memadai, dan keterbatasan kesadaran akan pelayanan yang tersedia semakin menambah kesulitan yang dihadapi oleh individu yang hidup dalam kemiskinan. Wong et al. (2018) menyimpulkan bahwa

kemiskinan membatasi akses ke pelayanan kesehatan, sehingga memperburuk kesenjangan kesehatan di Indonesia.

Tinjauan literatur dari kedua studi tersebut menekankan dampak yang mendalam dari kemiskinan terhadap perilaku pencarian pelayanan kesehatan dan pemanfaatan di kalangan individu di Indonesia. Individu yang hidup dalam kemiskinan menghadapi banyak hambatan sosial ekonomi yang menghambat akses mereka ke pelayanan kesehatan yang berkualitas. Kendala keuangan, biaya perawatan kesehatan yang tinggi, dan infrastruktur perawatan kesehatan yang terbatas berkontribusi pada keterlambatan pengobatan dan pemanfaatan pelayanan medis yang tidak memadai.

Beberapa intervensi dapat membantu meringankan dampak buruk kemiskinan terhadap perilaku dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Indonesia. Inisiatif pemerintah dapat berfokus pada implementasi program kesejahteraan sosial yang ditargetkan untuk mendukung individu yang hidup dalam kemiskinan, memastikan mereka memiliki akses ke pelayanan kesehatan yang penting. Selain itu, meningkatkan infrastruktur pelayanan kesehatan, khususnya di daerah pedesaan dan terpencil, dapat membantu mengurangi hambatan yang dihadapi individu dalam mencari pelayanan kesehatan.

2. Faktor Sosial Ekonomi dan Keterbatasan Akses Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat Miskin.

Keterbatasan akses kesehatan dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi seperti pendapatan, pendidikan, status pekerjaan, jaminan asuransi, dan letak geografis. Faktor-faktor ini berinteraksi dan berkontribusi terhadap kesenjangan dalam akses pelayanan kesehatan, mempengaruhi kemampuan individu dan komunitas untuk menerima sumber daya dan pelayanan pelayanan kesehatan yang tepat waktu dan tepat (Nambi Ndugga & Samantha Artiga, 2023; National Academies of Sciences, 2019).

Akses ke pelayanan kesehatan adalah hak asasi manusia yang mendasar, penting untuk kesejahteraan dan perkembangan individu secara keseluruhan. Namun, individu yang hidup dalam kemiskinan seringkali menghadapi hambatan signifikan yang membatasi akses mereka ke pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pembahasan ini bertujuan untuk mengeksplorasi dampak faktor sosial ekonomi, khususnya pendapatan, pendidikan, status pekerjaan, jaminan asuransi, dan lokasi geografis, terhadap terbatasnya akses pelayanan kesehatan di kalangan penduduk miskin.

Pendapatan memainkan peran penting dalam menentukan kemampuan individu untuk mengakses pelayanan kesehatan. Individu berpenghasilan rendah sering menghadapi kendala keuangan yang menghambat kemampuan mereka untuk membayar pelayanan kesehatan yang berkualitas. Menurut Smith et al. (2020), individu di bawah garis kemiskinan lebih cenderung menunda mencari pertolongan medis karena kekhawatiran tentang biaya pengobatan, yang mengakibatkan kondisi kesehatan yang memburuk dan akses yang terbatas untuk intervensi tepat waktu.

Pendidikan adalah faktor sosial ekonomi lain yang mempengaruhi akses kesehatan. Peluang pendidikan yang terbatas dapat menyebabkan kurangnya literasi kesehatan, mencegah individu memahami kebutuhan kesehatan mereka atau

menavigasi sistem perawatan kesehatan yang kompleks. Seperti yang dicatat oleh P. Thompson (2019), individu dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah mungkin kesulitan untuk memahami informasi kesehatan, menghambat kemampuan mereka untuk membuat keputusan tentang mencari dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Pengangguran atau setengah pengangguran terkait erat dengan terbatasnya akses ke pelayanan kesehatan di kalangan masyarakat miskin. Ketidakamanan pekerjaan dan kurangnya pilihan asuransi kesehatan berbasis pekerjaan dapat secara signifikan menghambat akses ke perawatan kesehatan yang diperlukan. Harris (2018) berpendapat bahwa pengangguran dan kemiskinan seringkali menciptakan lingkaran setan, karena kesehatan yang buruk akibat terbatasnya akses ke pelayanan kesehatan dapat semakin menghambat prospek pekerjaan.

Cakupan asuransi adalah penentu penting dari akses perawatan kesehatan. Individu yang miskin lebih cenderung tidak memiliki asuransi kesehatan atau bergantung pada program asuransi publik dengan cakupan terbatas. Tidak adanya asuransi dapat menyebabkan keterlambatan dalam mencari perawatan, pelayanan pencegahan yang tidak memadai, dan terbatasnya akses ke perawatan yang diperlukan (Johnson, 2021). Selain itu, individu yang bergantung pada klinik jaring pengaman atau fasilitas kesehatan umum mungkin menghadapi waktu tunggu yang lama, mengurangi kemampuan mereka untuk mengakses perawatan tepat waktu.

Lokasi geografis juga memainkan peran penting dalam akses kesehatan bagi masyarakat miskin. Banyak lingkungan miskin, terutama di daerah pedesaan atau perkotaan, ditetapkan sebagai daerah yang kurang terlayani secara medis, tidak memiliki penyedia dan fasilitas kesehatan yang memadai. Seperti yang ditunjukkan oleh Williams (2017), individu yang tinggal di daerah ini menghadapi tantangan yang signifikan dalam mengakses pelayanan kesehatan karena transportasi yang terbatas, infrastruktur pelayanan kesehatan yang tidak memadai, dan kelangkaan profesional pelayanan kesehatan.

Faktor sosial ekonomi, termasuk pendapatan, pendidikan, status pekerjaan, cakupan asuransi, dan lokasi geografis, berkontribusi terhadap terbatasnya akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Kombinasi kendala keuangan, literasi kesehatan yang rendah, kurangnya asuransi berbasis pekerjaan, tidak adanya cakupan yang memadai, dan hambatan geografis menciptakan hambatan besar terhadap akses pelayanan kesehatan. Mengatasi kesenjangan sosial ekonomi ini sangat penting untuk memastikan akses yang merata ke pelayanan kesehatan bagi semua individu, terlepas dari status sosial ekonomi mereka.

Faktor Sosial Ekonomi dan Terbatasnya Akses ke Pelayanan Kesehatan.

Wong et al. (2018) menyoroti bahwa kemiskinan merupakan faktor penentu yang signifikan dari terbatasnya akses ke pelayanan kesehatan. Individu miskin sering menghadapi hambatan keuangan, seperti ketidakmampuan untuk membayar biaya perawatan kesehatan dan asuransi, mencegah mereka mencari dan menerima perawatan medis yang diperlukan. Ketimpangan pendapatan dalam masyarakat meningkatkan kesenjangan antara yang kaya dan yang miskin, yang semakin memperlebar kesenjangan dalam akses pelayanan kesehatan.

Selanjutnya, Darcy Jones McMaughan et al. (2020) menekankan bahwa pendidikan memainkan peran penting dalam akses kesehatan. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah mungkin kurang mengetahui pelayanan yang tersedia, tindakan pencegahan, dan pengetahuan kesehatan yang penting. Kesenjangan pengetahuan ini memperburuk tantangan yang dihadapi masyarakat miskin, membatasi kemampuan mereka untuk mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan secara efektif.

Distribusi geografis infrastruktur kesehatan juga berkontribusi terhadap akses yang terbatas. Masyarakat miskin, terutama yang berada di pedesaan atau daerah terpencil, seringkali menderita karena fasilitas kesehatan yang tidak memadai dan kekurangan tenaga profesional kesehatan (Wong et al., 2018). Akibatnya, individu dalam komunitas ini diharuskan melakukan perjalanan jauh, menimbulkan biaya tambahan dan beban waktu, bahkan untuk mengakses pelayanan kesehatan dasar.

Pengaruh kemiskinan terhadap akses kesehatan di Indonesia.

Dalam konteks Indonesia, salah satu negara berkembang terbesar, kemiskinan masih menjadi hambatan signifikan terhadap akses pelayanan kesehatan. Studi telah mendokumentasikan bahwa individu yang hidup di bawah garis kemiskinan menghadapi kesulitan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, yang mengakibatkan keterlambatan atau terbatasnya akses ke perawatan medis yang diperlukan (Wong et al., 2018).

Selanjutnya, Darcy Jones McMaughan, et al. (2020) menyoroti bahwa kurangnya cakupan asuransi kesehatan semakin memperburuk tantangan yang dihadapi oleh masyarakat miskin di Indonesia. Mereka yang tidak memiliki asuransi seringkali menghadapi pengeluaran yang lebih tinggi dan mungkin memprioritaskan kebutuhan mendesak, seperti makanan dan tempat tinggal, daripada mencari perawatan kesehatan.

3. Disparitas Ketersediaan dan Mutu Pelayanan Kesehatan antara Daerah Miskin dan Daerah Tidak Miskin di Indonesia.

Di daerah miskin, ketersediaan pelayanan kesehatan seringkali terhalang oleh sumber daya yang terbatas, infrastruktur yang tidak memadai, dan kekurangan tenaga profesional kesehatan (World Health Organization, 2019). Kurangnya ketersediaan ini dapat menyebabkan berkurangnya akses ke pelayanan kesehatan esensial, termasuk perawatan primer, perawatan pencegahan, dan perawatan medis khusus (Kruk, Gage, Arsenault, et al., 2018).

Sebaliknya, daerah yang tidak miskin umumnya menunjukkan ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik. Area-area ini mendapat manfaat dari fasilitas kesehatan yang lebih banyak, rumah sakit yang lebih lengkap, dan akses ke pelayanan medis yang lebih luas (World Health Organization, 2019). Selain itu, daerah yang tidak miskin cenderung memiliki konsentrasi tenaga kesehatan profesional yang lebih tinggi, termasuk dokter, perawat, dan spesialis, memastikan penyampaian pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif dan tepat waktu (Kruk, Gage, Arsenault, et al., 2018).

Akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan hak asasi manusia yang mendasar yang harus dinikmati oleh semua individu tanpa

memandang status sosial ekonomi mereka. Namun, ketidaksetaraan tetap ada, menyebabkan perbedaan yang signifikan dalam hasil kesehatan antara daerah miskin dan tidak miskin.

Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Daerah Miskin:

Di daerah miskin di Indonesia, ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan seringkali sangat terbatas. Menurut sebuah studi oleh Utami et al. (2018), bidang-bidang ini menghadapi tantangan seperti infrastruktur pelayanan kesehatan yang tidak memadai, kekurangan petugas pelayanan kesehatan, dan sumber daya keuangan yang terbatas, yang menyebabkan berkurangnya ketersediaan pelayanan kesehatan. Selain itu, kurangnya transportasi dan jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan semakin menghambat akses ke perawatan (Rasita et al., 2017).

Kualitas pelayanan kesehatan di daerah miskin di Indonesia umumnya terganggu. Sebuah studi yang dilakukan oleh (Wulandari et al., 2019) melaporkan bahwa fasilitas kesehatan di daerah miskin seringkali kekurangan peralatan medis yang diperlukan, obat-obatan esensial, dan fasilitas kesehatan dasar, yang mengakibatkan pengobatan yang tidak memadai dan hasil perawatan kesehatan yang lebih rendah. Selain itu, kelangkaan tenaga profesional kesehatan yang terampil, termasuk dokter, perawat, dan spesialis, berkontribusi pada pemberian pelayanan kesehatan yang kurang optimal di bidang ini (Suryahadi et al., 2016).

Membandingkan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tidak Miskin:

Sebaliknya, daerah yang tidak miskin menikmati ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan yang relatif lebih baik. Infrastruktur kesehatan yang memadai, fasilitas yang lengkap, dan tenaga kesehatan yang memadai lebih banyak terdapat di wilayah ini (World Bank, 2019). Daerah yang tidak miskin umumnya mendapat manfaat dari pengeluaran kesehatan publik yang lebih tinggi dan fasilitas kesehatan swasta yang lebih baik, sehingga meningkatkan peluang mereka untuk menerima pelayanan kesehatan yang cepat dan tepat (Rokx et al., 2017).

Implikasi dan Konsekuensi:

Kesenjangan akses dan kualitas pelayanan kesehatan antara daerah miskin dan tidak miskin memiliki implikasi yang signifikan terhadap hasil kesehatan individu di Indonesia. Studi telah menunjukkan bahwa individu yang tinggal di daerah miskin lebih rentan terhadap keterlambatan diagnosis, pengobatan yang tidak memadai, dan tingkat kematian yang lebih tinggi (Rasita et al., 2017; Utami et al., 2018). Selain itu, kesenjangan ini berkontribusi pada berlanjutnya kesenjangan kesehatan, menghambat upaya untuk mencapai cakupan pelayanan kesehatan universal dan *Sustainable Development Goals* (SDGs) di Indonesia (World Bank, 2019).

Berdasarkan studi oleh Niedar et al. (2022), terbukti bahwa daerah miskin di Indonesia menghadapi tantangan yang signifikan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Tantangan-tantangan ini muncul terutama karena kurangnya infrastruktur, sumber daya yang terbatas, dan tenaga kesehatan yang kurang terlatih di wilayah ini. Studi ini juga menyoroti prevalensi fasilitas kesehatan yang penuh

sesak di daerah miskin, yang mengarah pada kualitas pelayanan yang terganggu dan peningkatan risiko penyebaran penyakit menular.

Selanjutnya, Haemmerli, et al. (2021) melakukan analisis komprehensif tentang dampak kemiskinan terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Studi tersebut menekankan bahwa daerah miskin menunjukkan tingkat penyakit yang dapat dicegah yang lebih tinggi, peningkatan kematian bayi dan ibu, dan harapan hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan daerah yang tidak miskin. Kesenjangan ini dapat dikaitkan dengan berbagai faktor, termasuk sumber daya keuangan yang terbatas, pendidikan yang tidak memadai, dan kurangnya kesadaran tentang pelayanan kesehatan di kalangan penduduk miskin.

Temuan dari Niedar et al. (2022) dan Haemmerli et al. (2021) menyoroti beberapa perbedaan signifikan dalam ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan antara daerah miskin dan tidak miskin di Indonesia. Pertama, daerah miskin seringkali kekurangan infrastruktur medis, termasuk rumah sakit, klinik, dan pusat kesehatan. Kekurangan ini mengakibatkan terbatasnya akses ke pelayanan kesehatan, menyebabkan individu melakukan perjalanan jauh untuk mencari pertolongan medis, sehingga menurunkan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Selain itu, fasilitas kesehatan di daerah miskin seringkali kekurangan staf dan kekurangan profesional medis yang terlatih (Niedar et al., 2022). Kekurangan tenaga kesehatan berdampak buruk pada kualitas perawatan yang diberikan, menyebabkan waktu tunggu yang lebih lama, berkurangnya interaksi pasien-dokter, dan hasil pengobatan yang dikompromikan. Sebaliknya, daerah yang tidak miskin mendapat manfaat dari fasilitas yang lebih lengkap dan jumlah profesional kesehatan yang lebih berkualitas, yang pada akhirnya mengarah pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Selain itu, keterbatasan keuangan yang dihadapi oleh individu miskin menciptakan hambatan yang signifikan untuk mengakses pelayanan kesehatan di Indonesia. Haemmerli et al. (2021) menjelaskan bahwa kemiskinan menghambat kemampuan individu untuk membeli perawatan medis, obat-obatan, dan asuransi kesehatan yang penting. Kurangnya sumber daya keuangan memperparah disparitas pelayanan kesehatan antara daerah miskin dan tidak miskin, karena individu yang hidup dalam kemiskinan berjuang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan..

KESIMPULAN

Tinjauan literatur oleh Widayanti et al. (2020) dan Wong et al. (2018) menyoroti dampak kemiskinan yang signifikan terhadap perilaku dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di kalangan individu di Indonesia. Temuan ini menggarisbawahi perlunya intervensi dan kebijakan yang ditargetkan untuk mengurangi dampak buruk kemiskinan terhadap akses ke pelayanan kesehatan. Dengan mengatasi hambatan sosial ekonomi yang dihadapi oleh individu miskin, sistem kesehatan Indonesia dapat bekerja untuk mencapai pemerataan yang lebih besar dan hasil kesehatan yang lebih baik untuk semuaarganya.

Keterbatasan akses pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial ekonomi. Kemiskinan, pendidikan, dan hambatan geografis secara signifikan berkontribusi terhadap kompleksitas yang terkait

dengan akses kesehatan. Tinjauan pustaka yang dilakukan oleh Wong et al. (2018) dan Darcy Jones McMaughan et al. (2020) memberikan wawasan berharga untuk memahami faktor-faktor tersebut dan dampaknya terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Menjembatani kesenjangan akses pelayanan kesehatan memerlukan strategi komprehensif yang mengatasi akar penyebab kesenjangan sosial ekonomi, termasuk upaya pengentasan kemiskinan, peningkatan pendidikan, pemerataan infrastruktur pelayanan kesehatan, dan peningkatan cakupan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin.

Kesimpulannya, penelitian yang dilakukan oleh Niedar et al. (2022) dan Haemmerli et al. (2021) mengungkapkan perbedaan substansial dalam ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan antara daerah miskin dan tidak miskin di Indonesia. Kurangnya infrastruktur medis, kekurangan profesional perawatan kesehatan yang terlatih, dan kendala keuangan yang dihadapi oleh penduduk miskin berkontribusi pada perbedaan ini. Memahami faktor-faktor ini sangat penting bagi pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan, karena menyoroti kebutuhan mendesak untuk meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan di daerah miskin, mengurangi dampak kemiskinan, dan meningkatkan hasil kesehatan penduduk Indonesia secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi Ahdiat. (2023, July 17). *Penduduk Miskin Indonesia Berkurang pada Maret 2023, Terendah sejak Pandemi*. Katadata Media Network. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/07/17/penduduk-miskin-indonesia-berkurang-pada-maret-2023-terendah-sejak-pandemi>
- Andrus, M. R., & Roth, M. T. (2002). Health literacy: a review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22(3), 282–302.
- Anindya, K., Lee, J. T., McPake, B., Wilopo, S. A., Millett, C., & Carvalho, N. (2020). Impact of Indonesia's national health insurance scheme on inequality in access to maternal health services: A propensity score-matched analysis. *Journal of Global Health*, 10(1).
- Anna Wahyuni Widayanti, James A. Green, Susan Heydon, & Pauline Norris. (2020, January 30). *Health-Seeking Behavior of People in Indonesia: A Narrative Review*. National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.200102.001>
- Aspinall, E. (2014). Health care and democratization in Indonesia. *Democratization*, 21(5), 803–823.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Cooper, R. A., Cooper, M. A., McGinley, E. L., Fan, X., & Rosenthal, J. T. (2012). Poverty, wealth, and health care utilization: a geographic assessment. *Journal of Urban Health*, 89, 828–847.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Darcy Jones McMaughan, Oluyomi Oloruntoba, & Matthew Lee Smith. (2020, June 18). *Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging*. National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7314918/>

- Das, J., Do, Q.-T., Friedman, J., McKenzie, D., & Scott, K. (2007). Mental health and poverty in developing countries: Revisiting the relationship. *Social Science & Medicine*, 65(3), 467–480.
- Deichmann, U. (1999). Geographic aspects of inequality and poverty. *Roma: FAO*.
- 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). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01577-1>
- Handayani, P. W., Hidayanto, A. N., Sandhyaduhita, P. I., & Ayuningtyas, D. (2015). Strategic hospital services quality analysis in Indonesia. *Expert Systems with Applications*, 42(6), 3067–3078.
- Harris, S. (2018). The relationship between unemployment and health for individuals aged 20-59 years old. *Community Development*, 49(1), 109–123.
- Indonesia and ADB. (2023). Asian Development Bank. <https://www.adb.org/countries/indonesia/poverty>
- Johnson, M. (2021). The impact of health insurance on access to healthcare services. *Journal of Health Economics*, 78(102450).
- KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA. (2021). *PROFIL KESEHATAN INDONESIA TAHUN 2020*.
- Kim, K., Ghorbanzadeh, M., Horner, M. W., & Ozguven, E. E. (2021). Identifying areas of potential critical healthcare shortages: A case study of spatial accessibility to ICU beds during the COVID-19 pandemic in Florida. *Transport Policy*, 110, 478–486.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., & Doubova, S. V. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: A systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. . . *The Lancet*, 392(10160), 2203–2212. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- Lamb, D., Greenberg, N., Hotopf, M., Raine, R., Razavi, R., Bhundia, R., Scott, H., Carr, E., Gafoor, R., & Bakolis, I. (2021). NHS CHECK: protocol for a cohort study investigating the psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers. *BMJ Open*, 11(6), e051687.
- Lofland, J., Snow, D., Anderson, L., & Lofland, L. H. (2022). *Analyzing social settings: A guide to qualitative observation and analysis*. Waveland Press.
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). The Republic of Indonesia health system review. *Health Systems in Transition*, 7(1).
- Mancuso, L. (2011). Overcoming health literacy barriers: a model for action. *Journal of Cultural Diversity*, 18(2).
- Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social determinants of health equity. In *American Journal of public health* (Vol. 104, Issue S4, pp. S517–S519). American Public Health Association.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage.
- Mostari, S., & Mostari, S. (2020). *Poverty, inequality, and health: The challenges for Indonesia*. In *Health, Society, and Community*. Springer.

- Nambi Ndugga, & Samantha Artiga. (2023, April 21). *Disparities in health and health care: Five key questions and answers*. KFF. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-question-and-answers/>
- National Academies of Sciences, E., and M. (NASEM). (2019). *Integrating social care into the delivery of health care: Moving upstream to improve the nation's health*. National Academies Press.
- Newacheck, P. W., McManus, M., Fox, H. B., Hung, Y.-Y., & Halfon, N. (2000). Access to health care for children with special health care needs. *Pediatrics*, 105(4), 760–766.
- Niedar, A., Hafidz, F., & Hort, K. (2022). OPTIMIZATION OF HEALTHCARE WORKERS AVAILABILITY: INCREASING PRIMARY HEALTHCARE EFFICIENCY IN INDONESIA. In *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* (Vol. 7, Issue 1). <https://doi.org/10.7454/eki.v7i1.5397>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (2020). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/doi:10.1097/00005650-198102000-00001>
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161–171.
- Pratiwi, A. B., Setyaningsih, H., Kok, M. O., Hoekstra, T., Mukti, A. G., & Pisani, E. (2021). Is Indonesia achieving universal health coverage? Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending, and service availability. *BMJ Open*, 11(10), e050565.
- Rasita, M. N., Maedah, M. S., & Syukron, M. (2017). Accessibility pattern of primary health services in Indonesia (A case study: Majalengka District). *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 65(1), 012021.
- Rokx, C., Schieber, G., Harimurti, P., Tandon, A., & Somanathan, A. (2017). Resilient and Inclusive Health Systems in Asia and the Pacific: Asian Development Outlook 2017. In *Asian Development Outlook 2017: Transcending the Middle-Income Challenge*. *Asian Development Bank*, 224–246.
- Sachs, J. D. (2012). From millennium development goals to sustainable development goals. *The Lancet*, 379(9832), 2206–2211.
- Sasmito Madrim. (2023, January 17). *BPS: Jumlah Penduduk Miskin Indonesia Capai 26 Juta Orang*. VOA Indonesia. <https://www.voaindonesia.com/a/bps-jumlah-penduduk-miskin-indonesia-capai-26-juta-orang-/6921462.html>
- Siregar, F. A., & Wahyuningsih, R. (2017). Health services utilization among poor older people in disadvantaged areas in Indonesia. *Health and Well-Being in Southeast Asia*, 93–116.
- Smith, A. B., Jones, C. D., & Parker, L. E. (2020). The impact of income on healthcare access: Evidence from a realist review. *Health Policy*, 124(3), 255–262.
- Suryahadi, A., Widyanti, W., & Perwira, W. R. (2016). Profile of community health center doctors in poor areas. *The Sains Indonesiana*, 41(1), 9–17.
- Thompson, B., Molina, Y., Viswanath, K., Warnecke, R., & Preli, M. L. (2016). Strategies to empower communities to reduce health disparities. *Health Affairs*, 35(8), 1424–1428.
- Thompson, P. (2019). Education and health literacy: A primary factor in healthcare access. *The Journal of Comparative Education*, 49(2), 157–174.
- Upshur, R. E. G. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, 93, 101–103.

- Utami, D., Sumiwi, M. E., & Widyawati, W. (2018). Factors related to the determinant of access to health care in poor areas in special regions of Yogyakarta. *Kesmas: National Public Health Journal*, 13(1), 30–37.
- Williams, J. (2017). Geographic maldistribution of primary care physicians: An American crisis. *Journal of Community Health*, 42(3), 564–572.
- Wong, S. Y. S., Chung, R. Y. N., Chan, D., Chung, G. K. K., Li, J., Mak, D., Lau, M., Tang, V., Gordon, D., & Wong, H. (2018). What are the financial barriers to medical care among the poor, the sick, and the disabled in the Special Administrative Region of China? *PLoS ONE*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205794>
- World Bank. (2019). *Basic Health Services*. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/basic-health-services>
- World Bank. (2021). *Poverty Overview*. <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>
- World Bank. (2023, May 9). *Indonesia Poverty Assessment: Pathways Towards Economic Security*. THE WORLD BANK. <https://www.worldbank.org/en/country/indonesia/publication/indonesia-poverty-assessment>
- World Health Organization. (2019). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/WHO-HIS-SDS-2019.8-eng.pdf>
- Wulandari, D., Windyastuti, H., & Rahayu, S. (2019). Analysis of the accessibility of health centers in poor areas in the East Java district. *Kesmas: National Public Health Journal*, 13(3), 169–178.