

Akses Pelayanan Kesehatan yang Berkeadilan: Analisis Equity dalam Sistem Kesehatan

Rika Media Elona¹, Vidia Putri Maharani², Telpa Abdi³, Budi Hartono⁴

Universitas Hang Tuah Pekanbaru, Indonesia

rikataniadekaputri@gmail.com¹, vidiapm95@gmail.com²

Kata Kunci:

Akses pelayanan kesehatan, Equity kesehatan, Ketimpangan kesehatan, Sistem kesehatan, Pelayanan kesehatan berkeadilan

Abstrak

Ketidaktercapaian akses terhadap pelayanan kesehatan hingga saat ini masih menjadi persoalan mendasar dalam upaya membangun sistem kesehatan yang berkeadilan, terutama di negara berpenghasilan menengah seperti Indonesia. Walaupun implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional telah meningkatkan perlindungan finansial bagi masyarakat, realitas di lapangan menunjukkan bahwa berbagai kendala non-finansial dan faktor struktural tetap membentuk pengalaman akses layanan kesehatan secara tidak setara pada kelompok masyarakat tertentu. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji tingkat serta faktor-faktor yang memengaruhi *equity* dalam akses pelayanan kesehatan dengan menyoroti dimensi ketersediaan layanan, akses fisik, keterjangkauan, mutu, kesinambungan pelayanan, dan penerimaan layanan oleh masyarakat. Penelitian dilakukan menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus eksploratif. Data diperoleh melalui wawancara mendalam, penelusuran dokumen, dan observasi terbatas terhadap 23 informan yang mencakup pengelola fasilitas kesehatan, pembuat kebijakan di tingkat daerah, serta pengguna layanan dari beragam latar belakang sosial ekonomi. Data dianalisis menggunakan *thematic analysis* dengan pendekatan induktif. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan masih berlangsung secara nyata, terutama berkaitan dengan hambatan geografis, variasi kualitas layanan, dan beban keterjangkauan non-finansial, khususnya pada masyarakat di wilayah terpencil dan kelompok rentan. Temuan ini menunjukkan bahwa perluasan jaminan kesehatan belum secara otomatis memastikan tercapainya *equity* dalam akses pelayanan. Studi ini merekomendasikan strategi percepatan pemerataan melalui transformasi layanan primer, redistribusi tenaga kesehatan, dan digitalisasi layanan kesehatan sebagai langkah krusial dalam menyongsong visi Indonesia Emas 2045. Secara keseluruhan, penelitian ini memperkaya pemahaman teoretis.

Abstract

Inequitable access to health services remains a fundamental challenge in efforts to build an equitable health system, particularly in middle-income countries such as Indonesia. Although the implementation of the national health insurance policy has enhanced financial protection for the population, empirical realities indicate that various non-financial barriers and structural factors continue to shape unequal experiences in accessing health services among certain population groups. This study aims to examine the level of and factors influencing equity in access to health care by highlighting dimensions of service availability, physical accessibility, affordability, quality, continuity of care, and acceptability of services by the community. The study employed a qualitative approach using an exploratory case study design. Data were collected through in-depth interviews, document review, and limited observation involving 23 informants, including health facility managers, local-level policymakers, and service users from diverse socioeconomic backgrounds. Data were analyzed using inductive thematic analysis. The findings reveal that inequities in access to health services persist significantly, particularly related to geographic barriers, variations in service quality, and non-financial affordability burdens, especially among populations in remote areas and vulnerable groups. These findings indicate that the expansion of health insurance coverage does not automatically ensure the achievement of equity in access to health services. This study recommends accelerating equity-oriented strategies through primary health care transformation, redistribution of health personnel, and the digitalization of health services as critical steps toward realizing the vision of Indonesia Emas 2045. Overall, this research contributes to a deeper theoretical understanding of equity in health service access.

Key Word:

Access to health care services, Health equity, Health inequalities, Health system, Equitable health care services

PENDAHULUAN

Ketimpangan dalam akses terhadap pelayanan kesehatan masih menjadi isu krusial yang berpotensi menghambat pencapaian target kesehatan baik di tingkat global maupun nasional. Berbagai kelompok

masyarakat hingga kini belum memperoleh layanan kesehatan esensial secara adil, yang dipengaruhi oleh hambatan geografis, kondisi ekonomi, serta faktor sosial. Secara global, World Health Organization (WHO) mendefinisikan equity sebagai ketiadaan perbedaan kesehatan yang tidak adil dan sebenarnya dapat dicegah. Namun demikian, temuan-temuan mutakhir mengindikasikan bahwa pandemi COVID-19 justru memperlebar kesenjangan tersebut, ditandai dengan menurunnya akses layanan dan memburuknya luaran kesehatan, terutama pada kelompok masyarakat yang berada dalam posisi rentan, baik pada layanan primer maupun spesialis. Ketimpangan ini terkonfirmasi oleh data sekunder nasional yang menunjukkan disparitas tajam antarwilayah. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) dan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2023, rasio dokter per 1.000 penduduk di Indonesia baru mencapai kisaran 0,47, angka yang masih di bawah standar WHO (1:1.000). Distribusi tenaga medis ini pun sangat timpang secara geografis; Pulau Jawa mendominasi ketersediaan dokter hingga lebih dari 60%, sementara wilayah Indonesia Timur seperti Papua dan Maluku menghadapi kekosongan tenaga medis yang signifikan di tingkat Puskesmas. Di sisi ekonomi, beban biaya kesehatan *Out-of-Pocket* (OOP) masih menjadi tantangan bagi masyarakat miskin yang menghadapi hambatan non-finansial seperti biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan rujukan yang jauh dari tempat tinggal mereka. Dalam konteks Indonesia, berbagai laporan dan kajian analitis juga mengungkap masih adanya ketimpangan yang nyata dalam kesiapan fasilitas kesehatan, pemerataan tenaga kesehatan, serta kemudahan akses layanan antara wilayah perkotaan dan perdesaan. Kondisi ini mempertegas pentingnya dilakukan kajian empiris yang mendalam mengenai akses pelayanan kesehatan yang berkeadilan sebagai bagian dari upaya penguatan sistem kesehatan nasional.

Walaupun kajian mengenai *health equity* menunjukkan perkembangan yang cukup signifikan, masih terdapat kesenjangan penelitian yang substansial, khususnya terkait cara pengukuran akses pelayanan kesehatan meliputi aspek ketersediaan, keterjangkauan, keterterimaan, kualitas, dan kontinuitas dioperasionalkan serta dianalisis secara komparatif pada negara berpenghasilan menengah seperti Indonesia. Selain itu, hubungan empiris antara indikator-indikator akses tersebut dengan *social determinants of health* belum banyak dikaji secara mendalam. Sejumlah penelitian menegaskan perlunya suatu kerangka pengukuran nasional yang bersifat menyeluruh dan kontekstual (Barcellona et al., 2023), sementara kajian lain mengkritisi pendekatan pengukuran yang terlalu menitikberatkan pada cakupan finansial atau Universal Health Coverage (UHC) tanpa mempertimbangkan secara memadai pemerataan kualitas layanan yang diterima masyarakat (Gómez, 2021; NCQA, 2023). Dalam konteks Indonesia, studi yang secara sistematis mengkaji keterkaitan antara kesiapan fasilitas kesehatan, mekanisme pembiayaan, dan kesenjangan akses pelayanan pasca perluasan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) masih relatif terbatas (Asante et al., 2023). Keterbatasan ini menimbulkan kekosongan pengetahuan yang menjadi dasar dan fokus utama penelitian ini. Penelitian ini secara khusus diarahkan untuk mengkaji tingkat serta faktor-faktor penentu *equity* dalam akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Fokus utamanya meliputi upaya penyusunan dan penerapan kerangka pengukuran yang bersifat multidimensional dan terukur, mencakup ketersediaan layanan, akses fisik, keterjangkauan finansial, kualitas, serta kontinuitas pelayanan. Selain itu, studi ini bertujuan menelaah keterkaitan antara berbagai indikator akses tersebut dengan determinan sosial ekonomi dan kondisi geografis masyarakat, sekaligus menilai implikasi kebijakan yang relevan bagi perumusan strategi penguatan sistem kesehatan dalam rangka menekan kesenjangan akses. Seluruh tujuan tersebut dirumuskan dalam desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus eksploratif, yang menggabungkan pemanfaatan data sekunder pada tingkat fasilitas kesehatan dan rumah tangga dengan wawancara terhadap informan kunci. Pendekatan ini dipilih untuk menangkap dinamika dan faktor struktural yang kerap tidak teridentifikasi melalui survei kuantitatif semata.

METODE

Penelitian ini menerapkan pendekatan kualitatif dengan rancangan studi kasus eksploratif, yang bertujuan untuk menggali secara komprehensif dinamika akses pelayanan kesehatan yang berkeadilan (*health equity*) dalam kerangka sistem kesehatan. Fokus kajian diarahkan pada pemahaman bagaimana kebijakan yang berlaku, praktik penyelenggaraan layanan, serta kondisi sosial yang melingkupi masyarakat saling berinteraksi dan membentuk pengalaman akses pelayanan kesehatan pada kelompok-kelompok dengan latar belakang yang beragam. Pemilihan pendekatan kualitatif didasarkan pada karakteristik konsep *equity* yang bersifat kompleks dan multidimensional, sehingga tidak dapat direduksi semata-mata ke dalam ukuran numerik. Oleh karena itu, diperlukan penelusuran yang lebih mendalam terhadap makna, persepsi, serta proses sosial yang melatarbelakangi terjadinya ketimpangan dalam akses pelayanan kesehatan (Creswell & Poth, 2021; World Health Organization [WHO], 2022).

Populasi dalam penelitian ini mencakup berbagai pemangku kepentingan yang berperan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kelompok

tersebut meliputi pengelola fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan, pembuat kebijakan di tingkat daerah, serta pengguna layanan yang berasal dari latar belakang sosial ekonomi yang beragam. Pemilihan partisipan dilakukan dengan teknik *non-probability sampling* melalui pendekatan *purposive sampling*, dengan menekankan pada kriteria informan yang memiliki pengetahuan, pengalaman, serta keterlibatan substantif dalam isu akses dan *equity* pelayanan kesehatan. Jumlah partisipan ditentukan sebanyak 20–25 informan, dengan mempertimbangkan prinsip *data saturation*.

Penentuan jumlah partisipan dalam penelitian ini didasarkan pada prinsip *data saturation*, di mana pengumpulan data dihentikan ketika tidak lagi ditemukan informasi baru yang signifikan dari para informan. Berdasarkan prinsip tersebut, penelitian ini melibatkan total 23 informan yang dikelompokkan ke dalam tiga kategori utama untuk mendapatkan perspektif yang komprehensif.

Pertama, kelompok pengelola fasilitas pelayanan kesehatan yang mencakup pimpinan atau manajer, baik pada tingkat pelayanan kesehatan pertama maupun rujukan. Keterlibatan mereka bertujuan untuk menggali aspek operasional, ketersediaan tenaga, serta kendala teknis dalam penyelenggaraan layanan yang setara.

Kedua, kelompok pembuat kebijakan di tingkat daerah yang memiliki wewenang dalam regulasi dan perencanaan kesehatan masyarakat. Peran mereka sangat krusial untuk memahami bagaimana kebijakan kesehatan diimplementasikan dan bagaimana alokasi sumber daya disusun guna mengatasi ketimpangan akses di wilayah tersebut.

Ketiga, kelompok pengguna layanan yang dipilih dari beragam latar belakang sosial ekonomi. Kelompok ini memberikan gambaran nyata mengenai pengalaman akses langsung, hambatan fisik, hingga beban biaya tidak langsung yang mereka rasakan saat berinteraksi dengan sistem kesehatan. Melalui komposisi informan yang heterogen ini, penelitian dapat menangkap dinamika *equity* dari sisi penyedia layanan, regulator, maupun penerima manfaat secara utuh. yaitu kondisi ketika proses pengumpulan data tidak lagi menghasilkan informasi baru yang bermakna.

Wawancara mendalam dengan durasi rata-rata 45–60 menit per informan, telaah dokumen, serta observasi terbatas di lapangan. Instrumen utama yang digunakan berupa pedoman wawancara semi-terstruktur yang dikembangkan dengan merujuk pada kerangka konseptual *equity* dalam akses pelayanan kesehatan yang dirumuskan oleh WHO dan didukung oleh temuan literatur mutakhir. Kerangka tersebut mencakup sejumlah dimensi utama, antara lain ketersediaan layanan, keterjangkauan, akses fisik, kualitas pelayanan, dan tingkat penerimaan layanan oleh masyarakat. Sejumlah pertanyaan dalam pedoman wawancara diadaptasi dari instrumen dan indikator yang telah digunakan pada studi sebelumnya terkait *health equity* dan *universal health coverage* (Barcellona et al., 2023; WHO, 2021). Untuk memastikan kredibilitas dan keandalan data, penelitian ini menerapkan uji validitas isi (*content validity*) melalui penilaian para ahli (*expert judgment*), serta melakukan triangulasi baik dari sisi sumber maupun metode pengumpulan data. Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui *thematic analysis* dengan pendekatan induktif, yang memberikan ruang bagi peneliti untuk menelusuri dan merumuskan pola, tema, serta keterkaitan antar konsep yang berkembang secara alami dari data yang terkumpul. Proses analisis diawali dengan tahap familiarisasi terhadap data, dilanjutkan dengan pengodean awal, perumusan tema-tema utama, penelaahan dan penamaan tema, hingga tahap penafsiran hasil temuan dengan merujuk pada kerangka teori *equity* dan determinan sosial kesehatan (Braun & Clarke, 2021). Untuk memfasilitasi proses tersebut, digunakan perangkat lunak NVivo versi terbaru sebagai alat bantu dalam pengelolaan data kualitatif, proses pengodean, serta visualisasi hubungan antar tema yang diidentifikasi.

Secara umum, rancangan metodologis ini disusun untuk memastikan diperolehnya temuan penelitian yang memiliki tingkat validitas dan kredibilitas yang memadai, serta relevan dengan konteks kajian *equity* dalam akses pelayanan kesehatan. Melalui penerapan pendekatan kualitatif yang mendalam dan analisis tematik yang dilakukan secara sistematis, penelitian ini diharapkan mampu memberikan pemahaman yang utuh mengenai mekanisme terjadinya ketimpangan akses pelayanan kesehatan, sekaligus menawarkan implikasi strategis bagi penguatan kebijakan dan praktik pelayanan kesehatan yang lebih adil dan berkeadilan.

Penelitian ini telah memperhatikan prinsip etika penelitian, termasuk pemberian informed consent kepada seluruh informan, menjaga kerahasiaan identitas, serta penggunaan data semata-mata untuk kepentingan akademik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Studi ini mengungkap sejumlah temuan kunci yang menggambarkan bagaimana konsep *equity* dalam akses pelayanan kesehatan dipahami dan dialami oleh para pemangku kepentingan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 23 informan yang terdiri atas pengelola fasilitas kesehatan, pengambil

kebijakan di tingkat daerah, serta pengguna layanan, teridentifikasi bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan masih berlangsung secara nyata. Ketimpangan tersebut paling menonjol pada aspek akses geografis, mutu layanan, serta keterjangkauan non-finansial. Masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil dan berasal dari kelompok sosial ekonomi rendah menghadapi berbagai hambatan, seperti jarak tempuh yang jauh menuju fasilitas kesehatan, keterbatasan jumlah tenaga kesehatan, lamanya waktu tunggu pelayanan, serta pengalaman perlakuan yang dinilai kurang setara dibandingkan kelompok lainnya. Kondisi ini mengindikasikan bahwa perluasan cakupan jaminan kesehatan belum sepenuhnya diikuti oleh peningkatan kemudahan dan kualitas akses layanan yang dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat.

Sebagaimana diungkapkan salah satu informan, akses ke fasilitas kesehatan masih sulit karena jarak dan transportasi yang terbatas temuan penelitian dapat diklasifikasikan ke dalam lima tema utama yang selaras dengan kerangka equity dari WHO, yakni: (1) ketersediaan pelayanan kesehatan, (2) akses fisik dan geografis, (3) keterjangkauan baik dari sisi finansial maupun non-finansial, (4) kualitas serta kesinambungan layanan, dan (5) penerimaan layanan serta pengalaman pasien. Pengelompokan ini memberikan gambaran yang lebih sistematis mengenai dimensi-dimensi utama yang memengaruhi tercapainya akses pelayanan kesehatan yang berkeadilan.

Tabel 1. Ikhtisar Temuan Pokok Penelitian

Dimensi Equity	Temuan Utama
Ketersediaan layanan	Penyebaran tenaga kesehatan dan sarana pelayanan masih belum seimbang antarwilayah
Akses fisik	Kendala jarak tempuh dan ketersediaan transportasi menjadi masalah utama di daerah pinggiran
Keterjangkauan	Beban biaya tidak langsung, seperti transportasi dan waktu yang hilang, masih dirasakan signifikan oleh masyarakat
Kualitas layanan	Variasi mutu pelayanan antar fasilitas kesehatan masih tampak jelas
Penerimaan layanan	Kelompok masyarakat rentan tertentu melaporkan pengalaman perlakuan yang bersifat diskriminatif

Secara keseluruhan, temuan tersebut menunjukkan secara objektif bahwa ketimpangan dalam akses pelayanan kesehatan tidak semata-mata dipengaruhi oleh faktor ekonomi, melainkan juga berkaitan erat dengan persoalan struktural serta kinerja sistem pelayanan kesehatan itu sendiri.

Temuan dalam penelitian ini semakin menegaskan relevansi teori *social determinants of health* yang menyatakan bahwa faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan memiliki pengaruh signifikan terhadap tingkat akses serta capaian kesehatan individu (WHO, 2022). Kendati kebijakan jaminan kesehatan nasional telah berhasil memperluas perlindungan dari sisi finansial, hasil penelitian menunjukkan bahwa terwujudnya equity tidak terjadi secara otomatis apabila tidak disertai dengan distribusi sumber daya yang lebih merata dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Sejalan dengan hal tersebut, Barcellona et al. (2023) menekankan bahwa penilaian terhadap equity tidak dapat dibatasi pada indikator cakupan semata, melainkan perlu mencakup aspek kualitas layanan serta pengalaman yang dirasakan oleh pengguna layanan kesehatan.

Apabila dibandingkan dengan kajian-kajian terdahulu, temuan penelitian ini sejalan dengan hasil studi Asante et al. (2023) yang menunjukkan bahwa Indonesia telah mencatat kemajuan dalam aspek pembiayaan kesehatan, namun masih dihadapkan pada persoalan pemerataan manfaat pelayanan. Perbedaannya terletak pada fokus penelitian ini yang menyajikan pemahaman kualitatif secara lebih mendalam mengenai pengalaman pengguna layanan serta proses terjadinya ketimpangan pada tahap implementasi kebijakan, aspek yang kerap luput dari analisis kuantitatif berskala nasional. Oleh karena itu, penelitian ini berkontribusi melengkapi literatur yang ada dengan menghadirkan bukti empiris yang bersifat kontekstual dan merefleksikan perspektif para pelaku di lapangan.

Dominannya peran biaya tidak langsung serta kendala geografis dalam temuan penelitian ini mengindikasikan bahwa pendekatan kebijakan yang berfokus pada pembiayaan semata belum memadai untuk mengatasi ketimpangan akses pelayanan kesehatan. Sejumlah faktor yang mendukung terwujudnya equity antara lain terlihat dari adanya komitmen pimpinan fasilitas kesehatan, penerapan inovasi layanan seperti pelayanan keliling, serta terbangunnya kerja sama lintas sektor. Sebaliknya, upaya pencapaian akses yang berkeadilan masih terhambat oleh keterbatasan kapasitas anggaran di tingkat daerah, ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan, dan belum optimalnya sistem pemantauan equity. Selain itu, beberapa hasil penelitian ini tidak sepenuhnya sejalan dengan asumsi awal bahwa keberadaan jaminan kesehatan telah menghilangkan hambatan utama akses layanan, sehingga menegaskan perlunya perumusan kebijakan yang lebih menyeluruh dan disesuaikan dengan konteks lokal.

Temuan ini menegaskan perlunya kebijakan kesehatan yang tidak hanya berorientasi pada pembiayaan, tetapi juga pada perencanaan layanan berbasis wilayah dan kebutuhan lokal

Ditinjau dari kontribusi akademik, penelitian ini menegaskan urgensi penggunaan pendekatan multidimensional dalam mengkaji equity, sekaligus memperluas pemahaman mengenai proses terbentuknya ketimpangan akses dalam praktik pelayanan kesehatan sehari-hari. Dari aspek praktis, temuan penelitian ini dapat menjadi landasan bagi para pembuat kebijakan untuk mengarahkan intervensi berbasis kebutuhan wilayah, memperkuat pelayanan kesehatan tingkat primer di daerah tertinggal, serta memasukkan indikator equity sebagai bagian dari evaluasi kinerja sistem kesehatan. Namun demikian, penelitian ini memiliki keterbatasan, terutama pada lingkup lokasi yang relatif terbatas serta karakteristik data kualitatif yang tidak ditujukan untuk generalisasi secara statistik. Dengan mempertimbangkan hal tersebut, penelitian selanjutnya disarankan untuk mengadopsi desain *mixed methods* atau melakukan studi komparatif lintas wilayah guna memperkuat basis evidensi dan memperluas relevansi implikasi kebijakan.

Implikasi Strategis Menuju Indonesia Emas 2045

Temuan studi ini memberikan sinyal peringatan bagi pencapaian visi Indonesia Emas 2045, khususnya pilar Pembangunan Manusia dan Penguasaan IPTEK. Untuk memastikan *equity* tercapai sebelum 2045, pemerintah perlu mempercepat implementasi Enam Pilar Transformasi Sistem Kesehatan yang diusung Kementerian Kesehatan, khususnya pada transformasi layanan primer dan SDM kesehatan.

Strategi yang harus diprioritaskan meliputi: Redistribusi Tenaga Kesehatan Berbasis Insentif: Pemerintah perlu mereformasi sistem insentif dan beasiswa pendidikan dokter spesialis (seperti *Academic Health System*) yang mewajibkan pengabdian di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) untuk mengatasi disparitas rasio dokter (1). Digitalisasi Layanan Kesehatan: Pemanfaatan *telemedicine* dan rekam medis elektronik (SATUSEHAT) harus diperluas untuk menembus hambatan geografis yang ditemukan dalam studi ini, sehingga masyarakat di wilayah terpencil tetap mendapatkan akses konsultasi medis berkualitas (2). Penguatan Jejaring Pengampu (Sister Hospital): Rumah sakit vertikal di kota besar harus secara aktif mengampu RSUD di daerah untuk standarisasi mutu layanan, sehingga persepsi ketimpangan kualitas—seperti yang dikeluhkan informan dapat diminimalisir.

Dari aspek praktis, temuan penelitian ini mendesak para pembuat kebijakan untuk tidak hanya berfokus pada cakupan kepesertaan (UHC), tetapi juga pada pemerataan mutu dan infrastruktur. Strategi konkret menuju Indonesia Emas 2045 harus difokuskan pada intervensi afirmatif bagi wilayah DTPK, penguatan teknologi kesehatan digital, dan integrasi sistem rujukan yang responsif terhadap hambatan geografis masyarakat.

KESIMPULAN

Studi ini menyimpulkan bahwa equity dalam akses pelayanan kesehatan belum sepenuhnya terwujud meskipun cakupan jaminan kesehatan nasional telah meluas, karena ketimpangan akses masih terjadi secara nyata dan multidimensional, terutama pada aspek ketersediaan layanan, akses geografis, keterjangkauan non-finansial, kualitas pelayanan, serta penerimaan layanan oleh pasien. Hambatan yang dialami masyarakat di wilayah terpencil dan kelompok sosial ekonomi rendah menunjukkan bahwa masalah akses tidak hanya dipengaruhi faktor ekonomi, tetapi juga berkaitan erat dengan persoalan struktural dan kinerja sistem kesehatan. Oleh karena itu, pencapaian akses pelayanan kesehatan yang berkeadilan memerlukan kebijakan yang melampaui fokus pembiayaan semata, dengan menekankan pemerataan distribusi sumber daya, perencanaan layanan berbasis wilayah dan kebutuhan lokal, peningkatan mutu pelayanan, serta integrasi indikator equity dalam evaluasi kinerja sistem kesehatan sebagai bagian dari upaya menuju Indonesia Emas 2045.

DAFTAR REFERENSI

- Asante, A., Alimuddin, Z., Karan, A., & McIntyre, D. (2023). The benefits and burden of health financing in Indonesia: Equity and policy implications. *The Lancet Global Health*, 11(3), e354–e362. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00064-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00064-5)
- Barcellona, C., Schmidt, H., Daniels, N., & Ruger, J. P. (2023). Measuring health equity in the ASEAN region: Framework and indicators. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02059-2>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2021). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Gómez, C. A. (2021). Addressing health equity and social determinants of health: Measurement and policy challenges. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(Suppl 1), S8–S11. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001328>

- National Committee for Quality Assurance. (2023). *Measuring health equity: Considerations for selecting a benchmark*. NCQA. https://www.ncqa.org/wp-content/uploads/2023/09/SHVS_Health-Equity-Measurement-Considerations-for-Selecting-a-Benchmark.pdf
- World Health Organization. (2021). *Universal health coverage and health equity*. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>
- World Health Organization. (2022). *Health equity: Technical brief*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEQ-22.1>