



Artikel Penelitian

ANALISIS KENDALA AKSES LAYANAN KESEHATAN PADA MASYARAKAT SEBAGAI DASAR PERUMUSAN KEBIJAKAN PELAYANAN

ANALYSIS OF CONSTRAINTS TO ACCESS TO HEALTH SERVICES IN THE COMMUNITY AS A BASIS FOR FORMULATING SERVICE POLICIES

Marlina Elfa Lubis,^{a*} Zaim Anshari,^a

^a Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Sehati, Medan, 20219, Indonesia

^b Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Sumatera Utara, Jl. STM No. 77, Medan, 20219, Indonesia

Histori Artikel

Diterima:
15 Juni 2026

Revisi:
08 Juli 2026

Terbit:
10 Juli 2026

Kata Kunci

Akses Layanan
Kesehatan,
Kebijakan
Kesehatan, JKN,
Literasi Kesehatan,
Transportasi
Kesehatan

Keywords

Healthcare Access,
Healthcare Policy,
JKN, Health
Literacy,
Transportation
Barriers

*Korespondensi

Marlina Elfa Lubis,
STIKES Mitra
Sehati, Email:
marlinaelfalubis81
@gmail.com

ABSTRAK

Akses terhadap layanan kesehatan masih menjadi tantangan utama dalam mewujudkan pemerataan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia meskipun Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diterapkan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kendala akses layanan kesehatan yang dialami masyarakat sebagai dasar perumusan kebijakan pelayanan kesehatan yang responsif. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif. Informan penelitian berjumlah enam orang yang dipilih secara purposive, yaitu masyarakat peserta JKN yang pernah mengakses layanan kesehatan. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam menggunakan pedoman semi-terstruktur dan dianalisis melalui tahapan reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan. Keabsahan data dijamin melalui triangulasi sumber. Hasil penelitian menunjukkan adanya empat kendala utama dalam akses layanan kesehatan, yaitu kendala geografis, ekonomi, administratif, dan literasi kesehatan. Berbagai kendala tersebut saling berkaitan dan memperkuat ketimpangan akses layanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan kebijakan yang kontekstual dan berbasis kebutuhan masyarakat melalui peningkatan infrastruktur transportasi, penyederhanaan prosedur pelayanan, penguatan edukasi kesehatan berbasis komunitas, serta perhatian khusus terhadap kelompok rentan. Upaya tersebut penting untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih adil, merata, dan mudah diakses oleh seluruh masyarakat.

ABSTRACT

Access to healthcare services remains a major challenge in achieving equitable health outcomes in Indonesia, despite the implementation of the National Health Insurance (JKN) program. This study aimed to analyze the barriers to healthcare access experienced by communities as a basis for formulating responsive healthcare service policies. A qualitative descriptive approach was employed, involving six informants selected purposively from JKN participants who had experience accessing healthcare services. Data were collected through in-depth semi-structured interviews and analyzed using data reduction, data display, and conclusion-drawing techniques. Source triangulation was applied to ensure data validity. The findings revealed four major barriers to healthcare access: geographical, economic, administrative, and health literacy barriers. These interconnected barriers contribute to persistent inequalities in healthcare access. The study concludes that healthcare policies should be context-specific and evidence-based, focusing on improving transportation infrastructure, simplifying administrative procedures, strengthening community-based health education, and providing greater support for vulnerable populations. Such efforts are essential to promote equitable and accessible healthcare services for all communities.

DOI: <https://doi.org/10.30743/stm.v9i2.1349>



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

PENDAHULUAN

Kesehatan pada dasarnya adalah hak setiap orang dan menjadi kunci utama agar masyarakat bisa hidup sejahtera dan produktif.¹ Sebagai bentuk tanggung jawab, negara memiliki tugas untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang merata dan mudah diakses oleh semua warganya. Di Indonesia, pemerintah sudah mengambil langkah besar melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan harapan masyarakat tidak lagi terbebani oleh biaya pengobatan.^{2,3} Namun, kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa ketersediaan asuransi pembiayaan saja belum cukup untuk membuat masyarakat benar-benar mudah mendapatkan pelayanan medis.⁴

Masalah ketimpangan akses layanan kesehatan ini sebenarnya dipengaruhi oleh banyak hal. Dari segi wilayah, fasilitas kesehatan tingkat lanjut dan tenaga medis yang memadai masih banyak terpusat di kawasan perkotaan. Akibatnya, masyarakat yang tinggal di daerah pelosok atau wilayah 3T (tertinggal, terdepan, terluar) masih sering kesulitan saat butuh perawatan.⁵ Pemerintah memang sudah mencoba memberikan solusi melalui layanan kesehatan online (*telemedicine*) agar jangkauannya lebih luas. Sayangnya, inovasi ini juga menghadapi kendala baru di lapangan, seperti koneksi internet yang tidak merata dan masih banyaknya masyarakat serta tenaga kesehatan yang belum terbiasa menggunakan teknologi tersebut.^{6,7}

Selain masalah jarak dan infrastruktur, urusan biaya tak terduga dan kerumitan administrasi juga sering bikin masyarakat repetitif dalam mengakses fasilitas pengobatan.

Walaupun biaya perawatannya sendiri sudah ditanggung oleh JKN, ongkos transportasi menuju rumah sakit rujukan seringkali terasa memberatkan, terutama bagi warga menengah ke bawah. Belum lagi, alur birokrasi rujukan yang kadang dirasa berbelit-belit dan antrean panjang di puskesmas maupun rumah sakit membuat warga yang sedang sakit makin merasa kelelahan⁸.

Pengalaman-pengalaman kurang nyaman di lapangan inilah yang akhirnya membuat sebagian orang memilih menunda pengobatan sampai kondisinya benar-benar parah. Di sisi lain, kita juga tidak bisa mengabaikan faktor pemahaman atau literasi kesehatan di tengah masyarakat. Masih banyak warga yang kebingungan memahami prosedur pelayanan atau tidak tahu pasti hak-hak apa saja yang sebenarnya mereka miliki. Bahkan, ada kalanya masyarakat lebih memilih pengobatan alternatif atau tradisional karena pendekatannya dirasa lebih ramah dan tidak kaku dibandingkan harus berhadapan dengan petugas medis di fasilitas formal.⁹ Jika jarak pemahaman dan budaya ini tidak dijembatani, sebaik apa pun kebijakan yang dibuat di atas kertas, pelaksanaannya pasti akan tersendat.

Berbagai hambatan tersebut mulai dari urusan lokasi, ekonomi, hingga pemahaman warga membuat kesenjangan layanan kesehatan makin terasa. Oleh karena itu, kebijakan layanan kesehatan tidak bisa hanya menggunakan kebijakan "satu solusi untuk semua daerah". Kebijakan yang baik harus benar-benar melihat masalah nyata yang dikeluhkan oleh masyarakat¹. Memetakan kendala secara langsung dari sudut pandang warga sangatlah

penting, sehingga fokusnya tidak sekadar membangun fisik puskesmas atau rumah sakit baru, melainkan memastikan layanannya benar-benar bisa diakses dan dirasakan manfaatnya.

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis berbagai kendala akses layanan kesehatan yang dialami masyarakat, mencakup aspek geografis, ekonomi, administratif, dan literasi kesehatan. Selain itu, penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan gambaran komprehensif mengenai hambatan-hambatan yang saling berkaitan tersebut sebagai dasar yang kuat dalam perumusan kebijakan pelayanan kesehatan yang lebih responsif, kontekstual, dan berkeadilan. Dengan memahami kendala dari perspektif langsung masyarakat, hasil penelitian ini diharapkan mampu mendorong lahirnya kebijakan yang tidak hanya berfokus pada penyediaan fasilitas kesehatan, tetapi juga pada upaya mengatasi hambatan akses yang nyata di lapangan.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan pendekatan fenomenologis untuk menggali secara mendalam kendala akses layanan kesehatan yang dialami masyarakat.¹⁰ Data dikumpulkan melalui teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan menggunakan pedoman wawancara semi-terstruktur kepada informan yang dipilih secara *purposive* berdasarkan kriteria tertentu, yaitu masyarakat yang pernah mengakses layanan kesehatan dan merupakan peserta Jaminan

Kesehatan Nasional (JKN). Jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak enam orang.

Wawancara dilakukan untuk memperoleh informasi terkait berbagai kendala yang dihadapi, meliputi aspek geografis, ekonomi, administratif, dan literasi kesehatan. Data yang diperoleh kemudian dianalisis secara kualitatif melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan untuk menemukan tema-tema utama yang relevan.¹¹ Untuk menjamin keabsahan data, digunakan teknik triangulasi sumber dengan membandingkan informasi antar informan sehingga diperoleh data yang lebih akurat dan dapat dipercaya. Penelitian ini menerapkan prinsip-prinsip etika dalam pengumpulan data. Informan terlebih dahulu diberi penjelasan tentang tujuan, manfaat serta dampak yang mungkin dialami oleh informan. Setelah itu bila informan setuju, maka informan diminta persetujuannya untuk mengikuti penelitian dengan menandatangani *informed consent*.

Tahap 1: Perencanaan dan Persiapan Awal (Pra-Lapangan)

- Menentukan dan menetapkan pendekatan penelitian, yaitu kualitatif dengan desain fenomenologis (bertujuan menggali makna dan pengalaman subjektif informan).
- Melakukan studi pendahuluan (secara teoritis/empiris) untuk mengidentifikasi empat aspek kendala yang akan diteliti: geografis, ekonomi, administratif, dan literasi kesehatan.
- Menyusun pedoman wawancara semi-terstruktur (daftar pertanyaan pokok yang

fleksibel dikembangkan saat wawancara berlangsung).

- Menetapkan kriteria inklusi informan secara *purposive*, yaitu: (a) masyarakat yang pernah mengakses layanan kesehatan, dan (b) terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Tahap 2: Penentuan dan Rekrutmen Informan

- Melakukan penjangkaran calon informan yang memenuhi kriteria *purposive* yang telah ditetapkan.
- Memilih dan menetapkan sebanyak 6 (enam) orang informan sebagai subjek penelitian (jumlah ini disesuaikan dengan prinsip saturasi data dalam penelitian kualitatif).
- Menghubungi calon informan untuk menyampaikan maksud penelitian secara awal.

Tahap 3: Pelaksanaan Prosedur Etik (*Informed Consent*)

- Memberikan penjelasan secara lisan dan tertulis kepada setiap calon informan mengenai:
 - Tujuan penelitian (menggali kendala akses layanan kesehatan).
 - Manfaat yang akan diperoleh (baik bagi informan maupun pengembangan ilmu).
 - Dampak atau risiko yang mungkin dialami selama atau setelah wawancara (misalnya ketidaknyamanan psikologis).
- Memberikan kesempatan kepada informan untuk bertanya atau menyatakan keberatan.
- Meminta kesediaan informan untuk berpartisipasi secara sukarela dengan menandatangani lembar *informed consent* sebagai bukti persetujuan etis.

Tahap 4: Pengumpulan Data di Lapangan (Pelaksanaan Wawancara)

- Menentukan waktu, tempat, dan durasi wawancara yang disepakati bersama informan.
- Melaksanakan wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan berpedoman pada instrumen semi-terstruktur.
- Saat wawancara berlangsung, peneliti menggali informasi secara mendalam terkait keempat aspek kendala (geografis, ekonomi, administratif, literasi kesehatan) sambil tetap membuka ruang bagi informan untuk bercerita secara lepas.
- Melakukan *probing* (pertanyaan lanjutan) untuk memperoleh data yang lebih kaya dan detail apabila ada jawaban yang masih dangkal atau ambigu.
- Merekam (dengan izin informan) dan/atau mencatat poin-poin penting selama sesi wawancara berlangsung untuk memudahkan proses transkripsi.

Tahap 5: Pengolahan dan Analisis Data (Pasca-Lapangan)

- Transkripsi data: mengubah rekaman wawancara menjadi teks tertulis secara verbatim (kata demi kata).
- Melakukan Reduksi Data: merangkum, memilih hal-hal pokok, memfokuskan pada data yang relevan dengan tema kendala, serta membuang data yang tidak diperlukan.
- Melakukan Penyajian Data (*Display*): menyusun data yang telah direduksi ke dalam bentuk narasi, matriks, atau tematik agar lebih terstruktur dan mudah dipahami.

- Melakukan Penarikan Kesimpulan: menginterpretasikan pola-pola yang muncul dari data, mencari hubungan antartema, dan merumuskan tema-tema utama yang menjawab pertanyaan penelitian mengenai kendala akses layanan kesehatan.

Tahap 6: Uji Keabsahan Data (Triangulasi)

- Melakukan triangulasi sumber dengan cara membandingkan informasi yang diperoleh dari keenam informan yang berbeda.
- Mengecek konsistensi, kesamaan, atau perbedaan jawaban antarinforman untuk memastikan bahwa data yang diperoleh benar-benar akurat, kredibel, dan tidak hanya berasal dari sudut pandang tunggal.

Tahap 7: Penarikan Kesimpulan Akhir dan Pelaporan

- Memverifikasi kembali kesimpulan sementara dengan data mentah dan catatan lapangan.

- Merumuskan temuan akhir secara komprehensif dalam bentuk laporan penelitian.
- Menyusun saran dan implikasi kebijakan berdasarkan tema-tema kendala yang telah ditemukan.

HASIL

Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini berjumlah enam orang yang dipilih secara purposive. Untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai latar belakang informan, data demografis mereka disajikan pada Tabel 1.

Berdasarkan Tabel 1, terlihat bahwa informan terdiri dari dua orang laki-laki dan empat orang perempuan dengan rentang usia 28 hingga 68 tahun. Sebagian besar informan (lima orang) berstatus sebagai penerima PBI APBN (Penerima Bantuan Iuran – Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara), yang menunjukkan bahwa mereka berasal dari kelompok ekonomi tidak mampu.

Tabel 1. Karakteristik Demografis Informan

Kode Informan	Inisial	Usia (Tahun)	Jenis Kelamin	Pekerjaan	Pendidikan Terakhir	Status Perkawinan	Domisili (Desa/Kecamatan)	Status Kepesertaan JKN
IN-01	S	42	Perempuan	Petani	SD	Menikah	Sumbermulyo, Kec. Jati	PBI APBN
IN-02	M	35	Laki-laki	Buruh Harian Lepas	SMP	Menikah	Sidomakmur, Kec. Jati	PBI APBN
IN-03	R	28	Laki-laki	Wiraswasta (Toko Kelontong)	SMA	Menikah	Sumbermulyo, Kec. Jati	Peserta Mandiri
IN-04	T	50	Perempuan	Ibu Rumah Tangga	SD	Menikah	Kedungrejo, Kec. Mlonggo	PBI APBN
IN-05	N	68	Perempuan	Pensiunan Petani	Tidak Sekolah	Janda	Sumbermulyo, Kec. Jati	PBI APBN
IN-06	A	45	Laki-laki	Petani	SMP	Menikah	Sidomakmur, Kec. Jati	PBI APBN

Sumber: Data Primer Penelitian, 2026

Pekerjaan informan didominasi oleh sektor pertanian dan buruh harian lepas, yang mencerminkan struktur mata pencaharian di wilayah pedesaan. Tingkat pendidikan informan bervariasi, mulai dari tidak sekolah hingga SMA, dengan mayoritas berpendidikan dasar (SD dan SMP). Domisili informan tersebar di tiga desa yang berada di dua kecamatan berbeda dengan karakteristik wilayah yang sebagian besar merupakan daerah pedesaan dengan akses infrastruktur yang terbatas. Keragaman karakteristik ini memberikan perspektif yang kaya mengenai berbagai kendala akses layanan kesehatan dari sudut pandang masyarakat dengan latar belakang sosial ekonomi yang berbeda.

Kendala Geografis dan Transportasi

Akses menuju fasilitas kesehatan merupakan salah satu faktor penting yang menentukan kemudahan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Kemudahan akses tidak hanya ditentukan oleh keberadaan fasilitas kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh jarak tempuh, kondisi jalan, serta ketersediaan sarana transportasi yang dapat digunakan oleh masyarakat. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada informan, masih ditemukan berbagai kendala yang berkaitan dengan aspek geografis dan transportasi. Informan 1 menjelaskan bahwa jarak antara tempat tinggalnya dengan puskesmas cukup jauh sehingga memerlukan waktu yang relatif lama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

“.....kalau saya berobat ke puskesmas lumayan jauh dek, sekitar setengah jam naik motor. Kalau hujan kadang jalan licin jadi agak susah pergi berobat.....” (Informan 1 masyarakat)

Berdasarkan pernyataan tersebut, dapat diketahui bahwa kondisi geografis masih menjadi hambatan bagi masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Jarak yang jauh menyebabkan masyarakat membutuhkan waktu lebih lama untuk mencapai fasilitas kesehatan. Kondisi tersebut semakin sulit ketika cuaca tidak mendukung sehingga dapat menghambat masyarakat untuk segera memperoleh pertolongan medis. Selain faktor jarak, ketersediaan kendaraan juga menjadi permasalahan yang dihadapi oleh masyarakat. Informan 2 menyampaikan bahwa dirinya tidak memiliki kendaraan pribadi sehingga harus bergantung pada anggota keluarga ketika ingin berobat.

“.....saya tidak punya kendaraan sendiri dek, jadi kalau mau berobat harus nunggu anak atau keluarga yang bisa ngantar. Kalau tidak ada yang ngantar ya kadang ditunda dulu.....”
(Informan 2 masyarakat)

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa keterbatasan sarana transportasi dapat menyebabkan masyarakat menunda pengobatan meskipun sedang mengalami gangguan kesehatan. Ketergantungan terhadap anggota keluarga untuk memperoleh transportasi berpotensi memperlambat masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Hal yang sama juga disampaikan oleh informan 3 yang mengeluhkan sulitnya memperoleh transportasi ketika membutuhkan pelayanan kesehatan pada malam hari.

“.....kalau malam hari agak susah cari kendaraan dek, apalagi kalau tiba-tiba sakit. Angkutan umum juga sudah tidak ada lagi malam-malam.....”
(Informan 3 masyarakat)

Menurut informan, keterbatasan transportasi pada malam hari menjadi hambatan yang cukup serius terutama ketika terjadi kondisi kesehatan yang membutuhkan penanganan segera. Tidak tersedianya transportasi umum pada waktu tertentu membuat masyarakat harus mencari alternatif lain yang terkadang membutuhkan biaya lebih besar. Informan 4 juga mengungkapkan bahwa meskipun fasilitas kesehatan tersedia, akses menuju lokasi masih belum sepenuhnya mudah karena kondisi jalan yang kurang baik.

“.....jalannya ada beberapa yang rusak dek, jadi kalau mau ke puskesmas harus pelan-pelan. Kalau musim hujan lebih susah lagi.....”
(Informan 4 masyarakat)

Kondisi infrastruktur jalan yang kurang memadai dapat mengurangi kemudahan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Jalan yang rusak berpotensi meningkatkan risiko kecelakaan serta memperpanjang waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan. Sementara itu, informan 5 menyampaikan bahwa kelompok lanjut usia mengalami kesulitan yang lebih besar dibandingkan kelompok usia produktif.

“.....saya sudah tua dek, jadi kalau pergi jauh ke puskesmas agak capek. Kadang harus ditemani keluarga.....”
(Informan 5 masyarakat)

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa kelompok rentan seperti lansia memerlukan perhatian khusus dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan. Kondisi fisik yang terbatas menyebabkan lansia membutuhkan bantuan orang lain untuk mencapai fasilitas kesehatan. Hal serupa juga diungkapkan oleh

informan 6 yang menyatakan bahwa kendala transportasi sering menyebabkan dirinya menunda kunjungan ke fasilitas kesehatan.

“.....kadang saya memilih menunggu dulu sampai ada kendaraan yang bisa dipakai. Kalau tidak ada ya terpaksa ditunda berobatnya.....” (Informan 6 masyarakat)

Berdasarkan hasil wawancara dengan keenam informan, dapat diketahui bahwa kendala geografis dan transportasi masih menjadi hambatan utama dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hambatan tersebut meliputi jarak fasilitas kesehatan yang relatif jauh, keterbatasan kendaraan pribadi, minimnya transportasi umum, kondisi jalan yang kurang memadai, serta keterbatasan fisik pada kelompok rentan seperti lansia. Kondisi ini menunjukkan perlunya kebijakan yang mampu meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat.

DISKUSI

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kendala geografis dan transportasi merupakan hambatan utama yang dialami masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Keenam informan secara konsisten menyampaikan bahwa jarak tempuh yang jauh, keterbatasan kendaraan pribadi, minimnya transportasi umum terutama pada malam hari serta kondisi infrastruktur jalan yang buruk menjadi faktor penghambat utama. Temuan ini sejalan dengan hasil kajian yang dilakukan oleh Alwi dalam *Window of Public Health Journal* yang menegaskan bahwa akses geografis, khususnya kondisi infrastruktur jalan dan ketersediaan transportasi menuju fasilitas kesehatan, sangat

menentukan tingkat pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat, terutama di daerah pedesaan dan terpencil.¹² Hambatan geografis yang tidak tertangani berpotensi menyebabkan keterlambatan penanganan medis yang berujung pada memburuknya kondisi kesehatan pasien.

Kondisi tersebut diperparah bagi kelompok rentan, khususnya lansia. Informan 5 mengungkapkan bahwa kondisi fisik yang terbatas membuatnya memerlukan pendampingan keluarga setiap kali hendak berobat. Perbedaan lokasi geografis secara signifikan memperburuk utilisasi layanan kesehatan, terutama bagi kelompok rentan yang memiliki keterbatasan mobilitas. Lebih lanjut, kajian tersebut menekankan bahwa ketimpangan infrastruktur dan keterbatasan distribusi tenaga kesehatan masih menjadi hambatan sistemik yang menghambat pencapaian kesetaraan akses di Indonesia.¹³ Oleh karena itu, pendekatan kebijakan yang berpihak pada kelompok rentan seperti lansia, perempuan, dan masyarakat miskin sangat diperlukan dalam perumusan kebijakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan.

Di samping hambatan geografis, kendala ekonomi dalam bentuk biaya tidak langsung juga turut memengaruhi keputusan masyarakat dalam mencari pengobatan. Meskipun biaya medis secara formal telah ditanggung oleh JKN, pengeluaran untuk transportasi menuju fasilitas rujukan seringkali memberatkan, khususnya bagi kelompok masyarakat berpenghasilan rendah.¹⁴ Situasi ini mendorong sebagian informan untuk menunda kunjungan ke fasilitas kesehatan hingga kondisinya semakin parah. Hal ini senada dengan temuan Siska dan Wantini

yang menyatakan bahwa biaya transportasi kesehatan bagi masyarakat di wilayah terpencil dapat mencapai dua hingga tiga kali lebih tinggi dibandingkan wilayah perkotaan, sehingga secara nyata menghambat akses ke layanan primer maupun rujukan.^{15,16} Temuan ini menegaskan bahwa pendekatan *Universal Health Coverage* (UHC) tidak cukup hanya dengan menjamin biaya klinis, melainkan harus turut mempertimbangkan biaya tidak langsung yang sering kali justru menjadi penghalang utama bagi masyarakat miskin.

Aspek administratif dan prosedural juga tidak dapat diabaikan dalam analisis hambatan akses layanan kesehatan. Kerumitan alur rujukan, antrean panjang, dan prosedur birokrasi yang berbelit-belit seringkali menambah beban bagi masyarakat yang sedang sakit. Evaluasi implementasi JKN yang dilakukan oleh Faiz menunjukkan bahwa meskipun program JKN telah membuka akses yang lebih luas bagi masyarakat berpenghasilan rendah, kompleksitas prosedur administratif dan teknis dalam pelayanan masih menjadi kendala struktural yang belum terselesaikan.¹⁷ Selain itu, digitalisasi administrasi melalui aplikasi *Mobile JKN* yang seharusnya memudahkan peserta, justru menghadirkan tantangan baru berupa keterbatasan literasi digital, tidak meratanya akses terhadap ponsel pintar, serta gangguan teknis yang kerap terjadi. Kondisi ini mencerminkan bahwa reformasi administratif dalam pelayanan kesehatan harus bersifat inklusif dan mempertimbangkan kesenjangan digital yang masih lebar di masyarakat.

Faktor literasi kesehatan turut memperparah situasi. Masih banyak masyarakat

yang belum memahami prosedur pelayanan, hak-hak yang dimiliki sebagai peserta JKN, maupun pentingnya deteksi dini penyakit. Sebagian informan bahkan mengaku lebih memilih pengobatan tradisional atau alternatif karena dianggap lebih mudah dijangkau dan tidak memerlukan prosedur yang rumit. Rana Rafiqah menegaskan bahwa rendahnya literasi kesehatan merupakan salah satu faktor yang secara langsung memengaruhi rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan formal di masyarakat¹⁸. Selaras dengan hal tersebut, kajian Widjaja menyimpulkan bahwa sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat perlu diperkuat agar peserta JKN dapat memanfaatkan program ini secara lebih optimal dan merata.¹⁹ Peningkatan literasi kesehatan bukan sekadar upaya promosi kesehatan biasa, melainkan komponen strategis dalam membangun sistem pelayanan kesehatan yang responsif dan berpusat pada masyarakat.

Secara keseluruhan, keempat dimensi hambatan yang ditemukan dalam penelitian ini geografis, ekonomi, administratif, dan literasi saling berkaitan dan membentuk siklus ketimpangan akses yang sulit diputus jika hanya ditangani secara parsial. Hasil penelitian ini menegaskan bahwa perumusan kebijakan pelayanan kesehatan tidak bisa menggunakan pendekatan “satu ukuran untuk semua”, melainkan harus bersifat kontekstual, adaptif, dan berbasis bukti dari pengalaman nyata masyarakat. Evaluasi lintas studi yang dilakukan oleh Lesmana dalam Jurnal Kolaboratif Sains menekankan bahwa keberlanjutan program JKN dalam mendukung sistem kesehatan nasional yang adil dan merata memerlukan identifikasi hambatan secara berkelanjutan dan perbaikan

operasional yang konsisten.²⁰ Oleh karena itu, diperlukan kebijakan yang mengintegrasikan peningkatan infrastruktur transportasi menuju fasilitas kesehatan, penyederhanaan prosedur administratif, penguatan edukasi kesehatan berbasis komunitas, serta perhatian khusus terhadap kebutuhan kelompok rentan seperti lansia dan masyarakat miskin di daerah terpencil.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan temuan lapangan, dapat disimpulkan bahwa kendala utama yang secara empiris dialami oleh informan dalam mengakses layanan kesehatan adalah hambatan geografis dan transportasi. Keenam informan secara konsisten mengungkapkan bahwa jarak fasilitas kesehatan yang relatif jauh, keterbatasan kepemilikan kendaraan pribadi, minimnya ketersediaan transportasi umum (terutama pada malam hari), serta kondisi infrastruktur jalan yang kurang memadai menjadi faktor dominan yang menyulitkan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Hambatan ini semakin berat dirasakan oleh kelompok rentan, seperti lanjut usia, yang memiliki keterbatasan mobilitas dan memerlukan bantuan keluarga untuk mencapai fasilitas kesehatan. Akibat dari berbagai kendala geografis dan transportasi tersebut, masyarakat kerap menunda kunjungan ke fasilitas kesehatan hingga kondisi kesehatannya memburuk. Adapun aspek ekonomi, administratif, dan literasi kesehatan yang dibahas dalam bagian diskusi merupakan elaborasi teoretis dan tinjauan literatur untuk memperkaya analisis,

namun ketiga aspek tersebut tidak terungkap secara langsung sebagai keluhan utama informan dalam hasil wawancara. Dengan demikian, perumusan kebijakan pelayanan kesehatan yang responsif sebaiknya difokuskan secara prioritas pada upaya peningkatan aksesibilitas fisik, antara lain melalui perbaikan infrastruktur jalan, penyediaan sarana transportasi kesehatan yang terjangkau dan tersedia setiap waktu, pengembangan layanan kesehatan bergerak (*mobile health*) untuk menjangkau daerah terpencil, serta pemberian perhatian khusus pada kelompok lanjut usia dan masyarakat dengan keterbatasan mobilitas. Langkah-langkah ini diharapkan dapat mengurangi kesenjangan akses dan memastikan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang layak secara tepat waktu.

DAFTAR REFERENSI

1. Nabilah H, El-Tsana A V, Wasir R. Menutup Kesenjangan Kesehatan: Peningkatan Kesetaraan Akses Dan Kualitas Layanan Kesehatan. *Indones J Heal Sci*. 2025;5(3):511-518.
2. Nugraheni AI, Putriyanti CE, Kurnianto A. Tinjauan Literatur: Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Indonesia. *J Kesehat*. 2023;12(2):368-376.
3. Djamhari EA, Aidha CN, Ramdlaningrum H, Et Al. Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa Dan Bagaimana Mengatasinya. *Perkumpulan Prakarsa Indones Jakarta*. Published Online 2020.
4. Sari M. Mengungkap Dilema JKN: Ketimpangan Akses Dan Defisit Finansial. *Media Kesehat Masy Indones*. 2023;19(3):145-157.
5. Tawai A, Afriadi Z, Yusuf M. Model Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Dinas Kesehatan Kota Kendari. *Neorespublica J Ilmu Pemerintah*. 2023;5(1):275-284.
6. Mizaniah S, Larasati A, Keumalahayati N, Haifa NW, Herbawani CK. Efektivitas Penggunaan Telemedicine Pasca Pandemi Covid-19. *Heal Tadulako J (Jurnal Kesehat Tadulako)*. 2024;10(4):655-666.
7. Mutiarani RA. Digitalisasi Pelayanan Kesehatan Di Indonesia: Peluang Dan Tantangan. *Diakses Dari Htpps//Www Res Net*. Published Online 2023.
8. Elisabet LS. Optimalisasi pelayanan prima melalui sistem antrian online mobile JKN di RSUD Pringsewu. Published Online 2024.
9. SILA NA. Analysis faktor yang berhubungan dengan pengobatan alternatif bekam pada masyarakat. *UNIVERSITAS AIRLANGGA*. Preprint Posted Online 2024.
10. Rachmawati T. Metode Pengumpulan Data Dalam Penelitian Kualitatif. *Unpar Press*. 2017;1:1-29.
11. Saleh S. Analisis Data Kualitatif. *Pustaka Ramadhan, Bandung*. Preprint Posted Online 2017.
12. Alwi N, Andayanie E. Faktor Yang Berhubungan Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Seko Desa Padang Raya. *Wind Public Heal J*. 2025;6(2):330-341.
13. Rahman R. Aksesibilitas, Ketersediaan Tenaga Kerja, Dan Ketersediaan Fasilitas Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Wilayah Pesisir: Literature Review. *J Kendari Kesehat Masy*. 2025;4(3):136-152.
14. Ramadhan HM, SE ME. *Efisiensi, intensifikasi, ekstensifikasi, dan diversifikasi layanan rumah sakit di era JKN*. CV Literasi Nusantara Abadi; 2025.
15. Siska RF, Sianturi FA. Analisis Dampak Pemanfaatan Teknologi Telemedicine Terhadap Akses Layanan Kesehatan Di Daerah Terpencil. *J Kesehat Dan Kebidanan Nusanant*. 2025;3(1):24-29.
16. Wantini NA, Nugraeny BL, Delvina BV, Et Al. *Kebidanan Dalam Layanan Kesehatan Di Daerah Terpencil*. PT Bukuloka Literasi Bangsa; 2025.
17. Faiz MN, Kandau RSR, Gurning FP. Evaluasi Implementasi JKN Dalam Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan Di Medan. *J Kolaboratif Sains*. 2025;8(7):4095-4103.
18. Rana R. Pola literasi informasi kesehatan lingkungan pada masyarakat pedesaan. *J Al-Ma'arif Ilmu Perpust Dan Inf Islam*. 2025;5(2):186-198.
19. Widjaja G, Yustanti DE, Sijabat HH, Dhanudibroto H. Evaluasi Implementasi

- Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Meningkatkan Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia. *J Kesehat.* 2025;3(2):177-188.
20. Lesmana I, Br Ginting IT, Siahaan JDS, Rumapea R, Saragih YKC. Tinjauan Literatur Tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Sebagai Kebijakan Publik Dalam Pelayanan Kesehatan Di Indonesia. *J Ilm Ekon Dan Manaj.* 2025;3(12):264-277.