

ANALISIS KETIMPANGAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN ANTARA KAWASAN BARAT DAN TIMUR INDONESIA

Azizah Nurul Marissa^{1*}, Adyalitta Athiana Maqfirah², Andhini Ummu Hanifah³, Monica Ayu Priscilla⁴, Fitri Amalia⁵

S1 Ekonomi Pembangunan, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah Jakarta^{1,2,3,4,5}

*Corresponding Author : azizahnurulmarissa45@gmail.com

ABSTRAK

Ketimpangan akses pelayanan kesehatan masih menjadi tantangan utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia, terutama antara Kawasan Barat dan Kawasan Timur Indonesia. Meskipun pemerintah telah mengimplementasikan berbagai kebijakan pemerataan, perbedaan ketersediaan fasilitas kesehatan, distribusi tenaga medis, serta pemanfaatan layanan kesehatan antarwilayah masih tampak signifikan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan tingkat akses pelayanan kesehatan antara Kawasan Barat dan Kawasan Timur Indonesia serta mengidentifikasi faktor-faktor utama yang memengaruhi terjadinya ketimpangan tersebut. Metode yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan analisis komparatif antarwilayah. Data yang digunakan merupakan data sekunder yang bersumber dari publikasi resmi lembaga pemerintah, seperti Badan Pusat Statistik dan Kementerian Kesehatan. Variabel penelitian meliputi jumlah fasilitas kesehatan, rasio tenaga kesehatan, serta tingkat pemanfaatan layanan kesehatan. Analisis data dilakukan menggunakan statistik deskriptif untuk membandingkan kondisi akses pelayanan kesehatan di kedua kawasan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Kawasan Barat Indonesia memiliki tingkat akses pelayanan kesehatan yang lebih baik dibandingkan Kawasan Timur Indonesia, ditunjukkan oleh ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang lebih memadai serta pemanfaatan layanan yang lebih tinggi. Sedangkan, Kawasan Timur masih menghadapi keterbatasan infrastruktur, tenaga kesehatan, dan hambatan geografis. Penelitian ini menyimpulkan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan antarwilayah masih relatif tinggi, sehingga diperlukan kebijakan pemerataan pembangunan pelayanan kesehatan yang lebih terarah, kontekstual, dan berkelanjutan.

Kata kunci : akses pelayanan kesehatan, fasilitas dan tenaga kesehatan, kawasan timur Indonesia, ketimpangan wilayah, pembangunan kesehatan

ABSTRACT

Inequality in access to health services remains a major challenge in health development in Indonesia, particularly between Western and Eastern Indonesia. This study aims to analyze differences in the level of access to health services between Western and Eastern Indonesia and to identify the main factors influencing these disparities. The research employs a quantitative descriptive approach with an interregional comparative analysis. The data used are secondary data obtained from official publications of government institutions, such as the Central Bureau of Statistics and the Ministry of Health. The research variables include the number of health facilities, the ratio of health workers, and the level of health service utilization. Data analysis is conducted using descriptive statistical methods to compare health service access conditions between the two regions. The results show that Western Indonesia has better access to health services than Eastern Indonesia, as indicated by the greater availability of health facilities and medical personnel, as well as higher levels of service utilization. Meanwhile, Eastern Indonesia continues to face limitations in infrastructure, shortages of health workers, and geographical barriers. This study concludes that regional disparities in access to health services remain relatively high, highlighting the need for more targeted, contextual, and sustainable health service development policies

Keywords : access to health services, regional inequality, health development, health facilities and workforce, eastern Indonesia

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan syarat fundamental untuk pembangunan manusia dan kesejahteraan sosial. Namun, ketimpangan terhadap akses pelayanan kesehatan masih menjadi hal yang sangat mendasar bagi sistem kesehatan di Indonesia. Meskipun berbagai kebijakan telah dibuat untuk mengatasi hal ini, ketimpangan antara wilayah Barat (Sumatera dan Jawa) dengan Timur (Sulawesi, Maluku, dan Papua) masih sangat mencolok. Faktor geografis menjadi salah satu penyebab ketimpangan akses pelayanan kesehatan ini. Indonesia sebagai negara kepulauan menghadapi kendala dalam menjangkau wilayah terpencil. Jarak tempuh menuju rumah sakit, keterbatasan transportasi, dan buruknya infrastruktur menjadi hambatan utama bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil terutama masyarakat di Kawasan Timur (Laksono et al., 2023).

Ketimpangan antara Kawasan Barat dan Timur makin terlihat jelas dengan jumlah tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, dan kapasitas fiskal. Berdasarkan data tenaga kesehatan tahun 2023, distribusi tenaga kesehatan masih sangat tidak merata antarwilayah. Provinsi-provinsi di Kawasan Barat seperti Jawa Timur, Jawa Barat, dan Jawa Tengah menempati posisi tertinggi dalam jumlah tenaga medis nasional, antara 18.000-17.000 tenaga medis. Sebaliknya, provinsi di Kawasan Timur seperti Papua, Papua Tengah, dan Papua Pegunungan hanya memiliki antara 200-400 tenaga medis. Perbedaan yang ekstrem ini menunjukkan bahwa wilayah timur bahkan tidak mencapai 2% dari total tenaga medis nasional, sementara lebih dari 65% terkonsentrasi di Pulau Jawa dan Sumatera (BPS, 2023) (Kemenkes, 2023). Ketimpangan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia juga semakin menajamkan disparitas layanan antarwilayah. Studi Laksono, Ridlo, dan Ernawaty (2020) menemukan bahwa jumlah dokter sangat terkonsentrasi di provinsi berpenduduk besar dan wilayah yang memiliki fasilitas rumah sakit serta puskesmas lebih lengkap (Laksono, Ridlo, et al., 2020). Kondisi serupa juga terjadi pada fasilitas rujukan, dimana wilayah Timur memiliki rasio rumah sakit dan puskesmas per populasi yang lebih rendah dibandingkan wilayah Barat, sebagaimana dilaporkan dalam Statistik Kesehatan Indonesia (BPS, 2023) dan Profil Kesehatan Indonesia (Kemenkes, 2023).

Disparitas diperparah dengan perbedaan alokasi anggaran kesehatan daerah. Daerah Kawasan Timur sering kali memiliki kapasitas fiskal yang lebih rendah sehingga biaya operasional dan logistik penyediaan layanan kesehatan menjadi sangat tinggi, dan menyebabkan efektivitas anggaran menurun (Nasution & Siregar, 2019). Perbedaan kemampuan keuangan daerah dapat menghambat akses dan pemerataan pelayanan kesehatan. Indeks pembangunan kesehatan di Kawasan Barat jauh lebih tinggi akibat perbedaan anggaran daerah dan efektivitas pengelolaan biaya kesehatan oleh pemerintah daerah (Suparmi et al., 2018). Dengan demikian, kesenjangan pelayanan kesehatan di Indonesia merupakan hasil interaksi ekonomi, kelembagaan, dan kebijakan publik yang tidak sepenuhnya adaptif terhadap perbedaan karakteristik antarwilayah Indonesia (Nasution & Siregar, 2019) (Suparmi et al., 2018).

Kesehatan antara Kawasan Barat dan Timur Indonesia tidak hanya menjadi persoalan nasional, tetapi juga berdampak langsung pada pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, SDG 3 yang menekankan pentingnya memastikan kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Target-target SDG 3 menurut WHO meliputi kematian ibu, kematian neonatal dan anak, penyakit menular, penyakit tidak menular, penyalahgunaan zat, kecelakaan lalu lintas jalan, kesehatan reproduksi dan seksual, cakupan kesehatan universal, serta kesehatan lingkungan. Namun, (Laksono, Rukmini, et al., 2020) menunjukkan bahwa provinsi-provinsi di Kawasan Timur memiliki angka kematian ibu dan bayi yang jauh lebih tinggi akibat rendahnya akses terhadap fasilitas obstetri emergensi, sebuah kondisi yang tidak ditemukan di sebagian besar wilayah Barat. Hal ini

menunjukkan bahwa indikator kesehatan seperti angka kematian ibu dan bayi, angka harapan hidup masih memiliki tingkat kesenjangan yang tinggi antara daerah Timur dan barat. Kawasan Timur dengan masalah keterbatasan tenaga kesehatan, minimnya fasilitas layanan rujukan, dan tantangan geografis masih seringkali tertinggal dalam mencapai target-target SDG 3. Kondisi ini mengindikasikan bahwa ketidakmerataan akses layanan kesehatan bukan hanya masalah teknis, tetapi persoalan pembangunan jangka panjang yang mempengaruhi keberhasilan Indonesia di pencapaian target global khususnya SDG 3 (Bappenas, 2023).

Untuk menghadapi ketimpangan layanan kesehatan antarwilayah, pemerintah Indonesia telah menetapkan berbagai kebijakan strategis yang diarahkan untuk memperluas pemerataan akses layanan kesehatan. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024, pemerintah menetapkan prioritas penguatan sistem kesehatan nasional yang mencakup peningkatan kualitas fasilitas primer, redistribusi tenaga kesehatan, dan penguatan layanan berbasis teknologi seperti telemedicine, terutama untuk wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) (Bappenas, 2020; Kemenkes, 2023). Selain itu, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan dirancang untuk mengurangi hambatan finansial masyarakat dalam memperoleh layanan medis. Namun, sejumlah penelitian menunjukkan bahwa peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan melalui JKN lebih dominan terjadi di wilayah dengan fasilitas kesehatan yang memadai, sehingga ketimpangan tetap bertahan di daerah yang memiliki infrastruktur dan tenaga medis terbatas seperti NTT dan Papua (Johar et al., 2018; BPS, 2023).

Studi Johar et al. (2018) juga menegaskan bahwa efektivitas JKN sangat bergantung pada kesiapan fasilitas kesehatan (supply-side readiness) dan distribusi tenaga medis. Temuan tersebut konsisten dengan data BPS dan Kemenkes yang menunjukkan perbedaan signifikan dalam jumlah tenaga kesehatan, ketersediaan fasilitas rujukan, dan kesiapan layanan primer antara Kawasan Barat dan Timur Indonesia (BPS, 2023; Kemenkes, 2023). Dengan demikian, penting untuk melakukan analisis yang lebih mendalam mengenai akar ketimpangan antarwilayah untuk memahami faktor struktural yang menghambat pemerataan akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Untuk memahami ketimpangan tersebut secara lebih komprehensif, beberapa teori dan konsep relevan perlu dijadikan pijakan. Kerangka teori ketimpangan wilayah, seperti yang dikemukakan Gunnar Myrdal (1957) melalui teori *cumulative causation*, menjelaskan bagaimana daerah maju terus berkembang karena menarik sumber daya, termasuk tenaga kesehatan dan infrastruktur, sementara daerah tertinggal semakin sulit mengejar akibat *backwash effect*. Konsep ini sangat relevan dalam konteks Indonesia, di mana Jawa dan sebagian Sumatra berkembang pesat, sedangkan Kawasan Timur tertinggal karena kendala akses geografis dan keterbatasan fasilitas. Teori ketimpangan wilayah juga diperkuat oleh pandangan Albert Hirschman (1958) tentang *unbalanced growth*, bahwa pembangunan memang tidak berjalan merata dan dampak *trickle-down* sering kali tidak terjadi, sehingga fasilitas kesehatan cenderung terkonsentrasi di wilayah yang lebih maju.

Dalam ekonomi kesehatan, konsep ketidakpastian, kegagalan pasar, dan perlunya intervensi pemerintah sebagaimana dijelaskan oleh Kenneth Arrow (1963) menegaskan bahwa pelayanan kesehatan tidak dapat sepenuhnya mengandalkan mekanisme pasar. Sejalan dengan itu, model Grossman (1972) memposisikan kesehatan sebagai bentuk modal manusia yang menentukan produktivitas, sehingga investasi kesehatan menjadi faktor penting dalam pembangunan wilayah. Akses pelayanan kesehatan dapat dipahami melalui berbagai indikator seperti rasio dokter, distribusi fasilitas, jarak tempuh ke layanan kesehatan, hingga tingkat pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berbagai studi empiris menunjukkan bahwa rasio tenaga kesehatan dan ketersediaan fasilitas layanan masih terkonsentrasi di wilayah Barat Indonesia, khususnya Jawa dan Sumatra. Penelitian Meliala et al. (2013) dan Muharram et al. (2024) menemukan bahwa distribusi dokter umum maupun

dokter spesialis lebih tinggi di provinsi maju, sementara wilayah Timur mengalami kekurangan signifikan. Temuan ini diperkuat oleh studi Romadhona dan Siregar (2018) yang menunjukkan ketimpangan rasio tenaga medis antarprovinsi yang sangat lebar, serta penelitian Yuningsih dan Surya (2025) yang menyoroti migrasi dokter dan rendahnya retensi tenaga medis di daerah terpencil Indonesia Timur.

Ketimpangan fasilitas kesehatan juga terlihat dalam analisis Laksono et al. (2023) yang menemukan perbedaan signifikan dalam pemanfaatan rumah sakit antara Kawasan Barat dan Timur. Studi Suparmi et al. (2018) dan Mahqfiroh dan Kosasih (2025) memperlihatkan bahwa konsentrasi rumah sakit dan fasilitas kesehatan rujukan berada di wilayah dengan tingkat pembangunan lebih tinggi, sehingga akses layanan di Maluku, Papua, dan NTT masih terhambat oleh keterbatasan fasilitas dasar. Kondisi ini berdampak pada efektivitas JKN, di mana akses layanan lebih optimal di wilayah dengan kapasitas sistem kesehatan yang memadai (Johar et al., 2018; Kharisma, 2020; Agustina et al., 2019). Sementara itu, tantangan geografis dan logistik seperti bentang kepulauan, mahalanya transportasi medis, serta keterbatasan distribusi obat dan alat medis di wilayah Timur turut memperburuk ketimpangan akses layanan kesehatan, sebagaimana dijelaskan dalam penelitian Nurjanah dan Astuti (2019), Haemmerli et al. (2021), dan Noya et al. (2023).

Berdasarkan berbagai temuan tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara Kawasan Barat dan Timur Indonesia dengan menekankan distribusi tenaga kesehatan, ketersediaan fasilitas layanan, kapasitas fiskal daerah, serta efektivitas implementasi kebijakan pemerintah. Analisis empiris ini diharapkan memberikan gambaran komprehensif mengenai faktor-faktor struktural yang memperkuat disparitas layanan, sekaligus menjadi dasar perumusan rekomendasi kebijakan yang lebih adaptif, inklusif, dan sesuai dengan karakteristik geografis Indonesia sebagai negara kepulauan.

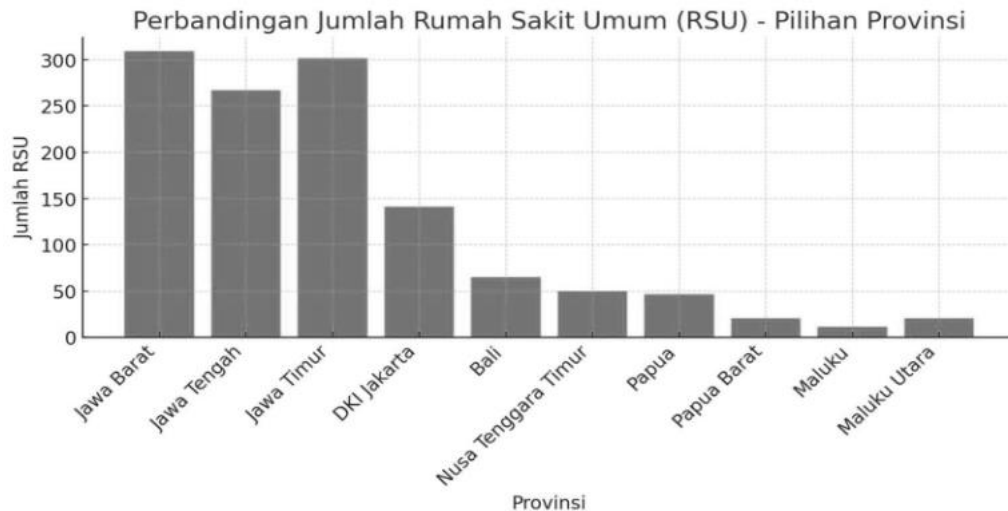
METODE

Penelitian ini merupakan kajian literatur empiris yang menggunakan pendekatan naratif untuk menelaah hasil-hasil penelitian empiris terdahulu mengenai ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara kawasan barat dan timur Indonesia. Unit analisis dalam penelitian ini adalah artikel ilmiah yang memuat data empiris terkait akses dan pemerataan layanan kesehatan di Indonesia. Pemilihan artikel dilakukan dengan *purposive* yang mempertimbangkan kesesuaian topik penelitian, periode publikasi dan kelengkapan akses dokumen. Sumber data diperoleh dari penelusuran basis data elektronik, yaitu Google Scholar, Portal Garuda, *Science and Technology Index* (SINTA), *ResearchGate*, serta publikasi resmi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Badan Pusat Statistik (BPS). Literatur yang dianalisis dibatasi pada publikasi tahun 2015–2024. Artikel yang memenuhi kriteria inklusi adalah artikel yang menyajikan hasil penelitian empiris kuantitatif atau kualitatif, membahas akses atau ketimpangan pelayanan kesehatan, serta menjelaskan cakupan wilayah penelitian secara eksplisit.

Artikel berupa editorial, opini, atau publikasi yang tidak relevan dengan fokus kajian dikeluarkan dari analisis. Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis menggunakan teknik analisis isi untuk mengidentifikasi temuan utama dari masing-masing jurnal. Analisis ini mencakup pengaruh ketimpangan akses pelayanan kesehatan terhadap berbagai aspek, baik dari sisi ketersediaan sumber daya kesehatan, utilisasi layanan, maupun capaian indikator kesehatan masyarakat, serta faktor-faktor yang menjadi kendala dalam pemerataan pelayanan kesehatan di lapangan. Dengan pendekatan ini, diharapkan kajian literatur empiris ini mampu memberikan wawasan yang komprehensif mengenai ketimpangan akses

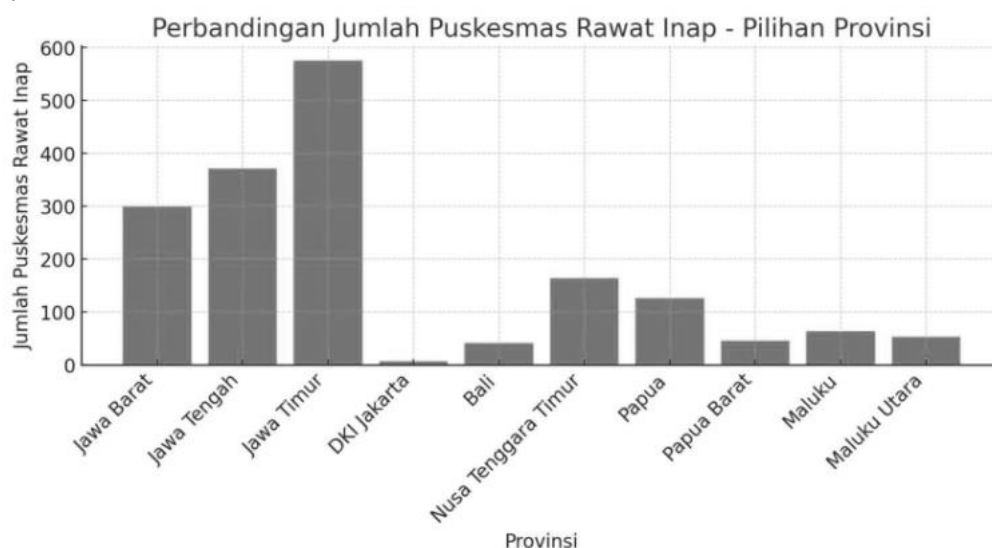
pelayanan kesehatan di Indonesia serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Hasil analisis kemudian disajikan secara naratif dengan dukungan bukti empiris dari literatur untuk memperkuat argumentasi dan kesimpulan penelitian.

HASIL



Gambar 1. Perbandingan Jumlah Rumah Sakit Umum Kawasan Barat dan Timur Indonesia

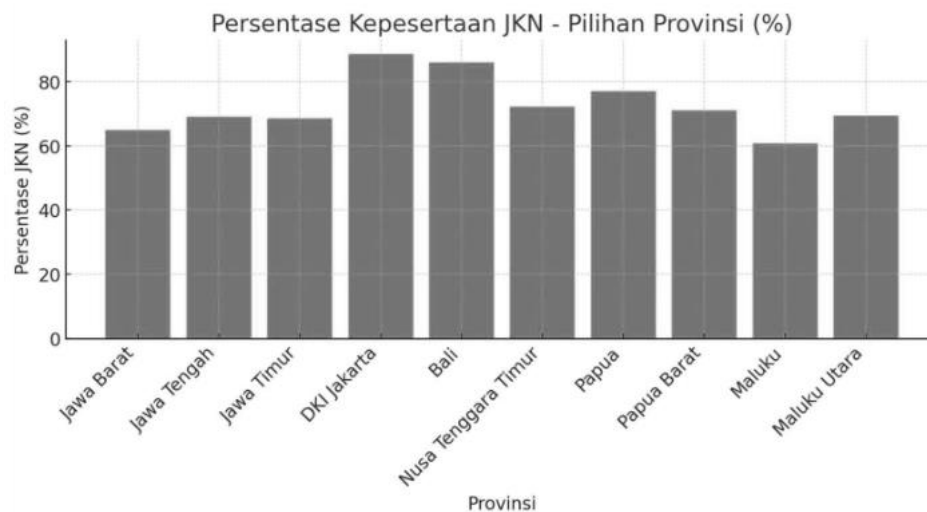
Gambar 1 menunjukkan perbandingan jumlah Rumah Sakit Umum (RSU) di beberapa provinsi yang mewakili Kawasan Barat dan Kawasan Timur Indonesia. Terlihat jelas bahwa provinsi-provinsi di wilayah barat seperti Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur memiliki jumlah RSU yang jauh lebih tinggi dibandingkan provinsi di wilayah timur. Jawa Barat menempati posisi tertinggi dengan lebih dari 300 RSU, diikuti Jawa Tengah dan Jawa Timur yang masing-masing berada pada kisaran 250 dan 230 RSU. Sementara itu, provinsi-provinsi di Kawasan Timur, seperti Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat, Maluku, dan Maluku Utara, memiliki jumlah RSU yang jauh lebih rendah dan hanya berada pada kisaran puluhan.



Gambar 2. Perbandingan Jumlah Puskesmas Kawasan Barat dan Timur Indonesia

Gambar 2 menampilkan perbandingan jumlah puskesmas rawat inap di beberapa provinsi wilayah Barat dan Timur Indonesia. Terlihat bahwa provinsi dengan jumlah puskesmas rawat

inap terbanyak adalah Jawa Timur, disusul oleh Jawa Barat dan Jawa Tengah. DKI Jakarta memiliki jumlah yang cukup tinggi namun masih berada di bawah tiga provinsi tersebut. Sementara itu, provinsi-provinsi di kawasan timur seperti Papua, Papua Barat, Maluku, dan Maluku Utara menunjukkan jumlah puskesmas rawat inap yang jauh lebih sedikit dibandingkan provinsi-provinsi di Jawa.



Gambar 3. Perbandingan Persentase Kepesertaan JKN Kawasan Barat dan Timur Indonesia

Gambar 3 menunjukkan persentase kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di beberapa provinsi wilayah Barat dan Timur Indonesia. Secara umum, provinsi di Pulau Jawa seperti Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, serta DKI Jakarta memiliki persentase kepesertaan JKN yang lebih tinggi dibandingkan provinsi di kawasan timur.

PEMBAHASAN

Akses layanan kesehatan di Indonesia masih menunjukkan perbedaan yang cukup signifikan antara Kawasan barat dan Timur. Ketimpangan ini tampak pada berbagai aspek seperti, ketersediaan tenaga kesehatan, jumlah dan pemerataan fasilitas pelayanan kesehatan, maupun dari sisi kapasitas pembiayaan daerah. Data Profil Kesehatan Indonesia dan BPS dalam rentang 2015–2024 memperlihatkan bahwa provinsi-provinsi di wilayah barat memiliki konsentrasi sumber daya kesehatan yang lebih besar dibandingkan wilayah timur. Pulau Jawa, misalnya, menampung tenaga medis dalam jumlah paling tinggi, sementara Papua, Maluku, dan Nusa Tenggara masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan yang cukup signifikan. Sejalan dengan itu, penelitian menjelaskan bahwa penyebaran tenaga kesehatan Puskesmas masih belum merata terutama di wilayah Tengah dan Timur Indonesia. Tercatat bahwa rasio dokter gigi di Kawasan Timur hanya 0,16 per 100.000 penduduk jauh di bawah wilayah barat yang mencapai 0,80 per 100.000 penduduk (Romadhona & Siregar, 2018). Temuan tersebut diperkuat oleh BPS, yang pada *Statistik Kesehatan 2023* melaporkan bahwa 60–70% tenaga kesehatan Indonesia terpusat di wilayah barat yang hanya dihuni 55% penduduk, sementara wilayah timur dengan kondisi geografis lebih berat cenderung kekurangan tenaga. Kesenjangan serupa juga tercatat oleh BPS dimana, rasio puskesmas per 100.000 penduduk di Jawa berada pada kisaran 3,5–4,2 sedangkan di Papua hanya berkisar 2,1. Untuk rumah sakit, wilayah barat memiliki rasio 1,7 rumah sakit per 100.000 penduduk, sedangkan wilayah timur hanya sekitar 0,8 (BPS, 2023). Data Kemenkes tahun 2022 juga menunjukkan bahwa jarak tempuh rata-rata menuju puskesmas di Papua dan Maluku dua hingga tiga kali lebih jauh dibandingkan rata-rata nasional.

Selain ketimpangan tenaga kesehatan, disparitas layanan juga terlihat jelas pada ketersediaan dan pemerataan fasilitas pelayanan kesehatan antar daerah. Data fasilitas kesehatan per provinsi menunjukkan bahwa konsentrasi rumah sakit umum (RSU) di wilayah Barat jauh lebih besar dibandingkan wilayah Timur. Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur masing-masing memiliki lebih dari 260 hingga 300 RSU, sementara provinsi-provinsi di Kawasan Timur seperti Papua hanya memiliki 46 RSU, Papua Barat 20 RSU, Maluku 11 RSU, dan Maluku Utara 20 RSU. Ketimpangan ini memperlihatkan tidak hanya selisih jumlah fasilitas, tetapi juga perbedaan kapasitas layanan kesehatan rujukan yang signifikan. Daerah seperti Maluku dan Papua Barat sangat bergantung pada sejumlah kecil RSU yang tersebar dengan jarak yang jauh, sehingga masyarakat di wilayah terpencil menghadapi hambatan geografis yang lebih berat dibandingkan masyarakat di Jawa. Faktor geografis turut berperan besar dalam memperlebar disparitas akses. Biaya transportasi kesehatan bagi masyarakat wilayah terpencil di Indonesia Timur mencapai dua atau tiga kali lebih tinggi dibandingkan Indonesia Barat. Hal ini dapat menghambat masyarakat miskin untuk mengakses layanan primer maupun rujukan (Nurjanah & Astuti, 2019). Kondisi ini menunjukkan bahwa intervensi kesehatan di wilayah timur masih membutuhkan pendekatan geografis yang lebih kontekstual.

Kondisi yang sama muncul pada fasilitas tingkat pertama, terutama puskesmas rawat inap. Jawa Timur memimpin secara nasional dengan 575 puskesmas rawat inap, diikuti Jawa Tengah dengan 371 dan Jawa Barat dengan 299. Sementara itu, provinsi-provinsi di wilayah Timur memiliki jumlah yang jauh lebih rendah, seperti Papua dengan 126 unit, Papua Barat 45 unit, Maluku Utara 53 unit, dan Maluku 64 unit. Minimnya fasilitas rawat inap primer ini berdampak pada terbatasnya layanan emergensi, terutama untuk kasus maternal, neonatal, dan penyakit infeksi. Puskesmas rawat inap merupakan fasilitas terdekat bagi masyarakat di lokasi terpencil, sehingga ketidakmerataan ini memperkuat ketimpangan akses terhadap layanan dasar yang sangat penting bagi penyelamatan nyawa. Selain itu, kemiskinan merupakan faktor struktural yang memperburuk akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Masyarakat berpendapatan rendah tidak hanya mengalami keterbatasan biaya transportasi dan administrasi, tetapi juga lebih bergantung pada layanan kesehatan dasar yang minim tenaga medis, sehingga memperdalam ketimpangan antara wilayah maju dan wilayah tertinggal.

Ketiadaan fasilitas primer dengan kapasitas rawat inap membuat proses rujukan menjadi sangat tidak efektif, khususnya di daerah dengan kondisi geografis sulit. Situasi ini menyebabkan pasien dengan kondisi gawat darurat harus menempuh jarak yang jauh untuk mencapai rumah sakit rujukan, sehingga risiko keterlambatan penanganan medis meningkat secara signifikan. Menurut (Haemmerli et al., 2021) terdapat ketimpangan dalam kesiapan fasilitas layanan kesehatan primer di Indonesia, terutama di daerah pedesaan dan wilayah timur, yang menyebabkan rendahnya kemampuan fasilitas dalam menyediakan layanan esensial secara optimal. Kondisi ini menunjukkan bahwa ketidakmerataan fasilitas tidak hanya menghambat layanan kuratif, tetapi juga melemahkan upaya promotif dan preventif yang seharusnya menjadi fondasi sistem kesehatan primer. Dalam konteks wilayah terpencil, keberadaan puskesmas rawat inap menjadi semakin penting karena sering kali berfungsi sebagai satu-satunya fasilitas yang dapat memberikan pelayanan kegawatdaruratan, sehingga ketidakseimbangannya semakin memperlebar jurang ketertinggalan layanan kesehatan di Kawasan Timur.

Apabila dilihat melalui perspektif tenaga kesehatan, ketimpangan semakin terlihat. Tenaga kesehatan seperti dokter umum, perawat, dan bidan banyak terkonsentrasi di provinsi-provinsi Barat dan beberapa provinsi besar di bagian tengah. DKI Jakarta memiliki lebih dari 1.100 dokter, Jawa Timur lebih dari 1.100, dan Jawa Barat lebih dari 1.180. Sebaliknya, provinsi-provinsi di Papua Barat, Papua, dan Maluku masing-masing hanya

memiliki 100–150 dokter. Bahkan beberapa provinsi hasil pemekaran terbaru di Papua belum memiliki data lengkap tenaga medis, yang menunjukkan adanya persoalan dalam pencatatan dan pemerataan distribusi tenaga kesehatan. Dalam konteks penyediaan layanan maternitas, ketimpangan distribusi tenaga bidan dan perawat juga signifikan. Jawa Timur memiliki lebih dari 54.000 bidan, sedangkan Papua Barat hanya sekitar 2.100 dan Maluku Utara sekitar 3.000. Ketersediaan tenaga bidan dan perawat yang tidak merata merupakan salah satu faktor utama meningkatnya risiko kematian ibu dan bayi di kawasan Timur Indonesia, bukti nyata menunjukkan bahwa kekurangan tenaga terlatih di fasilitas primer dan rendahnya kesiapan rujukan menyebabkan keterlambatan penanganan komplikasi maternal (Wenang et al., 2024). Hal ini menunjukkan bahwa kualitas layanan maternitas sangat bergantung pada kecukupan tenaga kesehatan dasar, sehingga kekurangan tenaga bidan dan perawat di wilayah-wilayah tertinggal secara langsung melemahkan kemampuan sistem kesehatan dalam memberikan layanan persalinan aman, penanganan komplikasi, serta perawatan neonatal.

Temuan mengenai tenaga kesehatan di Indonesia menunjukkan adanya ketimpangan distribusi SDM kesehatan yang dipengaruhi oleh kemampuan daerah terpencil untuk menarik dan mempertahankan tenaga medis. Provinsi terpencil di Indonesia menghadapi hambatan serius berupa kurangnya fasilitas pendukung, terbatasnya peluang pengembangan karir, insentif finansial yang tidak kompetitif, serta kondisi geografis yang sulit dapat menurunkan minat tenaga kesehatan untuk bekerja dalam jangka panjang (Noya et al., 2023). Ketidakstabilan penempatan SDM kesehatan berkontribusi pada rendahnya kontinuitas layanan dan tingginya tingkat kekosongan formasi, sehingga dapat memperlebar kesenjangan kualitas pelayanan antara wilayah perkotaan dengan daerah 3T. Kualitas layanan dasar kesehatan juga menunjukkan ketimpangan yang signifikan. Hasil penelitian Cahyono dan Wardani (2022) menunjukkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah Indonesia Timur memiliki skor kepatuhan standar pelayanan (SOP) yang lebih rendah, terutama pada pelayanan maternal, imunisasi, dan manajemen penyakit kronis (Cahyono & Wardani, 2022). Rendahnya kualitas ini berkontribusi terhadap rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan, meskipun secara fisik telah tersedia.

Hal ini sejalan dengan berbagai temuan yang menunjukkan bahwa wilayah dengan fasilitas dan tenaga kesehatan yang lebih memadai cenderung terus mengalami penguatan kapasitas layanan karena mampu menarik lebih banyak investasi dan sumber daya. Provinsi yang mempunyai infrastruktur kesehatan kuat dan lengkap mampu dalam memperluas layanan esensial dan mempertahankan tenaga kesehatan terlatih. Sebaliknya, wilayah tertinggal seperti Papua, Maluku, dan Nusa Tenggara Timur menghadapi lingkaran kendala berlapis akibat rendahnya kapasitas fiskal, hambatan geografis, dan terbatasnya tenaga medis. Wilayah terpencil dan pedesaan menghadapi hambatan sistemik, termasuk keterbatasan pendanaan, kekurangan tenaga kesehatan, serta kapasitas rujukan yang tidak memadai, sehingga mengakibatkan ketimpangan yang signifikan dalam akses terhadap layanan esensial (WHO, 2019). Kondisi tersebut menyebabkan upaya peningkatan layanan dasar berjalan lebih lambat karena daerah-daerah ini kesulitan memenuhi standar kesiapan fasilitas kesehatan, mulai dari ketersediaan peralatan, obat-obatan, hingga tenaga kesehatan yang kompeten, sehingga ketertinggalan antarwilayah semakin melebar dari waktu ke waktu.

Ketimpangan juga muncul pada aspek pemanfaatan jaminan kesehatan nasional (JKN). Data menunjukkan bahwa tingkat kepesertaan JKN di Jawa relatif tinggi, dengan DKI Jakarta mencapai 88,48% dan Bali 87,56%. Beberapa provinsi Timur seperti Papua (76,93%) dan Papua Pegunungan (89,91%) juga menunjukkan kepesertaan tinggi, tetapi tingginya angka kepesertaan tidak secara otomatis meningkatkan akses layanan apabila fasilitas dan tenaga kesehatan sangat terbatas. Hal ini memperlihatkan bahwa JKN efektif menurunkan hambatan finansial, tetapi tidak menjawab hambatan struktural seperti ketersediaan layanan, jarak fasilitas, dan kapasitas tenaga medis. Ketidaksesuaian antara cakupan JKN dengan kapasitas

layanan ini mempertegas pentingnya memperbaiki kesiapan penyedia layanan kesehatan (*supply-side readiness*) pada wilayah timur. Tanpa penguatan sisi penyedia layanan, peningkatan kepesertaan hanya menjadi angka administratif yang tidak tercermin dalam pemanfaatan layanan kesehatan yang nyata, terutama bagi masyarakat yang tinggal jauh dari fasilitas medis dan hanya bergantung pada layanan primer yang jumlahnya terbatas.

Pada aspek implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), temuan penelitian ini sejalan dengan Johar et al. (2018) dan Kharisma (2020) yang menyebutkan bahwa keberhasilan JKN dalam meningkatkan akses layanan sangat dipengaruhi oleh esiapan fasilitas dan tenaga kesehatan. Thabrany (2016) juga menegaskan bahwa JKN pada dasarnya dirancang untuk menghilangkan hambatan finansial masyarakat, namun tidak dapat berjalan optimal apabila distribusi fasilitas dan tenaga medis masih timpang antarwilayah. Hal ini menjelaskan mengapa tingginya kepesertaan JKN di beberapa provinsi wilayah timur belum sepenuhnya diikuti oleh peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan secara nyata. Selain kesenjangan fasilitas dan tenaga kesehatan, ketimpangan akses layanan kesehatan antara Kawasan Barat dan Timur juga dipengaruhi oleh variasi kapasitas tata kelola di tingkat pemerintah daerah. Studi kebijakan kesehatan menunjukkan bahwa keterbatasan kemampuan perencanaan, manajemen anggaran, dan pengawasan mutu layanan di beberapa provinsi Indonesia Timur menyebabkan implementasi kebijakan kesehatan berjalan kurang optimal. Kondisi ini memperlemah kemampuan daerah dalam mengembangkan layanan kesehatan yang terstruktur dan berkelanjutan. Perbedaan terhadap akses teknologi kesehatan dan digitalisasi layanan semakin memperparah ketimpangan yang terjadi. Transformasi digital seperti telemedicine, Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS), dan aplikasi rujukan daring terbukti lebih berhasil diterapkan di wilayah dengan infrastruktur internet stabil. Keterbatasan atas aringan telekomunikasi di Indonesia Timur menghambat integrasi data kesehatan dan pemanfaatan layanan teknologi (Chotimah, 2022).

Dari sudut pandang pembiayaan daerah, perbedaan kapasitas fiskal sangat berpengaruh pada kemampuan tiap wilayah untuk menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakatnya. Terdapat berbagai masalah pembiayaan yang tidak hanya berkaitan dengan besarnya PAD tetapi juga efektivitas regulasi dan tata kelola distribusi dana kesehatan. Keterlambatan pencairan dana, lemahnya manajemen keuangan daerah, dan minimnya pengawasan menjadi hambatan utama yang kerap terjadi dalam usaha peningkatan mutu layanan yang dilakukan, terutama pada daerah terpencil (Evarista et al., 2025). Temuan ini memperkuat argumen bahwa ketidakmampuan daerah mengelola dana secara optimal sering kali memperburuk ketimpangan layanan antara Kawasan Barat dan Timur. Selain itu, problematika alokasi dana kesehatan di pemerintah daerah menyoroti bahwa ketidaktepatan alokasi dan distribusi dana kesehatan menjadi salah satu penyebab rendahnya efektivitas program kesehatan daerah, sehingga peningkatan kualitas fasilitas dan layanan berjalan lambat (Ansar, 2017).

Selain faktor kapasitas fiskal, efektivitas manajemen pengeluaran daerah turut menentukan kemampuan pemerintah daerah dalam menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas. Lemahnya pengendalian, pengawasan, dan evaluasi anggaran daerah menyebabkan refocusing dan realokasi belanja kesehatan tidak berjalan optimal, terutama pada daerah dengan ruang fiskal terbatas (Mansur, 2021). Rendahnya mutu manajemen program kesehatan di tingkat daerah membuat berbagai intervensi pelayanan dasar tidak tepat sasaran, sehingga pemanfaatan layanan kesehatan masyarakat tetap rendah meskipun program telah disediakan (Herawati & Bakhri, 2019). Kondisi ini memperkuat fakta bahwa perbedaan kualitas layanan tidak hanya berasal dari besaran anggaran, tetapi juga dari kualitas tata kelola keuangan daerah. Kemudian menurut Agustina et al. (2019) dalam publikasi di *The Lancet* menyatakan bahwa tantangan utama *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia bukan hanya pada cakupan kepesertaan, tetapi juga pada ketimpangan

supply-side layanan kesehatan antarwilayah. Mereka menekankan bahwa daerah terpencil dan kepulauan menghadapi keterbatasan infrastruktur, tenaga kesehatan, dan sistem rujukan, sehingga memperlambat pencapaian pemerataan layanan. Temuan tersebut konsisten dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa Kawasan Timur masih menghadapi hambatan struktural dalam penyediaan layanan kesehatan esensial, meskipun kebijakan nasional telah diterapkan secara luas.

Secara keseluruhan, hasil dan pembahasan ini menunjukkan bahwa ketimpangan akses layanan kesehatan antara Kawasan Barat dan Timur merupakan fenomena multidimensi. Perbedaan jumlah fasilitas, tenaga kesehatan, kapasitas fiskal, kondisi geografis, serta efektivitas program kesehatan nasional saling berkaitan dan memperkuat ketimpangan yang ada. Pola ini tercermin secara konsisten di seluruh indikator yang dianalisis, menegaskan bahwa pemerataan kesehatan di Indonesia masih membutuhkan strategi kebijakan yang lebih komprehensif dan berkelanjutan, terutama dengan memberikan perhatian khusus untuk karakteristik wilayah Timur yang geografis dan fiskalnya jauh berbeda dari wilayah Barat. Selain itu, penelitian ini juga mengindikasikan bahwa hambatan struktural di wilayah Timur tidak dapat diatasi hanya dengan intervensi parsial, tetapi memerlukan pendekatan pembangunan yang terintegrasi antara peningkatan infrastruktur, penguatan tenaga kesehatan, serta optimalisasi kebijakan pembiayaan. Wilayah Barat terus mengalami penguatan kapasitas layanan karena dukungan infrastruktur dan SDM yang memadai, sedangkan wilayah Timur masih terjebak dalam lingkaran keterbatasan fasilitas, tenaga kesehatan, dan pembiayaan. Oleh karena itu, percepatan pemerataan layanan kesehatan membutuhkan pendekatan kebijakan yang lebih terintegrasi, adaptif terhadap karakteristik wilayah, serta berorientasi pada penguatan *supply-side* layanan kesehatan.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan. Pertama, penelitian ini menggunakan pendekatan kajian literatur empiris sehingga sangat bergantung pada ketersediaan dan kualitas data dari penelitian terdahulu. Perbedaan tahun pengambilan data dan indikator yang digunakan dalam setiap studi dapat memengaruhi konsistensi perbandingan hasil. Kedua, penelitian ini belum melakukan analisis kuantitatif langsung menggunakan data primer, sehingga tidak dapat menggambarkan kondisi lapangan secara *real-time*. Ketiga, cakupan wilayah dalam beberapa artikel rujukan tidak selalu mencakup seluruh provinsi di Kawasan Timur, sehingga generalisasi hasil masih memiliki batasan. Ke depan, penelitian lanjutan dengan pengumpulan data primer dan analisis statistik komparatif antar provinsi diperlukan agar gambaran ketimpangan akses layanan kesehatan dapat dijelaskan lebih akurat dan mendalam.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara Kawasan Barat dan Timur Indonesia bersifat multidimensi dan saling berkaitan. Perbedaan jumlah fasilitas kesehatan, distribusi tenaga medis, kapasitas fiskal daerah, dan kondisi geografis yang menantang membuat wilayah Timur berada pada posisi yang jauh lebih rentan dibandingkan wilayah Barat. Konsentrasi tenaga kesehatan dan fasilitas modern yang tertumpuk di Jawa dan Sumatera mengakibatkan masyarakat di Papua, Maluku, dan Nusa Tenggara mengalami hambatan dalam memperoleh layanan dasar maupun layanan emergensi. Minimnya puskesmas rawat inap, rendahnya kemampuan rujukan, serta jarak yang jauh ke fasilitas rujukan memperburuk kualitas pelayanan dan berkontribusi pada tingginya risiko kesehatan di wilayah tersebut.

Selain itu, analisis menunjukkan bahwa ketimpangan ini tidak hanya dipengaruhi oleh faktor medis, tetapi juga oleh faktor struktural seperti kelemahan pembiayaan daerah, ketidakmerataan infrastruktur, dan keterbatasan implementasi kebijakan nasional di daerah

terpencil. Program nasional seperti JKN belum mampu memberikan dampak optimal karena di banyak wilayah Timur, kesiapan layanan kesehatan baik dari sisi sarana, SDM, maupun sistem rujukan masih sangat rendah. Dengan demikian, pemerataan layanan kesehatan di Indonesia membutuhkan pendekatan yang lebih komprehensif, integratif, dan sensitif terhadap kondisi kewilayahan, agar seluruh masyarakat dapat memperoleh akses kesehatan yang adil dan berkualitas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberi dukungan dalam penulisan jurnal ini, khususnya kepada dosen pembimbing atas arahan, masukan dan motivasi yang sangat membantu proses penyusunan jurnal ini. Penulis juga menyampaikan terimakasih kepada Badan Pusat Statistik dan para peneliti yang sudah membantu penulis dalam memberikan data sehingga data penelitian dalam jurnal ini terpenuhi dengan lengkap. Terimakasih penulis sampaikan juga kepada teman-teman atas doa dan semangat selama proses penulisan jurnal ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K.A., Achadi, E.L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A.H., Thabrany, H., & Dibley, M.J. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102.
- Ansar. (2017). Problematika alokasi dan distribusi anggaran kesehatan pada Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah menurut Undang-Undang Kesehatan. *Jurnal Preventif*, 8(1), 1–58.
- Badan Pusat Statistik. (2023a). *Profil Statistik Kesehatan 2023*. BPS.
- Badan Pusat Statistik. (2023b). *Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Provinsi, 2023*. BPS.
- Bappenas. (2023). *Laporan Perkembangan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) Indonesia 2023*. Kementerian PPN/Bappenas.
- Benedict, J., & Izza, A. (2025). *Adequacy and Distribution of the Health Workforce in Indonesia*. <https://doi.org/10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH>
- B, N. H., Rahman, H., Puspitasari, A., Masyarakat, I. K., Masyarakat, F. K., Indonesia, U. M., & K, E. P. K. (2020). *Puskesmas di Wilayah Indonesia Timur Article history* : 1(1), 31–37.
- Cahyono, H., & Wardani, N. (2022). Ketimpangan mutu pelayanan kesehatan dasar antarwilayah di Indonesia. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 20(1), 47–57.
- Chotimah, S. N. (2022). Implementasi Sistem Informasi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia : Literature Review. *JURAMIK (Jurnal Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan)*, 2(1), 8–13.
- Evarista, V., Purnomo, S., & Putra, A. R. (2025). Regulasi Pembiayaan Kesehatan : Dampak Ekonomi Terhadap Kualitas Layanan Medis. *LABEL: Law, Accounting, Business, Economics, and Language*, 2(1), 72–79.
- Haemmerli, M., Jackson, T. P., 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*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01577-1>
- Herawati, C., & Bakhri, S. (2019). Ketimpangan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Ekonomi di Wilayah Perbatasan Inequality of Basic and Economic Health Services in the Border Region. *Afiasi: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(1), 17–27.

- Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., & Adji, A. (2018). Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Social Science & Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.044>
- Kemendes. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kharisma, B. (2020). *Healthcare access inequity within a social health insurance setting: A risk faced by Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) program*. Bappenas Working Papers, 3(2), 191–205.
- Kharisma, D. D. (2020). *Healthcare Access Inequity within a Social Health Insurance Setting : A Risk Faced by Indonesia ' s Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Program*. III(1), 63–74.
- Laksono, A. D., Ridlo, I. A., & Ernawaty. (2020). DISTRIBUTION ANALYSIS OF DOCTORS IN INDONESIA. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), 29–39. <https://doi.org/10.20473/jaki.v8i1.2020.29-39>
- Laksono, A. D., Rukmini, R., Dwi, R., & Id, W. (2020). *Regional disparities of facility-based childbirth in Indonesia*. 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224006>
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Rohmah, N., Rukmini, R., & Tumaji, T. (2023). Regional disparities in hospital utilisation in Indonesia : a cross- - sectional analysis data from the 2018 Indonesian Basic Health Survey. *BMJ Open*, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064532>
- Mahqfiroh, J. (2025). *Assessing Inequality in Health Service Accessibility Based on Hospital Distribution in Indonesia*. 10, 272–283.
- Mansur, M. (2021). Manajemen Pengeluaran Daerah di Indonesia : Penanganan Krisis Kesehatan dan Ekonomi Selama Pandemi COVID-19 Local Expenditure Management in Indonesia : Handling the Health and Economic Crisis During the COVID-19 Pandemic. *Spirir Publik*, 16(2), 116–128.
- Meliala, A., Hort, K., & Trisnantoro, L. (2013). Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia. *Social Science & Medicine*, 82, 30–38.
- Nasution, A. H., & Siregar, D. I. (2019). Analisis Efektivitas Anggaran Kesehatan Daerah dan Dampaknya Terhadap Capaian Kesehatan di Provinsi Kepulauan. *Jurnal Kebijakan Publik*, 24(3), 299–315.
- Nurcholih, M., & Hardianto, F. (2024). *The impact of poverty on healthcare service disparities in Indonesia: A systematic literature review*. Journal of Equity in Medical and Social Sciences, 2(1), 15–27.
- Noya, F. C., Carr, S. E., & Thompson, S. C. (2023). Attracting , Recruiting , and Retaining Medical Workforce : A Case Study in a Remote Province of Indonesia. *Environmental Research and Public Health*, 20(1435). <https://doi.org/10.3390/ijerph20021435>
- Nurjanah, S., & Astuti, Y. (2019). Hambatan geografis dan biaya transportasi kesehatan di wilayah terpencil Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 14(2), 83–92.
- Romadhona, Y. S., & Siregar, K. N. (2018). Analisis Sebaran Tenaga Kesehatan Puskesmas Di Indonesia Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 4(2), 114–121.
- Thabrany, H. (2016). *Jaminan Kesehatan Nasional: Menuju Universal Health Coverage*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.nb
- Wenang, S., Emilia, O., Wahyuni, A., Afdal, A., & Haier, J. (2024). Obstetrics care in Indonesia : Determinants of maternal mortality and stillbirth rates. *PLOS ONE*, 19(7), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303590>
- Yuningsih, S. H., & Surya, D. (2025). *Health Workforce Maldistribution and Physician Migration : Challenges to Rural Healthcare Access in Eastern Indonesia*. 3(3), 104–111.