

## Jurnal Media Health Community

---

# ANALISIS SOSIOLOGI EKONOMI TERHADAP KETIMPANGAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN DI DAERAH PEDESAAN DI SULAWESI SELATAN

Hasruddin Nur<sup>1</sup>, Muhammad Yamin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitas Negeri Makassar

<sup>2</sup>Universitas Negeri Makassar

Email korespondensi: [hasruddin.nur@unm.ac.id](mailto:hasruddin.nur@unm.ac.id)

### Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketimpangan akses pelayanan kesehatan di daerah pedesaan di Sulawesi Selatan melalui perspektif sosiologi kesehatan. Ketimpangan akses kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor geografis, tetapi juga berkaitan dengan struktur sosial, kemiskinan, distribusi tenaga kesehatan, budaya masyarakat, serta relasi kekuasaan dalam pembangunan kesehatan. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus di beberapa wilayah pedesaan di Sulawesi Selatan. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi terhadap tenaga kesehatan, masyarakat desa, tokoh masyarakat, dan pemerintah setempat. Analisis data menggunakan model interaktif Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh rendahnya infrastruktur kesehatan, keterbatasan tenaga medis, kondisi geografis yang sulit dijangkau, rendahnya literasi kesehatan masyarakat, serta ketimpangan sosial-ekonomi. Dalam perspektif sosiologi kesehatan, kondisi tersebut mencerminkan adanya ketidakmerataan distribusi sumber daya kesehatan dan lemahnya keadilan sosial dalam pembangunan kesehatan. Penelitian ini menyimpulkan bahwa penyelesaian ketimpangan akses kesehatan memerlukan pendekatan struktural, penguatan kebijakan kesehatan berbasis desa, pemerataan tenaga kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat lokal secara partisipatif.

**Kata kunci:** Akses pelayanan Kesehatan; masyarakat pedesaan; Sulawesi Selatan.

### Abstract

This study aims to analyze inequality in access to health services in rural areas of South Sulawesi from a sociological perspective. Inequality in access to health services is not only influenced by geographic factors but also relates to social structure, poverty, distribution of health workers, community culture, and power relations in health development. The study employed a qualitative approach with a case study method in several rural areas in South Sulawesi. Data collection techniques included in-depth interviews, observation, and documentation with health workers, village communities, community leaders, and local government. Data analysis employed the Miles and Huberman interactive model, which includes data reduction, data presentation, and conclusion drawing. The results indicate that inequality in access to health services is influenced by inadequate health infrastructure, limited medical personnel, difficult geographic access, low public health literacy, and socioeconomic inequality. From a sociological perspective, these conditions reflect the unequal distribution of health resources and weak social justice in health development. This study concludes that resolving inequality in access to health services requires a structural approach, strengthening village-based health policies, equitable distribution of health workers, and participatory empowerment of local communities.

**Keywords:** Access to Health Services; rural communities; South Sulawesi.

## Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan bagian penting dalam upaya meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Namun, hingga saat ini ketimpangan akses pelayanan kesehatan masih menjadi persoalan serius di Indonesia, khususnya di wilayah pedesaan dan daerah terpencil. Masyarakat desa sering mengalami keterbatasan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai akibat minimnya fasilitas kesehatan, kurangnya tenaga medis, serta hambatan geografis yang sulit dijangkau. Kondisi tersebut menyebabkan terjadinya kesenjangan kesehatan antara masyarakat perkotaan dan pedesaan.

Di Sulawesi Selatan, ketimpangan pelayanan kesehatan terlihat pada distribusi fasilitas kesehatan yang belum merata. Sebagian besar rumah sakit dan tenaga medis terkonsentrasi di wilayah perkotaan seperti Makassar, sementara masyarakat di daerah pedesaan masih bergantung pada puskesmas dengan keterbatasan tenaga kesehatan dan sarana medis. Selain itu, kondisi geografis berupa wilayah pegunungan, kepulauan, dan akses transportasi yang terbatas memperparah rendahnya aksesibilitas pelayanan kesehatan masyarakat desa. Dalam perspektif sosiologi kesehatan, ketimpangan akses pelayanan kesehatan tidak hanya dipahami sebagai persoalan medis, tetapi juga sebagai persoalan struktur sosial. Teori konflik sosial Karl Marx menjelaskan bahwa distribusi sumber daya dalam masyarakat sering kali tidak merata karena adanya dominasi kelompok tertentu terhadap akses ekonomi dan politik. Ketimpangan pelayanan kesehatan merupakan bentuk reproduksi ketidakadilan sosial yang menyebabkan kelompok masyarakat miskin dan pedesaan mengalami marginalisasi dalam memperoleh hak kesehatan. Selain itu, teori strukturasi Anthony Giddens menjelaskan bahwa akses pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh hubungan antara struktur sosial dan tindakan individu. Struktur sosial seperti kebijakan kesehatan, distribusi anggaran, dan sistem birokrasi dapat membatasi kemampuan masyarakat desa dalam memperoleh layanan kesehatan yang layak. Di sisi lain, rendahnya pendidikan dan literasi kesehatan masyarakat juga mempengaruhi pola perilaku masyarakat dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan. Perspektif Pierre Bourdieu mengenai modal sosial juga relevan dalam menjelaskan ketimpangan kesehatan di pedesaan. Masyarakat dengan modal sosial rendah cenderung memiliki keterbatasan akses informasi, jaringan sosial, dan kemampuan ekonomi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Akibatnya, masyarakat pedesaan lebih rentan mengalami keterlambatan penanganan penyakit, tingginya angka kematian ibu dan anak, serta rendahnya kualitas hidup.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa ketimpangan pelayanan kesehatan di Indonesia dipengaruhi oleh distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, rendahnya fasilitas pelayanan kesehatan primer, dan ketimpangan pembangunan antarwilayah. Namun, kajian yang secara khusus menganalisis ketimpangan pelayanan kesehatan dari perspektif sosiologis di wilayah pedesaan Sulawesi Selatan masih terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketimpangan akses pelayanan kesehatan di daerah pedesaan Sulawesi Selatan melalui pendekatan sosiologi kesehatan. Penelitian

ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoritis dalam pengembangan kajian sosiologi kesehatan serta menjadi rekomendasi bagi pemerintah dalam menciptakan kebijakan kesehatan yang lebih adil dan inklusif.

## **Metode Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian studi kasus. Pendekatan kualitatif dipilih karena mampu memahami fenomena sosial secara mendalam terkait ketimpangan akses pelayanan kesehatan di masyarakat pedesaan.

Lokasi Penelitian Penelitian dilakukan di beberapa wilayah pedesaan di Sulawesi Selatan yang memiliki keterbatasan akses pelayanan kesehatan, seperti daerah pegunungan, pesisir, dan wilayah terpencil. Informan Penelitian Informan penelitian dipilih menggunakan teknik purposive sampling, meliputi: Tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan), Masyarakat desa, Tokoh Masyarakat, Aparat pemerintah desa. Teknik Pengumpulan Data. Pengumpulan data dilakukan melalui Wawancara mendalam untuk memperoleh informasi terkait pengalaman masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Observasi terhadap kondisi fasilitas kesehatan dan aksesibilitas wilayah. Dokumentasi berupa data kesehatan, foto lapangan, dan dokumen kebijakan kesehatan.. Teknik Analisis Data menggunakan model Miles dan Huberman yang meliputi Reduksi data, Penyajian data Penarikan kesimpulan dan verifikasi data. Keabsahan data dilakukan melalui triangulasi sumber, triangulasi teknik, dan member check.

## **Hasil dan Pembahasan**

### **Ketimpangan Infrastruktur Pelayanan Kesehatan di Pedesaan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan di pedesaan Sulawesi Selatan masih terbatas. Sebagian desa hanya memiliki puskesmas pembantu dengan fasilitas yang minim dan kekurangan tenaga kesehatan. Banyak masyarakat harus menempuh jarak jauh menuju rumah sakit di kota kabupaten untuk memperoleh pelayanan medis yang memadai. Kondisi tersebut menunjukkan adanya ketimpangan pembangunan kesehatan antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Dalam perspektif teori konflik, distribusi sumber daya kesehatan yang tidak merata mencerminkan dominasi pembangunan yang lebih berorientasi pada wilayah perkotaan dibandingkan pedesaan. Penelitian juga menemukan bahwa keterbatasan fasilitas kesehatan menyebabkan masyarakat lebih memilih pengobatan tradisional atau menunda pemeriksaan kesehatan karena faktor biaya dan jarak tempuh. Selain itu pula Ketimpangan distribusi tenaga kesehatan menjadi persoalan utama dalam pelayanan kesehatan pedesaan. Sebagian besar tenaga medis lebih memilih bekerja di perkotaan karena fasilitas yang lebih lengkap, akses pendidikan yang lebih baik, dan peluang karier yang lebih besar.

Akibatnya, beberapa puskesmas di pedesaan mengalami kekurangan dokter dan tenaga medis spesialis. Dalam perspektif sosiologi kesehatan, kondisi ini menunjukkan adanya ketidakadilan struktural dalam distribusi sumber daya manusia kesehatan. Selain itu, tingginya beban kerja tenaga kesehatan di desa menyebabkan kualitas pelayanan

kesehatan menjadi kurang optimal. Tenaga kesehatan sering merangkap berbagai tugas administratif sehingga pelayanan kepada masyarakat menjadi terbatas.

Kemiskinan menjadi faktor utama yang mempengaruhi rendahnya akses pelayanan kesehatan masyarakat desa. Masyarakat berpenghasilan rendah kesulitan membayar biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan. Selain itu, rendahnya pendidikan menyebabkan sebagian masyarakat kurang memahami pentingnya pemeriksaan kesehatan secara rutin. Dalam teori Pierre Bourdieu, kondisi ini berkaitan dengan rendahnya modal ekonomi dan modal budaya masyarakat pedesaan. Keterbatasan pendidikan menyebabkan masyarakat kurang memiliki pengetahuan mengenai pola hidup sehat, penggunaan layanan kesehatan, dan prosedur administrasi kesehatan.

Penelitian menemukan bahwa sebagian masyarakat baru datang ke fasilitas kesehatan ketika penyakit sudah dalam kondisi parah. Hal tersebut memperlihatkan rendahnya kesadaran preventif dalam perilaku kesehatan masyarakat desa. Kondisi geografis di beberapa wilayah pedesaan Sulawesi Selatan menjadi hambatan besar dalam akses kesehatan. Jalan yang rusak, medan pegunungan, dan keterbatasan transportasi menyebabkan masyarakat sulit menjangkau fasilitas kesehatan, terutama saat kondisi darurat. Dalam perspektif strukturasi Giddens, struktur sosial berupa kebijakan pembangunan infrastruktur yang belum merata membatasi tindakan masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan. Ketidakmerataan pembangunan jalan dan transportasi memperkuat marginalisasi masyarakat desa dalam pelayanan publik.

Meskipun mengalami keterbatasan akses kesehatan, masyarakat desa memiliki solidaritas sosial yang kuat. Masyarakat sering melakukan gotong royong membantu warga yang sakit, termasuk menyediakan transportasi menuju fasilitas kesehatan. Modal sosial tersebut menjadi bentuk adaptasi masyarakat terhadap keterbatasan pelayanan kesehatan formal. Namun, solidaritas sosial tidak dapat sepenuhnya menggantikan tanggung jawab negara dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang merata.

## **Kesimpulan**

Penelitian ini menunjukkan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan di daerah pedesaan Sulawesi Selatan dipengaruhi oleh faktor struktural, sosial, ekonomi, dan geografis. Ketimpangan tersebut terlihat dari rendahnya fasilitas kesehatan, distribusi tenaga medis yang tidak merata, keterbatasan infrastruktur transportasi, serta rendahnya literasi kesehatan masyarakat. Dalam perspektif sosiologi kesehatan, ketimpangan pelayanan kesehatan mencerminkan adanya ketidakadilan sosial dalam distribusi sumber daya kesehatan. Masyarakat pedesaan menjadi kelompok yang rentan mengalami marginalisasi dalam pembangunan kesehatan akibat lemahnya akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Penelitian ini menunjukkan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan di daerah pedesaan Sulawesi Selatan dipengaruhi oleh faktor struktural, sosial, ekonomi, dan geografis. Ketimpangan tersebut terlihat dari rendahnya fasilitas kesehatan, distribusi tenaga medis yang tidak merata, keterbatasan infrastruktur transportasi, serta rendahnya literasi kesehatan masyarakat. Dalam perspektif sosiologi kesehatan, ketimpangan pelayanan kesehatan mencerminkan adanya ketidakadilan sosial dalam distribusi sumber daya kesehatan. Masyarakat pedesaan menjadi kelompok

yang rentan mengalami marginalisasi dalam pembangunan kesehatan akibat lemahnya akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

## Daftar Pustaka

- Agustina, R., et al. (2019). Universal health coverage in Indonesia. *The Lancet*.
- Aizawa, T. (2022). Inequality in health opportunities in Indonesia. *BMC Public Health*.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care. *Journal of Health and Social Behavior*.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design*. Sage Publications.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*. University of California Press.
- Habermas, J. (1987). *Theory of Communicative Action*. Beacon Press.
- Haemmerli, M., et al. (2021). Health service inequalities in Indonesia. *Health Policy and Planning*.
- Jindal, M., et al. (2023). Eliminating health care inequities through strengthening access to care. *Health Services Research*.
- Johar, M., et al. (2018). Inequality in access to health care. *Health Economics*.
- Laksono, A. D. (2017). Aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*.
- Maghfiroh, L. (2025). Analisis ketidakmerataan pelayanan kesehatan di Indonesia. *Media Hukum Indonesia*.
- Miles, M., Huberman, A., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis*. Sage.
- Noor, Z. A., et al. (2021). Disparitas perkotaan-pedesaan dalam akses kesehatan primer. *JPPI*.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Free Press.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone*. Simon & Schuster.
- Rahman, H. (2020). Ketimpangan tenaga kesehatan di wilayah Indonesia Timur. *Window of Public Health Journal*.
- Ritzer, G. (2011). *Sociological Theory*. McGraw Hill.

Susilawati, S. (2022). Faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan di Indonesia. *Jurnal Health Sains*.

Turner, B. (2004). *The New Medical Sociology*. W.W. Norton.

WHO. (2023). *Primary Health Care Report*. World Health Organization.

WHO. (2022). *Health Equity and Social Determinants*.

Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications*. Sage.

Nabilah, H., et al. (2025). Menutup kesenjangan kesehatan. *Indonesian Journal of Health Science*.

Komnas HAM RI. (2020). *Kajian Hak Atas Kesehatan*.

Kemendes RI. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia*.

Sulastomo. (2007). *Sistem Jaminan Sosial Nasional*.

Mariyono, J. (2015). Ketimpangan gender dalam akses kesehatan rumah tangga pedesaan. *Jurnal Sosial Humaniora*.

Varpilah, S. (2011). Retention of health workers in rural areas. *Human Resources for Health*.