



MENGATASI HAMBATAN STRUKTURAL DALAM PENINGKATAN AKSES UNIVERSAL KE LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Ratu Puanurani Anggitya Abdillah¹⁾; Afifah Rohadatul 'Aisy²⁾; Riswandy Wasir³⁾

¹⁾ 2210713014@mahasiswa.upnvj.ac.id Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

²⁾ 2210713022@mahasiswa.upnvj.ac.id Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

³⁾ riswandywasir@upnvj.ac.id Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

* untuk penulis korespondensi

Abstract

Universal access to health services is one of the main goals of the health system in Indonesia to achieve Universal Health Coverage (UHC). This study aims to identify structural barriers to achieving universal access to health services. Literature was obtained from Google Scholar and PubMed using related keywords, then selected according to the specified inclusion and exclusion criteria. The results show that BPJS membership in Indonesia has reached 96%. However, there are still challenges such as limited infrastructure, a deficit of health workers, and regulatory complexity that hinder the achievement of UHC as a whole. In addition, the use of services by BPJS participants is not evenly distributed, especially in remote areas. Policy reforms that can be considered include improving the health financing system, optimizing the distribution of medical personnel through more attractive incentives, and strengthening regulations supported by various sectors to create a more equitable and sustainable health system. This study also highlights the importance of an ethical and equitable approach to policy reform so that access to health services can be felt evenly by all levels of society, including vulnerable groups.

Keyword: Health Policy, Service Disparities, Universal Access, UHC

Abstrak

Akses universal ke layanan kesehatan merupakan salah satu tujuan utama dalam sistem kesehatan di Indonesia guna mencapai Universal Health Coverage (UHC). Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi hambatan struktural dalam mencapai akses universal layanan kesehatan. Literatur diperoleh dari Google Scholar dan PubMed menggunakan kata kunci terkait, kemudian diseleksi sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Hasil menunjukkan bahwa kepesertaan BPJS di Indonesia telah mencapai 96%. Namun, masih terdapat tantangan seperti keterbatasan infrastruktur, defisit tenaga kesehatan, dan kompleksitas regulasi yang menghambat pencapaian UHC secara menyeluruh. Selain itu, pemanfaatan layanan oleh peserta BPJS belum merata, terutama di wilayah terpencil. Reformasi kebijakan yang dapat dipertimbangkan mencakup perbaikan sistem pembiayaan kesehatan, optimalisasi distribusi tenaga medis melalui insentif yang lebih menarik, serta penguatan regulasi yang didukung oleh berbagai sektor untuk menciptakan sistem kesehatan yang lebih adil dan berkelanjutan. Kajian ini juga menyoroti pentingnya pendekatan etis dan berkeadilan dalam reformasi kebijakan agar akses layanan kesehatan dapat dirasakan secara merata oleh seluruh lapisan masyarakat, termasuk kelompok rentan.

Kata Kunci: Akses Universal, Disparitas Layanan, Kebijakan Kesehatan, UHC

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan aspek mendasar yang perlu diperjuangkan bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi faktor penting yang harus diperhatikan dan ditingkatkan. Namun, berbagai tantangan masih dihadapi dalam pembangunan sektor kesehatan. Maulany et al. (2021) mengidentifikasi beberapa faktor yang mempengaruhi akses universal terhadap pelayanan kesehatan, termasuk faktor geografis seperti jarak dan waktu tempuh, ketersediaan transportasi, serta kondisi infrastruktur jalan. Selain itu, faktor ekonomi juga berperan dalam menentukan kemampuan individu untuk mengakses layanan kesehatan yang berkualitas (Maulany et al., 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Alfonso dan Gani (2024) menunjukkan adanya variasi tingkat kunjungan masyarakat ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) pada tahun 2019. Papua dan Maluku memiliki tingkat kunjungan yang lebih rendah dibandingkan wilayah lain seperti Sulawesi, sementara DKI Jakarta dan Pulau Jawa menunjukkan angka kunjungan yang lebih tinggi. Perbedaan ini mencerminkan adanya disparitas dalam akses layanan



kesehatan di berbagai wilayah Indonesia, yang mengindikasikan bahwa pencapaian Universal Health Coverage (UHC) belum merata (Alfonso & Gani, 2023).

Data lebih lanjut menunjukkan bahwa masyarakat di wilayah perkotaan memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk berobat jalan dibandingkan masyarakat di pedesaan (OR 1,208; 95% CI 1,057-1,380) (Laksono & Wulandari, 2019). Temuan ini mengindikasikan adanya kesenjangan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan antara wilayah barat dan timur Indonesia.

Hak atas kesehatan setiap individu tidak terlepas dari sistem pemerintahan yang mengaturnya. Untuk meningkatkan kesetaraan akses dan derajat kesehatan masyarakat, diperlukan kebijakan yang memberikan prioritas lebih terhadap investasi di sektor kesehatan (Putra, 2020). Stabilitas politik dan kondisi sosial yang mendukung dapat meningkatkan akuntabilitas masyarakat terhadap sistem kesehatan serta memungkinkan adanya perubahan kebijakan yang lebih konsisten dan berkelanjutan guna memperkuat sistem ketahanan kesehatan nasional.

Studi ini bertujuan untuk (1) menganalisis hambatan struktural dalam implementasi kebijakan akses universal ke pelayanan kesehatan di Indonesia; (2) bagaimana efektivitas kebijakan yang telah diterapkan dalam meningkatkan akses layanan kesehatan; dan (3) reformasi kebijakan yang dapat diterapkan untuk mempercepat pencapaian akses UHC, menggunakan metode analisis secara efektif dan signifikan.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam studi ini adalah tinjauan literatur (*literature review*). Pencarian jurnal internasional dilakukan melalui PubMed menggunakan kata kunci “(Universal access) AND (Universal Health Coverage) AND (Health Policy) AND (Service Disparities)”, dengan rentang tahun pencarian dibatasi dari 2015 hingga 2025. Sementara itu, pencarian jurnal nasional dilakukan melalui Google Scholar menggunakan kata kunci “(Akses universal) AND (Universal Health Coverage) AND (Kebijakan Kesehatan) AND (Disparitas Pelayanan)”, dalam rentang tahun yang sama. Metode ini mengandalkan kriteria inklusi dan eksklusi yang ketat untuk memastikan bahwa sumber yang digunakan dalam penelitian ini relevan dan berkualitas.

Hasil pencarian dengan kata kunci didapatkan 17 artikel dari database PubMed, 331 dari database Google Scholar, dengan total 348 sumber. Artikel yang diperoleh diseleksi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Terdapat 6 artikel yang memenuhi kriteria inklusi dan sejumlah 325 artikel dieksklusi berdasarkan abstrak dan judul maupun isi artikel secara keseluruhan. Kriteria inklusi mencakup artikel yang tersedia dalam *full text*, diterbitkan dalam 10 tahun terakhir, menggunakan bahasa Indonesia atau Inggris, serta relevan dengan topik penelitian. Sementara itu, kriteria eksklusi mencakup artikel yang tidak tersedia dalam *full text*, tidak termasuk 10 tahun terakhir dan tidak relevan dengan topik yang diteliti. Jika terdapat perbedaan pendapat antar peneliti dalam proses seleksi, diskusi dan pemungutan suara akan dilakukan untuk mencapai kesepakatan akhir.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil ekstraksi dari 6 artikel yang diperoleh dengan kata kunci maupun topik yang telah ditentukan dapat dilihat pada tabel 1.



Tabel 1. Ekstraksi Literatur

No.	Penulis (Tahun)	Judul	Metode	Hasil
1.	(Suyanti, Eka., et al., 2024)	Pelaksanaan Program Universal Health Coverage (UHC) Di Indonesia.	Penelitian normatif.	Pelaksanaan UHC mencakup penguatan infrastruktur, peningkatan kualitas layanan, pengawasan, serta pengembangan tenaga kesehatan. Meskipun BPJS Kesehatan telah diterapkan, keterbatasan tenaga medis, terutama di wilayah terpencil, masih menjadi kendala dalam implementasinya.
2.	(Nugrahaeni, A.W.D., & Yulianto, N.B. 2023)	Pengaruh Demokrasi Terhadap Aksesibility Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat.	Kuantitatif	Demokrasi berperan dalam meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan melalui akuntabilitas, transparansi, serta partisipasi masyarakat, yang memungkinkan kebijakan kesehatan lebih adil dan berkelanjutan.
3.	(Aminda, R. S., et al. 2024)	Pengaruh Diskriminasi Harga Rumah Sakit Jakarta Terhadap Pelayanan Tenaga Kesehatan Untuk Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga Miskin.	Kualitatif.	Kesehatan mencerminkan kemapanan suatu negara, namun kerap kali terdapat diskriminasi layanan berdasarkan strata ekonomi. Hal ini menyulitkan masyarakat miskin dalam mengakses layanan yang layak. Penelitian ini mengkaji dampak diskriminasi harga serta upaya meningkatkan aksesibilitas dan keadilan dalam layanan kesehatan.
4.	Nisnoni, D., (2020)	Evaluasi Proses Implementasi Kebijakan Program UHC (Universal Health Coverage) di Semarang	Kualitatif	Program UHC di Semarang sudah berjalan dengan baik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, namun masih terdapat hambatan yakni kurangnya kesadaran masyarakat dan sumber daya anggaran bertambah besar seiring dengan meningkatnya pembayaran iuran.
5.	Azmi, F., et al., (2024)	Analisis Efektivitas Program Asuransi	Kualitatif dengan	Program JKN telah menunjukkan efektivitas dalam meningkatkan



	Kesehatan Nasional dalam Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan di Indonesia.	Desain Studi Kasus	akses layanan kesehatan, namun masih terdapat hambatan dalam aspek distribusi, kualitas layanan, dan keberlanjutan keuangan.	
6.	Azhar, AR., et al., (2025)	Reformasi Hukum Kesehatan Indonesia: Tantangan dan Peluang dalam Mewujudkan Kesehatan Universal.	Kualitatif Deskriptif	Reformasi hukum kesehatan di Indonesia menghadapi hambatan dalam mewujudkan kesehatan universal, salah satunya disparitas akses layanan kesehatan. Selain itu, terdapat peluang reformasi untuk meningkatkan layanan kesehatan universal, salah satunya penguatan sistem JKN.

Sumber: data diolah

Sebagai negara yang berkomitmen terhadap *Sustainable Development Goals* (SDGs), Indonesia terus berupaya meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan sejak 2014 bertujuan untuk mengurangi hambatan finansial dalam akses layanan kesehatan serta mendukung pencapaian UHC (Setyowati, 2022). Namun, dalam implementasinya, masih terdapat hambatan struktural, termasuk ketimpangan sosio-demografi yang mempengaruhi akses layanan kesehatan. Wilayah barat Indonesia memiliki akses layanan kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan wilayah timur, yang dipengaruhi oleh faktor geografis, keterbatasan infrastruktur transportasi, serta distribusi tenaga medis yang belum merata (Suyanti et al., 2024).

Dalam penelitiannya, Alfonso dan Gani (2023) menunjukkan bahwa per Desember 2023 jumlah peserta BPJS Kesehatan mencapai 96% dari total penduduk Indonesia, yaitu 266.878.552 dari 278.696,2 juta jiwa. Namun, tidak semua peserta BPJS Kesehatan memanfaatkannya secara optimal, sehingga berdampak pada efektivitas program ini. Walaupun penerapan UHC di Indonesia masih menghadapi beberapa hambatan struktural, namun tidak dapat dipungkiri bahwasannya program ini mendorong transformasi kesehatan yang besar, terutama dalam memperkuat perlindungan finansial dan mendukung pergeseran fokus masyarakat dari kuratif ke preventif (Alfonso & Gani, 2023).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Rena Shinta Aminda dkk (2024) menyatakan bahwa hambatan dalam akses pelayanan kesehatan juga terletak pada tenaga kesehatan yang cukup apatis dan mendiskriminasi strata ekonomi pasien. Perilaku ini yang akhirnya membuat kunjungan ke pelayanan rumah sakit mengalami stagnan atau justru mengalami penurunan yang cukup drastis. Dampak dari diskriminasi ini yaitu tidak memberikan pilihan dan menutup akses kesetaraan bagi keluarga dengan ekonomi menengah kebawah. Untuk menghindari diskriminasi harga terhadap pasien, pelayanan rumah sakit/fasilitas pelayanan kesehatan perlu memahami segmentasi pasar guna mengidentifikasi dan mengelompokkan pasien berdasarkan karakteristik, preferensi, serta kemampuan finansial calon pasien/pelanggan. Maka dari itu, JKN menjadi solusi untuk mencegah disparitas layanan kesehatan akibat diskriminasi harga serta mewujudkan UHC agar seluruh masyarakat, terutama masyarakat yang kurang mampu mendapatkan akses kesehatan yang setara (Aminda et al., 2024).



Penelitian oleh Ririn Noviyanti Putri (Putri, 2019) mengungkapkan pelaksanaan UHC di Australia didanai melalui pembayaran pajak, sehingga masyarakat yang memerlukan akses penuh terhadap pelayanan kesehatan tidak akan mengalami diskriminasi kelas premi. Di Jepang, sistem jaminan kesehatan yang diberikan kepada masyarakatnya menggunakan beragam skema asuransi yang dapat menjangkau seluruh populasinya. Namun demikian, dalam beberapa kasus sistem pembayarannya tetap melibatkan kontribusi finansial peserta (Aeni, 2021). Dapat disimpulkan bahwa setiap negara memiliki hambatan yang kompleks dalam implementasi UHC, dengan belajar dari praktik negara lain, Indonesia dapat mengoptimalkan kebijakan pembiayaan dan akses layanan kesehatan agar lebih inklusif dan berkelanjutan.

Penelitian yang dilakukan oleh Delila Nisnoni (2020) proses implementasi kebijakan program Universal Health Coverage (UHC) di Semarang ditemukan beberapa hambatan yang dapat berdampak pada efektivitas dan efisiensinya. Terdapat dua faktor penghambat, yaitu faktor penghambat internal dan eksternal. Faktor penghambat internal termasuk kendala anggaran yang menjadi lebih banyak akibat kenaikan iuran premi. Jika banyak penduduk yang diturunkan kelasnya dan sengaja tidak membayar premi, ada kemungkinan banyak yang akan mendaftar untuk mendapatkan layanan gratis. Faktor penghambat eksternal, misalnya masyarakat. Kurangnya kesadaran masyarakat yang mampu dalam program ini karena dibebaskan dari pembayaran, sedangkan masyarakat yang membutuhkan bantuan pemerintah berada dalam keadaan yang jauh lebih susah daripada masyarakat yang mampu (Delila Nisnoni, n.d.) Hambatan dalam akses pelayanan kesehatan di Indonesia juga ditemui pada kemiskinan yang dapat menghalangi individu untuk mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang berkualitas, diantaranya hambatan finansial, geografis, literasi pendidikan dan kesehatan, faktor psikologis dan sosial (Sarjito, 2024).

Dalam penelitian Fathul Azmi, dkk (2024) efektivitas kebijakan dalam penerapan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah membuat langkah besar menuju tujuan cakupan kesehatan universal di Indonesia. Pada tahun 2023, keanggotaan JKN mencapai 86,3% dari populasi. Meskipun masih kurang dari target 95% yang ditetapkan untuk tahun 2024, hal ini menunjukkan kemajuan yang signifikan terhadap tujuan cakupan kesehatan universal. Namun, terdapat salah satu hambatan dalam peningkatan akses layanan kesehatan adalah kesenjangan akses kesehatan antara masyarakat perkotaan dan pedesaan. Di daerah perkotaan, jumlah fasilitas kesehatan per orang 2,3 kali lebih banyak. Keberhasilan JKN dalam memperluas akses masyarakat terhadap layanan kesehatan ditunjukkan dengan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan sebesar 15,8% untuk rawat inap dan 23,5% untuk rawat jalan. Penerapan kebijakan JKN secara umum telah memberikan dampak yang positif terhadap akses dan hasil layanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia, walaupun masih terdapat hambatan mengenai distribusi, kualitas layanan, dan keberlanjutan keuangan (Azmi et al., 2024).

Penelitian Aisyah, dkk (2022) menyebutkan ketepatan kebijakan UHC di Kota Semarang telah berjalan dengan efektif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Penerapan UHC merupakan salah satu cara untuk memberikan layanan kepada masyarakat yang sakit, kurang mampu, dan belum memiliki asuransi kesehatan. UHC adalah program solusi yang menjamin pengobatan bebas biaya, adil, dan berkualitas tinggi baik untuk penyakit berat ataupun penyakit ringan tanpa membebani biaya pengobatan. UHC didukung oleh layanan seperti Ambulans Hebat, yang menawarkan layanan home care dan layanan siaga 24 jam, Konsultasi Dokter, yang memfasilitasi konsultasi pasien selama 24 jam, dan PUSTAKA (Puskesmas Tanpa Kartu Antrian Kota Semarang) yang memungkinkan pasien berobat tanpa harus menunggu (Siti Aisyah, n.d.).

Penelitian Azhar AR, dkk (2025) menyatakan bahwa, meskipun dalam peningkatan akses layanan kesehatan menghadapi hambatan yang cukup signifikan, terdapat berbagai reformasi kebijakan yang dapat diterapkan dalam mencapai akses layanan universal. Beberapa



diantaranya meliputi penguatan sistem JKN yang lebih komprehensif terkait cakupan, kualitas layanan, dan pendanaan JKN dapat menjamin bahwa semua segmen masyarakat memiliki akses ke layanan kesehatan yang berkualitas. Selain itu, reformasi peningkatan partisipasi masyarakat dalam kebijakan kesehatan dapat meningkatkan efektivitas kebijakan karena partisipasi dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan dan membantu mengembangkan kebijakan yang lebih baik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, serta perbaikan dan regulasi pengawasan mengenai pelayanan kesehatan. Dengan adanya regulasi yang jelas dan tegas, kualitas layanan kesehatan dapat meningkat dan menghindari terjadinya penyimpangan dalam industri Kesehatan (Azhar et al., 2025).

Penelitian Frita Ayu & Erna, S (2023) juga menyatakan salah satu jenis reformasi pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah JKN, di mana pemerintah bertujuan untuk mengumpulkan dana melalui program ini. JKN memiliki empat program: 1) Akses, yang diperuntukkan bagi pegawai negeri, 2) Jamsostek, yang diperuntukkan bagi sektor swasta, 3) Jamkesmas, yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan dibuat oleh pemerintah pusat, serta 4) Jamkesdas, yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan dibuat oleh pemerintah daerah (Pribadi & Setijaningrum, 2023).

Dari perspektif etika, kebijakan akses universal harus menjamin prinsip keadilan distributif dan non-diskriminasi. Kelompok masyarakat miskin, daerah 3T, dan mereka yang kurang literasi kesehatan harus menjadi prioritas dalam distribusi sumber daya dan desain kebijakan. Model pembiayaan berbasis pajak dan sistem asuransi multi-skema bisa meningkatkan inklusivitas. Reformasi kebijakan di Indonesia dapat difokuskan pada penguatan JKN, insentif berbasis wilayah untuk tenaga medis, partisipasi masyarakat dalam penyusunan kebijakan, dan pengawasan layanan melalui sistem regulasi terintegrasi.

PENUTUP

Dalam implementasi kebijakan akses universal ke layanan kesehatan, Indonesia masih dihadapkan pada keterbatasan infrastruktur, ketimpangan distribusi tenaga kesehatan, serta kompleksitas regulasi dan pembiayaan yang menjadi kendala dalam memperlambat perluasan akses layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Meskipun tingkat kepesertaan terhadap BPJS mencapai 96%, namun masih terdapat kesenjangan dalam kualitas layanan, aksesibilitas di daerah terpencil, serta efisiensi dalam pengelolaan dana kesehatan. Hal ini mencerminkan bahwa diperlukan strategi yang lebih adaptif dan inovatif untuk menjangkau kelompok rentan dan memperbaiki kualitas layanan kesehatan. Guna mempercepat pencapaian UHC, reformasi kebijakan yang dapat diterapkan meliputi perbaikan sistem pembiayaan kesehatan, optimalisasi distribusi tenaga medis melalui insentif yang lebih menarik, serta penguatan regulasi yang didukung multisektor untuk menciptakan sistem kesehatan yang lebih adil dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aeni, N. (2021). Pandemi COVID-19: Dampak Kesehatan, Ekonomi, & Sosial. *Jurnal Litbang: Media Informasi Penelitian, Pengembangan Dan IPTEK*, 17(1), 17–34.
- Alfonso, A. A., & Gani, A. (2023). ANALISIS DETERMINAN SUPPLY SIDE TERHADAP DISPARITAS PEMANFAATAN LAYANAN FASILITAS KESEHATAN PROGRAM JKN DI INDONESIA.
- Aminda, R. S., Asri, N., Damanik, M. A., Mawarti, C., Fahriza, D., Hanifah, F. N., & Humaira, Z. (2024). PENGARUH DISKRIMINASI HARGA RUMAH SAKIT JAKARTA TERHADAP PELAYANAN TENAGA KESEHATAN UNTUK MENINGKATKAN KESEJAHTERAAN KELUARGA MISKIN. *Jurnal Pengabdian Masyarakat UIKA Jaya: SINKRON*, 2(1), 72.



- Azhar, A., Ismaidar, & Tamaulina Br. Sembiring. (2025). Reformasi Hukum Kesehatan di Indonesia: Tantangan dan Peluang dalam Mewujudkan Kesehatan Universal. *Mesada: Journal of Innovative Research*.
- Azmi, F., Rahayu, B. Z., & Hidayatullah, D. (2024). ANALISIS EFEKTIVITAS PROGRAM ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DALAM MENINGKATKAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(4).
- Delila Nisoni. (n.d.). (2020). Evaluasi Proses Implementasi Kebijakan Program UHC (Universal Health Coverage) di Semarang .
- Laksono, A. D., & Wulandari, R. D. (2019). Regional Disparities Of Health Center Utilization In Rural Indonesia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*.
- Maulany, R. F., Dianingati, R. S., & Annisaa', E. (2021). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Akses Kesehatan. *Indonesian Journal of Pharmacy and Natural Product*, 4(2).
- Pribadi, F. A., & Setijanigrum, E. (2023). Analisis Prinsip Pembiayaan Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Kesehatan Semesta di Indonesia. *Jejaring Administrasi Publik*, 15(2), 60–78.
- Putra, A. (2020). Kebijakan Kesehatan dan Demokrasi di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Putri, R. N. (2019). Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 19(1), 139.
- Sarjito, A. (2024). DAMPAK KEMISKINAN TERHADAP AKSES PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA. *Journal Ilmu Sosial, Politik Dan Pemerintahan*, 13(1), 397–416.
- Setyowati, R. K. (2022). Sistem Jaminan Kesehatan yang Memenuhi Hak-Hak Kepesertaan. *Justice Voice*, 1(1), 1–9.
- Siti Aisyah, D. L. T. D. (n.d.). (2021). IMPLEMENTASI KEBIJAKAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE UNTUK MENGATASI MASALAH KESEHATAN BAGI BAGI MASYARAKAT KURANG MAMPU DI KOTA SEMARANG.
- Suyanti, E., Afrita, I., & Oktapani, S. (2024). Pelaksanaan Program Universal Health Coverage (UHC) Di Indonesia. *Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai*, 4.