

Tanggung Jawab Hukum Pemerintah Atas Ketimpangan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan di Indonesia

**Dafirly Salsadilla Dosanto^{1*}, Riski Ananda Kusuma Putri², Alya Synthia Kurniawati³,
Muhammad Thufail Ariiq⁴, Siti Fadila Nuramelia⁵, Misshouw Meilany Putri⁶,
Muhammad Abdul Azis⁷**

¹⁻⁶Ilmu Hukum, Universitas, Muhammadiyah Cirebon, Indonesia

⁷Ilmu Hukum, Universitas Diponegoro, Indonesia

Email: dafirlyyy@gmail.com¹, riskiakp12@gmail.com², alysynthiakurniawati13@gmail.com³,
thufail.ariiq@gmail.com⁴, sitifadillah429@gmail.com⁵, misshouwmp@gmail.com⁶,
muhammadabdulazis@students.undip.ac.id⁷

*Penulis Korespondensi: dafirlyyy@gmail.com

Abstract. *Inequality in health care facilities remains a legal problem because the right to health requires health services to be available, accessible, qualified, and non-discriminatory. This study analyzes the legal construction of health facility inequality in fulfilling the right to health in Indonesia and formulates a prescriptive model for strengthening the responsibility of the central and local governments. This research uses normative legal research with statutory and conceptual approaches, while the analysis is conducted descriptively and prescriptively. The study finds that health facility inequality cannot be reduced to differences in the number of facilities because it also concerns the distribution of authority, minimum service standards, availability of health workers, digital infrastructure, financing, referral systems, and supervision. Indonesian health law has regulated the government's responsibility for equitable access, yet it has not fully established an accountability mechanism connecting equitable distribution with planning, budgeting, evaluation, and policy correction. This study proposes a rights-based accountability model for health facility equalization by integrating needs mapping, minimum standards, affirmative policy for vulnerable regions, data integration, participatory evaluation, and administrative incentives and sanctions.*

Keywords: *Health Care Facilities; Inequality; Legal Responsibility; Local Government; Right To Health.*

Abstrak. Ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan masih menjadi persoalan hukum karena hak atas kesehatan menuntut pelayanan yang tersedia, mudah diakses, bermutu, dan tidak diskriminatif. Penelitian ini bertujuan menganalisis konstruksi hukum ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan dalam pemenuhan hak atas kesehatan di Indonesia serta merumuskan model preskriptif penguatan tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Metode penelitian yang digunakan adalah yuridis normatif dengan pendekatan perundang-undangan dan konseptual, sedangkan analisis dilakukan secara deskriptif-preskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan faskes tidak cukup dibaca sebagai perbedaan jumlah sarana, tetapi sebagai persoalan distribusi kewenangan, standar pelayanan minimal, ketersediaan tenaga kesehatan, infrastruktur digital, pembiayaan, sistem rujukan, dan pengawasan. Kerangka hukum Indonesia telah memuat tanggung jawab pemerintah atas pemerataan akses, tetapi belum sepenuhnya membangun mekanisme akuntabilitas yang mengikat capaian pemerataan dengan perencanaan, alokasi anggaran, evaluasi, dan koreksi kebijakan. Penelitian ini menawarkan model akuntabilitas pemerataan faskes berbasis hak yang memadukan pemetaan kebutuhan, standar minimum, afirmasi daerah rentan, integrasi data, evaluasi partisipatif, serta sanksi dan insentif administratif. Model tersebut diarahkan untuk mengubah pemerataan faskes dari program pembangunan sektoral menjadi kewajiban hukum negara yang dapat diukur dan diawasi.

Kata kunci: Fasilitas Pelayanan Kesehatan; Hak Atas Kesehatan; Ketimpangan; Pemerintah Daerah; Tanggung Jawab Hukum.

1. LATAR BELAKANG

Hak atas kesehatan menempatkan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai instrumen utama pemenuhan kewajiban negara, karena pelayanan yang aman, bermutu, merata, dan terjangkau tidak dapat dicapai apabila sarana, tenaga, alat, obat, sistem rujukan, dan infrastruktur digital tidak tersedia secara memadai di wilayah tempat warga hidup (Ardinata, 2020; Idris, 2016).

Pasal 28H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945 memberi dasar konstitusional bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, sedangkan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 menegaskan tanggung jawab negara atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak (Republik Indonesia, 1945).

Ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia tidak dapat dilepaskan dari karakter geografis kepulauan, perbedaan kapasitas fiskal daerah, konsentrasi tenaga kesehatan di wilayah tertentu, serta variasi kualitas infrastruktur layanan (Herawati & Bakhri, 2019; Misnaniarti et al., 2017). Kementerian Kesehatan mencatat jumlah puskesmas pada tahun 2023 sebanyak 10.180 unit dan jumlah rumah sakit sebanyak 3.155 unit, tetapi angka nasional tersebut belum otomatis menunjukkan kesetaraan akses karena persebaran, mutu, keterjangkauan, dan kemampuan rujukan tidak seragam antarprovinsi dan antarkabupaten/kota (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a).

Persoalan tersebut semakin tampak ketika akses digital menjadi bagian dari prasyarat pelayanan kesehatan modern. Kementerian Kesehatan menyatakan sekitar 745 puskesmas tidak memiliki akses internet dan 1.475 puskesmas memiliki akses internet terbatas, padahal integrasi data, rujukan, rekam medis elektronik, konsultasi jarak jauh, dan pencatatan layanan semakin bergantung pada konektivitas yang stabil (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024b). Data tersebut memperlihatkan bahwa ketimpangan faskes tidak lagi hanya menyangkut bangunan fisik, tetapi juga menyangkut prasyarat administratif dan teknologi yang menentukan apakah warga benar-benar dapat memperoleh layanan kesehatan yang setara (Adiyanta, 2020; Pribadi & Setijaningrum, 2023).

Kajian terdahulu telah menunjukkan bahwa ketidakmerataan fasilitas, tempat tidur, dokter spesialis, tenaga kesehatan, dan kondisi geografis dapat memperlebar ketidakadilan pemanfaatan layanan kesehatan, terutama dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Kharisma, 2020; Misnaniarti et al., 2017). Laksono et al. (2020) menunjukkan distribusi dokter di Indonesia masih memiliki variasi yang lebar antarprovinsi, sedangkan Wulandari dan Laksono (2019) menemukan adanya disparitas pemanfaatan puskesmas antara wilayah perkotaan dan perdesaan pada kelompok lansia di Jawa Timur. Temuan serupa juga tampak pada kajian wilayah perbatasan yang menunjukkan ketidakpuasan warga terhadap sarana prasarana, kepastian waktu pelayanan, biaya transportasi, dan kemampuan layanan dasar (Herawati & Bakhri, 2019).

Kajian hukum kesehatan selama ini banyak menempatkan hak atas kesehatan sebagai hak konstitusional dan bagian dari hak asasi manusia, tetapi analisis khusus mengenai ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai bentuk persoalan tanggung jawab hukum pemerintah

masih relatif terbatas (Ardinata, 2020; Nurnaeni & Bachri, 2024). Kajian administrasi kesehatan dan kesehatan masyarakat telah memetakan faktor akses seperti waktu tempuh, lokasi tinggal, biaya transportasi, pendidikan, pendapatan, persepsi kesehatan, dan ketersediaan fasilitas, tetapi belum selalu menghubungkan faktor tersebut dengan konsekuensi hukum terhadap pemenuhan kewajiban pemerintah pusat dan daerah (Maulany et al., 2021; Mentari & Susilawati, 2022).

UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan sebenarnya telah memperkuat dasar tanggung jawab pemerintah karena Pasal 6 mengatur kewajiban pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau, sedangkan Pasal 11 mengatur tanggung jawab atas ketersediaan dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan serta informasi dan edukasi kesehatan (Republik Indonesia, 2023). Rumusan ini memberi dasar untuk membaca ketimpangan faskes sebagai persoalan hukum publik, karena ketidaktersediaan atau keterbatasan akses dapat menunjukkan jarak antara norma hak warga dan pelaksanaan kewajiban negara (Ardinata, 2020; Japar et al., 2024).

Kebaruan penelitian ini terletak pada penempatan ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai masalah akuntabilitas hukum, bukan sebatas masalah administrasi pembangunan kesehatan. Penelitian ini tidak berhenti pada deskripsi ketimpangan, tetapi merumuskan model preskriptif yang menghubungkan pemerataan faskes dengan standar pelayanan minimal, desain kewenangan, alokasi anggaran, integrasi data, pengawasan, dan mekanisme korektif berbasis hak (Adiyanta, 2020; Wardani et al., 2019).

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini merumuskan dua permasalahan. Pertama, bagaimana konstruksi hukum ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan dalam pemenuhan hak atas kesehatan di Indonesia. Kedua, bagaimana model preskriptif tanggung jawab hukum pemerintah pusat dan daerah untuk mengurangi ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan. Dua pertanyaan tersebut dipilih agar analisis bergerak dari pemetaan masalah menuju rancangan penyelesaian hukum yang dapat diterapkan melalui kebijakan nasional dan daerah (Idris, 2016; Wardani et al., 2019).

2. KAJIAN TEORITIS

Penelitian ini menggunakan teori hak atas kesehatan dan teori tanggung jawab negara. Teori hak atas kesehatan digunakan untuk menjelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan tidak sekadar berfungsi sebagai sarana administratif, tetapi menjadi bagian dari pemenuhan hak konstitusional warga negara. Hak atas kesehatan menuntut pelayanan yang tersedia, mudah

diakses, bermutu, terjangkau, dan tidak diskriminatif, karena negara memiliki kewajiban untuk memastikan warga memperoleh layanan kesehatan secara nyata (Ardinata, 2020; Republik Indonesia, 1945). Ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan menunjukkan adanya jarak antara jaminan normatif hak atas kesehatan dan kondisi faktual masyarakat yang belum memperoleh akses layanan secara merata, terutama ketika hambatan geografis, ekonomi, distribusi tenaga kesehatan, dan keterbatasan sarana masih terjadi di berbagai wilayah (Idris, 2016; Maulany et al., 2021; Rahmayani, 2023).

Teori tanggung jawab negara digunakan untuk menganalisis kewajiban pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam menjamin pemerataan fasilitas pelayanan kesehatan. Pemerintah tidak cukup hanya membentuk norma hukum, tetapi juga harus memastikan perencanaan, pembiayaan, distribusi tenaga kesehatan, pengawasan, dan mekanisme koreksi berjalan secara efektif agar hak atas kesehatan dapat terpenuhi (Japar et al., 2024; Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023). Melalui dua teori tersebut, ketimpangan faskes dapat dipahami sebagai persoalan hukum publik yang menuntut akuntabilitas pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang layak, merata, dan dapat diawasi oleh masyarakat (Nurnaeni & Bachri, 2024; Pribadi & Setijaningrum, 2023).

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode yuridis normatif karena objek utama yang dikaji adalah norma hukum mengenai hak atas kesehatan, tanggung jawab pemerintah, fasilitas pelayanan kesehatan, standar pelayanan minimal, pembiayaan, dan pengawasan penyelenggaraan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019; Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023). Pendekatan perundang-undangan digunakan untuk membaca UUD NRI Tahun 1945, UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, PP Nomor 28 Tahun 2024, Permenkes Nomor 4 Tahun 2019, dan peraturan lain yang berkaitan dengan standar pelayanan dasar bidang kesehatan (Republik Indonesia, 2024; Republik Indonesia, 1945).

Pendekatan konseptual digunakan untuk menjelaskan hubungan antara hak atas kesehatan, ekuitas akses, fasilitas pelayanan kesehatan, tanggung jawab negara, dan desentralisasi kesehatan (Ardinata, 2020; Idris, 2016). Bahan hukum sekunder diperoleh dari jurnal hukum, jurnal administrasi kesehatan, jurnal kesehatan masyarakat, laporan resmi Kementerian Kesehatan, serta publikasi ilmiah yang relevan dalam rentang sepuluh tahun terakhir sejauh tersedia dan dapat diakses secara terbuka (Maulany et al., 2021; Misnaniarti et al., 2017; Rahmayani, 2023).

Analisis dilakukan secara deskriptif-preskriptif. Analisis deskriptif dipakai untuk menggambarkan keadaan hukum positif dan gejala ketimpangan faskes berdasarkan literatur serta data resmi, sedangkan analisis preskriptif dipakai untuk menawarkan desain penguatan tanggung jawab hukum pemerintah yang lebih terukur, responsif, dan berbasis hak (Adiyanta, 2020; Wardani et al., 2019). Penelitian ini tidak memakai data lapangan primer, sehingga rekomendasi yang diajukan diarahkan sebagai model normatif yang masih dapat diuji lebih lanjut melalui penelitian empiris di wilayah tertentu (Herawati & Bakhri, 2019; Hikmah et al., 2023).

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Ketimpangan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Masalah Hukum Pemenuhan Hak atas Kesehatan

Ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan perlu dibaca melalui konsep ekuitas akses karena warga yang tinggal di wilayah berbeda dapat menghadapi hambatan yang tidak sama meskipun secara formal memiliki hak yang sama untuk berobat (Idris, 2016; Maulany et al., 2021). Ekuitas akses menuntut negara memperhatikan kebutuhan, kerentanan, dan hambatan aktual warga, bukan hanya menyediakan jumlah fasilitas secara agregat pada tingkat nasional (Idris, 2016; Mentari & Susilawati, 2022).

Ukuran jumlah faskes nasional sering menutupi persoalan distribusi karena satu wilayah dapat memiliki sarana yang padat, sedangkan wilayah lain menghadapi jarak tempuh panjang, biaya transportasi tinggi, jam layanan terbatas, kekurangan tenaga, atau alat kesehatan yang tidak lengkap (Herawati & Bakhri, 2019; Misnaniarti et al., 2017). Maulany et al. (2021) mencatat faktor akses kesehatan meliputi jenis kelamin, waktu tempuh, lokasi tempat tinggal, biaya transportasi, persepsi tentang kesehatan, pendapatan, pendidikan, dan pengetahuan. Rahmayani (2023) juga menemukan hambatan akses puskesmas di Indonesia berkaitan dengan kondisi geografis, ketersediaan pelayanan, kondisi ekonomi, sarana prasarana faskes, dan ketersediaan tenaga kesehatan.

Bila ketimpangan tersebut dibaca secara hukum, masalahnya tidak berhenti pada rendahnya efektivitas program kesehatan. Ketimpangan yang berulang dapat menunjukkan bahwa negara belum memenuhi standar ketersediaan, aksesibilitas, penerimaan, dan mutu pelayanan kesehatan yang menjadi bagian dari hak atas kesehatan ((Ardinata, 2020; Japar et al., 2024). Pasal 6 UU Kesehatan memberi kewajiban kepada pemerintah pusat dan daerah untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau, sehingga ketimpangan

faskes dapat diposisikan sebagai indikator lemahnya pemenuhan tanggung jawab hukum publik (Republik Indonesia, 2023).

Secara normatif, UU Nomor 17 Tahun 2023 telah memperjelas hubungan antara pemerintah pusat dan daerah dalam penyelenggaraan kesehatan. Pasal 10 menegaskan tanggung jawab atas ketersediaan sumber daya kesehatan yang adil dan merata, sedangkan Pasal 11 menegaskan tanggung jawab atas ketersediaan dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan serta informasi dan edukasi kesehatan (Republik Indonesia, 2023). Konstruksi tersebut menunjukkan bahwa pemerataan faskes tidak sekadar target administratif, tetapi bagian dari kewajiban negara untuk memastikan pelayanan kesehatan dapat digunakan oleh warga secara nyata (Ardinata, 2020; Nurnaeni & Bachri, 2024).

Konstruksi ini penting karena Jaminan Kesehatan Nasional dapat memperluas hak pembiayaan, tetapi tidak otomatis menyelesaikan hambatan suplai. Kharisma (2020) mengingatkan bahwa skema asuransi kesehatan sosial dapat tetap menyimpan risiko ketimpangan akses apabila distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan tidak merata. Misnaniarti et al. (2017) juga menunjukkan ketersediaan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, tempat tidur, dan dokter spesialis belum cukup serta belum merata untuk mendukung cakupan semesta JKN.

Keterbatasan suplai layanan membuat warga yang secara administratif menjadi peserta JKN tetap dapat menghadapi hambatan riil ketika faskes terdekat tidak memiliki kemampuan layanan yang diperlukan. Widyaningsih (2020) menunjukkan pemenuhan hak peserta JKN atas manfaat pelayanan bermutu di puskesmas belum sepenuhnya terlaksana karena faktor geografis, kemampuan layanan, sumber daya manusia, dan sarana prasarana yang belum sesuai standar. Temuan ini memperlihatkan bahwa hak jaminan kesehatan harus dibaca bersama hak atas fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia dan dapat dijangkau (Astuti, 2024; Kharisma, 2020).

Ketimpangan tenaga kesehatan juga memiliki implikasi langsung terhadap kualitas faskes. Laksono et al. (2020) menemukan distribusi dokter di Indonesia memiliki variasi yang sangat lebar antarprovinsi dan berkaitan dengan kepadatan penduduk serta jumlah puskesmas. Ketika dokter, tenaga spesialis, atau tenaga kesehatan pendukung terkonsentrasi pada wilayah tertentu, bangunan faskes di daerah tertinggal dapat kehilangan fungsi substantif sebagai tempat pelayanan yang aman dan bermutu (Laksono et al., 2020; Misnaniarti et al., 2017).

Dimensi spasial memperkuat analisis tersebut. Wulandari & Laksono (2019) menemukan disparitas perkotaan-perdesaan dalam pemanfaatan puskesmas oleh lansia di Jawa Timur, sedangkan Noor et al. (2021) menempatkan pemerataan layanan primer bagi lansia sebagai isu

penting selama pandemi. Hikmah et al. (2023) melalui analisis spasial sebaran FKTP di Kota Jambi menunjukkan pentingnya pemetaan fasilitas untuk memudahkan akses peserta BPJS dan penduduk pada tingkat kecamatan. Temuan-temuan tersebut menunjukkan bahwa pemerataan faskes membutuhkan instrumen geografis dan kependudukan yang lebih rinci daripada sekadar angka provinsi (Hikmah et al., 2023; Wulandari & Laksono, 2019).

Wilayah perbatasan dan terpencil memperlihatkan bentuk ketimpangan yang lebih konkret. Herawati & Bakhri (2019) menemukan warga wilayah perbatasan menghadapi persoalan kepuasan layanan, sarana prasarana, kepastian waktu, komunikasi, biaya transportasi, dan keterbatasan mobilitas petugas puskesmas. Data ini menegaskan bahwa ketimpangan akses tidak selalu muncul karena warga enggan menggunakan layanan, melainkan karena desain faskes, dukungan anggaran, dan kapasitas tenaga tidak disesuaikan dengan hambatan wilayah (Herawati & Bakhri, 2019; Rahmayani, 2023).

Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan seharusnya menjadi jembatan antara hak warga dan kewajiban pemerintah daerah. Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 mengatur standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan, sehingga pemerintah daerah memiliki acuan mengenai jenis layanan dasar, sasaran, mutu barang atau jasa, serta tata cara pemenuhan layanan minimum (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Wardani et al. (2019) menunjukkan pelaksanaan SPM kesehatan di Kabupaten Magelang belum mencapai target 100 persen pada 12 indikator yang diteliti, sehingga SPM masih menghadapi masalah implementasi meskipun dasar normatifnya telah tersedia.

Kegagalan mencapai SPM tidak dapat dibiarkan sebagai catatan administratif tahunan karena SPM berkaitan dengan hak dasar warga. Jika pemerintah daerah tidak mampu memenuhi standar minimum, pemerintah pusat perlu menggunakan fungsi pembinaan, pengawasan, bantuan teknis, insentif, dan koreksi kebijakan agar pemenuhan hak tidak bergantung penuh pada kapasitas daerah yang berbeda-beda (Adiyanta, 2020; Wardani et al., 2019). Posisi ini sejalan dengan Pasal 15 UU Kesehatan yang mewajibkan kebijakan daerah mengacu pada norma, standar, prosedur, dan kriteria pembangunan kesehatan yang ditetapkan pemerintah pusat (Republik Indonesia, 2023).

Desentralisasi kesehatan memberi ruang bagi pemerintah daerah untuk menyesuaikan kebijakan dengan kebutuhan lokal, tetapi ruang tersebut harus tetap berada dalam kerangka standar nasional. Ketika kapasitas fiskal, kualitas perencanaan, ketersediaan tenaga, dan sistem data berbeda antarwilayah, desentralisasi dapat menciptakan variasi layanan yang terlalu lebar apabila tidak dikawal dengan standar, pembiayaan, dan pengawasan yang kuat (Pribadi & Setijaningrum, 2023; Wardani et al., 2019). Pada titik ini, hukum kesehatan perlu

menempatkan pemerataan faskes sebagai kewajiban bersama yang bertingkat, bukan sebagai beban tunggal daerah (Republik Indonesia, 2024; Republik Indonesia, 2023).

Kesenjangan digital menambah lapisan baru dalam ketimpangan faskes. Puskesmas tanpa internet atau dengan internet terbatas sulit menjalankan agenda digitalisasi, pencatatan kesehatan, telekonsultasi, sistem rujukan berbasis data, dan integrasi layanan nasional (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024b). Bila teknologi kesehatan menjadi syarat mutu layanan, keterbatasan konektivitas pada puskesmas terpencil berpotensi menghasilkan diskriminasi tidak langsung karena warga di wilayah tersebut menerima pelayanan yang lebih lambat, kurang terdokumentasi, dan kurang terhubung dengan rujukan (Adiyanta, 2020; Pribadi & Setijaningrum, 2023).

Dari sisi pembiayaan, pemerataan faskes memerlukan desain alokasi yang mempertimbangkan kebutuhan dan beban wilayah. Pribadi & Setijaningrum (2023) menekankan pentingnya prinsip pembiayaan kesehatan dalam mendukung cakupan kesehatan semesta, sedangkan Adiyanta (2020) menempatkan UHC sebagai kebijakan penting bagi penyelenggaraan kesehatan masyarakat. Jika anggaran hanya mengikuti pola rutin tanpa mempertimbangkan daerah terpencil, kepulauan, perbatasan, dan daerah dengan beban penyakit tinggi, hukum anggaran kesehatan berisiko tidak cukup responsif terhadap ketimpangan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a; Pribadi & Setijaningrum, 2023).

Berdasarkan pembacaan tersebut, ketimpangan faskes memiliki tiga lapis persoalan hukum. Lapis pertama ialah kesenjangan normatif, yaitu jarak antara norma hak atas pelayanan kesehatan yang merata dan kenyataan akses yang berbeda antarwilayah (Republik Indonesia Tahun 1945; Republik Indonesia, 2023). Lapis kedua ialah kesenjangan institusional, yaitu belum kuatnya mekanisme yang mengikat pemerintah pusat dan daerah untuk menautkan perencanaan, anggaran, distribusi tenaga, dan pengawasan pada target pemerataan (Laksono et al., 2020; Wardani et al., 2019). Lapis ketiga ialah kesenjangan korektif, yaitu belum jelasnya mekanisme pemulihan atau perbaikan ketika warga daerah tertentu terus-menerus mengalami hambatan akses terhadap faskes (Ardinata, 2020; Nurnaeni & Bachri, 2024).

Tabel 1. Peta gap penelitian ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan.

Kelompok kajian	Fokus utama	Temuan pokok	Gap hukum yang tersisa
Ekuitas akses kesehatan	Faktor lokasi, waktu tempuh, biaya, pendapatan, pendidikan, dan pengetahuan	Akses layanan ditentukan oleh hambatan riil warga, bukan hanya status kepesertaan atau jumlah fasilitas	Belum cukup menjelaskan akibat hukum ketika hambatan akses terus berulang
Distribusi fasilitas dan tenaga	Ketersediaan faskes, dokter, tempat tidur, dokter spesialis, dan FKTP	Ketersediaan suplai layanan belum merata dan dapat melemahkan manfaat JKN	Belum mengikat distribusi suplai dengan kewajiban hukum pemerintah yang terukur
SPM dan desentralisasi	Pelaksanaan SPM kesehatan oleh pemerintah daerah	Capaian SPM dapat tidak mencapai target karena sumber daya, komunikasi, struktur, dan komitmen	Belum cukup kuat mekanisme korektif, insentif, dan sanksi administratif berbasis hak
Hukum kesehatan dan HAM	Hak atas kesehatan dan tanggung jawab negara	Hak kesehatan diakui sebagai hak konstitusional dan hak asasi manusia	Analisis khusus mengenai ketimpangan faskes sebagai indikator pelanggaran kewajiban pemerataan masih perlu diperkuat

Model Akuntabilitas Pemerataan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Hak

Analisis preskriptif perlu dimulai dari penegasan bahwa pemerataan faskes harus diubah dari bahasa program menjadi bahasa kewajiban hukum. UU Kesehatan telah mengatur tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah, tetapi efektivitas norma tersebut bergantung pada kemampuan sistem hukum untuk menghubungkan hak warga dengan indikator, aktor, anggaran, evaluasi, dan koreksi (Ardinata, 2020; Republik Indonesia, 2023). Tanpa mekanisme akuntabilitas, ketimpangan faskes mudah dipahami sebagai masalah teknis yang ditunda, bukan kewajiban yang harus segera diperbaiki (Nurnaeni & Bachri, 2024; Wardani et al., 2019).

Model yang ditawarkan dalam penelitian ini disebut Model Akuntabilitas Pemerataan Faskes Berbasis Hak. Model ini bertumpu pada gagasan bahwa setiap wilayah harus dinilai berdasarkan kebutuhan kesehatan aktual, hambatan akses, kapasitas layanan, risiko geografis, serta kerentanan penduduk, sehingga intervensi hukum dan kebijakan tidak memakai ukuran seragam untuk kondisi yang berbeda (Idris, 2016; Maulany et al., 2021). Logika model ini sejalan dengan konsep ekuitas karena perlakuan yang sama secara formal dapat menghasilkan ketidakadilan bila kebutuhan dan hambatan warga tidak (Idris, 2016; Kharisma, 2020).

Komponen pertama ialah pemetaan kebutuhan faskes berbasis risiko wilayah. Pemerintah pusat dan daerah perlu menyusun peta kebutuhan yang menggabungkan jumlah penduduk, kepadatan, jarak ke faskes, waktu tempuh, kepesertaan JKN, angka kesakitan,

kelompok rentan, status kepulauan atau perbatasan, ketersediaan tenaga, alat kesehatan, obat, tempat tidur, dan konektivitas (Hikmah et al., 2023; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a). Pemetaan tersebut harus menjadi dasar hukum perencanaan, bukan sekadar lampiran teknokratik, karena data yang tidak mengikat sering tidak cukup kuat memengaruhi alokasi anggaran dan distribusi sumber daya (Pribadi & Setijaningrum, 2023; Wardani et al., 2019).

Komponen kedua ialah penguatan SPM kesehatan sebagai standar hak minimum. SPM tidak cukup dipahami sebagai target administratif dinas kesehatan karena standar tersebut berkaitan dengan hak warga memperoleh pelayanan dasar yang (Peraturan Menteri Kesehatan, 2019; Wardani et al., 2019). Jika capaian SPM tidak mencapai target, laporan kinerja harus memuat penyebab hukum-administratif, rencana koreksi, kebutuhan dukungan pusat, tenggat pemenuhan, dan bentuk partisipasi publik agar warga dapat mengetahui alasan layanan minimum belum terpenuhi (Wardani et al., 2019; Zudi et al., 2021).

Komponen ketiga ialah pembagian tanggung jawab pusat dan daerah secara berjenjang. Pemerintah pusat perlu menetapkan standar nasional, menyediakan dukungan fiskal dan nonfiskal, membina daerah tertinggal, menata distribusi tenaga strategis, serta memastikan integrasi data nasional, sedangkan pemerintah daerah perlu menyusun rencana kebutuhan, menyediakan layanan dasar, menjaga mutu faskes, serta menindaklanjuti keluhan warga (Republik Indonesia, 2024; Republik Indonesia, 2023). Pembagian tersebut perlu dituangkan dalam indikator kinerja yang dapat diaudit agar tidak terjadi saling lempar tanggung jawab ketika layanan kesehatan tidak tersedia atau tidak dapat dijangkau (Adiyanta, 2020; Ardinata, 2020).

Komponen keempat ialah afirmasi hukum untuk daerah rentan. Daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, wilayah miskin, dan wilayah dengan beban penyakit tinggi membutuhkan perlakuan berbeda dalam anggaran, insentif tenaga kesehatan, infrastruktur digital, sistem rujukan, dan mobilitas layanan (Herawati & Bakhri, 2019; Rahmayani, 2023). Afirmasi ini tidak bertentangan dengan prinsip persamaan karena tujuannya mengurangi hambatan yang membuat warga tertentu tidak memperoleh kesempatan nyata untuk mengakses layanan kesehatan (Ardinata, 2020; Idris, 2016).

Komponen kelima ialah integrasi pembiayaan dengan kebutuhan pemerataan. Alokasi anggaran kesehatan perlu memasukkan indikator kesenjangan faskes, jarak geografis, konektivitas digital, kekurangan tenaga, dan capaian SPM sebagai dasar prioritas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a; Pribadi & Setijaningrum, 2023). Jika pembiayaan tidak didesain berdasarkan kesenjangan, daerah yang sudah memiliki fasilitas lebih baik dapat terus

menikmati layanan yang lebih lengkap, sedangkan daerah dengan kebutuhan tinggi tetap tertinggal karena biaya pembenahan awal lebih besar (Kharisma, 2020; Misnaniarti et al., 2017).

Komponen keenam ialah distribusi tenaga kesehatan yang terikat pada kewajiban pelayanan. Ketimpangan faskes tidak dapat diselesaikan hanya dengan membangun gedung karena layanan kesehatan bergantung pada tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga penunjang, alat, obat, dan manajemen rujukan (Laksono et al., 2020; Misnaniarti et al., 2017). Pemerintah perlu menghubungkan insentif fiskal dan nonfiskal sebagaimana ruang yang diberikan UU Kesehatan dengan indikator kebutuhan wilayah agar tenaga strategis tidak terus terkonsentrasi pada daerah yang secara ekonomi lebih menarik (Laksono et al., 2020; Republik Indonesia, 2023).

Komponen ketujuh ialah transformasi digital yang tidak meninggalkan puskesmas terpencil. Data mengenai 745 puskesmas tanpa akses internet dan 1.475 puskesmas dengan internet terbatas menunjukkan bahwa pemerataan digital harus menjadi bagian dari pemerataan faskes (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024b). Kebijakan rekam medis elektronik, sistem rujukan digital, dan integrasi data kesehatan harus disertai dukungan konektivitas, perangkat, pelatihan, dan standar keamanan data agar digitalisasi tidak memperbesar jarak mutu layanan antara kota dan daerah terpencil (Adiyanta, 2020; Pribadi & Setijaniningrum, 2023).

Komponen kedelapan ialah pengawasan partisipatif dan mekanisme pengaduan yang mudah digunakan. Warga perlu memiliki saluran untuk melaporkan ketiadaan layanan, penolakan pelayanan, kekurangan obat, waktu tunggu yang tidak wajar, ketiadaan tenaga, atau hambatan rujukan, karena pelaporan warga dapat menjadi indikator awal kegagalan pemenuhan hak (Nurnaeni & Bachri, 2024; Widyaningsih, 2020). Pemerintah daerah perlu menghubungkan pengaduan tersebut dengan rencana tindak lanjut yang transparan agar pengawasan tidak berhenti pada pencatatan keluhan (Ardinata, 2020; Wardani et al., 2019).

Komponen kesembilan ialah sistem insentif dan sanksi administratif. Pemerintah daerah yang mampu memperbaiki ketimpangan faskes, mencapai SPM, dan memperkuat layanan primer perlu memperoleh insentif anggaran, bantuan teknis, atau prioritas program, sedangkan daerah yang mengabaikan kewajiban tanpa alasan yang sah perlu menghadapi pembinaan khusus, evaluasi ketat, penundaan program tertentu, atau sanksi administratif sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Instrumen ini diperlukan karena norma tanggung jawab sering

kehilangan daya paksa apabila tidak memiliki konsekuensi terhadap kinerja pemerintah (Adiyanta, 2020; Wardani et al., 2019).

Komponen kesepuluh ialah mekanisme pemulihan kebijakan. Ketika warga di suatu daerah terus mengalami hambatan akses karena faskes tidak tersedia, tidak berfungsi, atau tidak memenuhi standar minimum, pemerintah perlu menyediakan langkah korektif seperti layanan bergerak, subsidi transportasi rujukan, penempatan tenaga sementara, kerja sama antarwilayah, penguatan telemedisin, atau peningkatan kelas layanan secara bertahap (Herawati & Bakhri, 2019; Rahmayani, 2023). Pemulihan kebijakan ini penting agar hak atas kesehatan tidak dipahami hanya sebagai hak untuk mengajukan keluhan, tetapi hak untuk memperoleh perbaikan nyata atas hambatan pelayanan (Ardinata, 2020; Nurnaeni & Bachri, 2024).

Tabel 2. Model preskriptif akuntabilitas pemerataan fasilitas pelayanan Kesehatan.

Komponen	Dasar masalah	Arah kebijakan hukum	Indikator akuntabilitas
Pemetaan kebutuhan	Data agregat tidak cukup menunjukkan hambatan riil	Peta faskes berbasis risiko wilayah dan kelompok rentan	Jarak, waktu tempuh, kepadatan, beban penyakit, tenaga, alat, obat, internet
SPM berbasis hak	SPM sering hanya menjadi laporan kinerja	Capaian SPM dikaitkan dengan hak dasar dan rencana koreksi	Target, penyebab kegagalan, tenggat perbaikan, dukungan pusat
Afirmasi daerah rentan	Wilayah terpencil dan perbatasan memiliki biaya akses lebih tinggi	Insentif anggaran, layanan bergerak, subsidi rujukan, penempatan tenaga	Penurunan waktu tempuh, peningkatan layanan dasar, ketersediaan tenaga
Integrasi pembiayaan	Anggaran rutin belum selalu mengikuti peta ketimpangan	Formula anggaran berdasarkan kebutuhan dan kesenjangan	Korelasi belanja kesehatan dengan capaian SPM dan pemerataan faskes
Pengawasan korektif	Keluhan warga sering tidak terhubung dengan perbaikan	Pengaduan publik, audit layanan, evaluasi berkala, sanksi dan insentif	Jumlah keluhan terselesaikan, tindak lanjut, audit, perubahan capaian layanan

Model tersebut menghasilkan beberapa konsekuensi normatif. Pemerintah pusat tidak cukup berperan sebagai pembuat standar karena tanggung jawab pemerataan menuntut pembinaan aktif terhadap daerah yang tertinggal, termasuk melalui pendanaan, penguatan SDM, sistem data, dan pengawasan capaian (Adiyanta, 2020; Republik Indonesia, 2023). Pemerintah daerah juga tidak dapat menjadikan keterbatasan fiskal sebagai alasan permanen karena UU Kesehatan memberi ruang penyusunan kebijakan daerah yang wajib mengacu pada norma, standar, prosedur, dan kriteria nasional (Republik Indonesia, 2023; Wardani et al., 2019).

Pada tingkat layanan primer, puskesmas perlu diposisikan sebagai simpul pemerataan. Puskesmas mempunyai peran strategis dalam promotif, preventif, kuratif dasar, deteksi dini, pengelolaan penyakit kronis, dan rujukan, sehingga ketimpangan kualitas puskesmas akan

berdampak langsung pada beban rumah sakit dan biaya kesehatan warga (Laksono et al., 2020; Wulandari & Laksono, 2019; Zudi et al., 2021). Pemerintah perlu memastikan bahwa penguatan puskesmas tidak terbatas pada jumlah unit, tetapi mencakup kemampuan layanan, ketersediaan tenaga, obat, laboratorium dasar, sistem informasi, dan sarana rujukan (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2019; Rahmayani, 2023).

Sistem rujukan juga perlu ditata sebagai bagian dari pemerataan faskes. Ketika faskes primer tidak mampu menangani kebutuhan tertentu, warga membutuhkan rujukan yang cepat, jelas, terjangkau, dan tidak membebani biaya transportasi secara berlebihan (Herawati & Bakhri, 2019; Kharisma, 2020). Pemerintah dapat mengembangkan perjanjian kerja sama antardaerah, layanan rujukan bergerak, ambulans terpadu, serta dukungan pembiayaan transportasi untuk daerah kepulauan dan terpencil agar hak atas kesehatan tidak berhenti pada pintu puskesmas (Adiyanta, 2020; Pribadi & Setijaningrum, 2023).

Rancangan preskriptif ini juga memerlukan data terbuka yang dapat diuji publik. Data tentang jumlah faskes, tenaga kesehatan, alat, obat, capaian SPM, waktu tunggu, keluhan, dan jaringan internet perlu tersedia dalam format yang mudah dipahami agar masyarakat dapat mengawasi perbaikan layanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024b). Transparansi data akan membantu membedakan daerah yang benar-benar mengalami hambatan struktural dari daerah yang memiliki masalah perencanaan, tata kelola, atau prioritas anggaran (Pribadi & Setijaningrum, 2023; Wardani et al., 2019).

Penguatan hukum pemerataan faskes juga perlu memperhatikan kelompok rentan. Lansia, penyandang disabilitas, ibu hamil, anak, masyarakat miskin, masyarakat adat, warga pulau kecil, dan warga perbatasan membutuhkan desain layanan yang lebih dekat, mudah diakses, dan responsif terhadap kebutuhan khusus (Japar et al., 2024; Noor et al., 2021). UU Kesehatan telah mengatur beberapa hak kelompok berdasarkan daur hidup dan kebutuhan khusus, sehingga kebijakan faskes harus memperhitungkan kerentanan warga dalam menentukan lokasi layanan, jam layanan, tenaga, alat bantu, dan mekanisme rujukan (Nurnaeni & Bachri, 2024; Republik Indonesia, 2023).

Kebijakan afirmatif tersebut dapat ditempuh melalui tiga bentuk instrumen hukum. Instrumen pertama berupa regulasi teknis yang menetapkan indikator ketimpangan faskes dan prioritas intervensi nasional. Instrumen kedua berupa perencanaan dan penganggaran berbasis kesenjangan yang mengikat pemerintah pusat serta daerah dalam rencana pembangunan kesehatan. Instrumen ketiga berupa pengawasan dan evaluasi berbasis hak yang memuat tindak

lanjut, insentif, dan sanksi administratif (Adiyanta, 2020; Pribadi & Setijaningrum, 2023; Wardani et al., 2019).

Dari perspektif hukum administrasi, model ini menempatkan warga sebagai subjek hak, bukan penerima pasif program kesehatan. Pemerintah yang gagal menyediakan pelayanan minimum perlu menjelaskan dasar keterbatasan, langkah perbaikan, dan waktu pemenuhan karena kewajiban pemerintahan modern tidak berhenti pada pembentukan peraturan (Ardinata, 2020; Nurnaeni & Bachri, 2024). Prinsip ini penting untuk mencegah ketimpangan faskes berubah menjadi keadaan normal yang diterima karena terjadi di daerah jauh dari pusat perhatian politik (Herawati & Bakhri, 2019; Rahmayani, 2023).

Pada tingkat implementasi, model ini dapat dimasukkan ke dalam pedoman nasional pemerataan faskes atau revisi pedoman teknis SPM kesehatan. Pedoman tersebut perlu mengatur klasifikasi daerah berdasarkan risiko akses, indikator minimal ketersediaan layanan, mekanisme dukungan pusat, pemetaan digital faskes, penempatan tenaga kesehatan berbasis kebutuhan, serta kewajiban publikasi capaian dan rencana koreksi (Republik Indonesia, 2023; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Rancangan ini lebih operasional daripada sekadar mengulang norma hak atas kesehatan karena menghubungkan kewajiban hukum dengan indikator tindakan pemerintah (Laksono et al., 2020; Wardani et al., 2019).

Penelitian ini juga menekankan perlunya menghubungkan penilaian kinerja pemerintah daerah dengan kualitas pemerataan layanan. Kinerja kesehatan daerah tidak seharusnya hanya dinilai dari serapan anggaran atau jumlah program, tetapi dari perubahan akses warga terhadap faskes, penurunan hambatan rujukan, peningkatan kualitas puskesmas, dan perbaikan capaian SPM (Wardani et al., 2019; Zudi et al., 2021). Ukuran tersebut akan membuat pemerintah lebih terdorong memperbaiki masalah yang dialami warga, bukan hanya memenuhi prosedur pelaporan internal (Ardinata, 2020; Pribadi & Setijaningrum, 2023).

Dengan model tersebut, ketimpangan faskes dapat ditangani melalui pendekatan hukum yang lebih substantif. Hukum tidak hanya berfungsi menetapkan kewajiban umum, tetapi juga mengatur bagaimana kewajiban tersebut diterjemahkan menjadi prioritas, sumber daya, tindakan, evaluasi, dan pemulihan (Republik Indonesia, 2023; Japar et al., 2024). Arah ini penting agar hak atas kesehatan tidak berhenti sebagai norma konstitusional yang kuat di atas kertas, tetapi hadir sebagai akses layanan yang benar-benar dapat digunakan oleh warga di kota, desa, pulau kecil, perbatasan, dan wilayah terpencil (Herawati & Bakhri, 2019; Idris, 2016).

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Ketimpangan fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia perlu dipahami sebagai masalah hukum pemenuhan hak atas kesehatan. Ketimpangan tersebut tidak cukup diukur dari jumlah faskes secara nasional karena akses warga dipengaruhi oleh distribusi fasilitas, tenaga kesehatan, alat, obat, sistem rujukan, kemampuan layanan, kondisi geografis, biaya transportasi, serta konektivitas digital. UU Nomor 17 Tahun 2023 telah memberi dasar tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah atas layanan yang merata dan terjangkau, tetapi pelaksanaannya masih membutuhkan mekanisme akuntabilitas yang menghubungkan norma hak dengan perencanaan, pembiayaan, pemenuhan SPM, distribusi SDM, dan pengawasan korektif.

Penelitian ini menawarkan Model Akuntabilitas Pemerataan Faskes Berbasis Hak sebagai jawaban preskriptif. Model ini menekankan pemetaan kebutuhan berbasis risiko wilayah, penguatan SPM sebagai standar hak minimum, pembagian tanggung jawab pusat dan daerah secara berjenjang, afirmasi daerah rentan, integrasi pembiayaan berbasis kesenjangan, distribusi tenaga kesehatan, pemerataan digital, pengawasan partisipatif, serta sistem insentif dan sanksi administratif. Rekomendasi utama penelitian ini adalah perlunya pedoman nasional pemerataan faskes yang bersifat operasional, terukur, dan dapat diawasi publik agar ketimpangan layanan tidak lagi diperlakukan sebagai masalah teknis semata, tetapi sebagai kewajiban hukum negara dalam menjamin hak atas kesehatan secara adil.

DAFTAR REFERENSI

- Adiyanta, F. C. S. (2020). Urgensi kebijakan jaminan kesehatan semesta (Universal Health Coverage) bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat di masa pandemi Covid-19. *Administrative Law & Governance Journal*, 3(2), 272–299. <https://doi.org/10.14710/alj.v3i2.272-299>
- Ardinata, M. (2020). Tanggung jawab negara terhadap jaminan kesehatan dalam perspektif hak asasi manusia. *Jurnal HAM*, 11(2), 319–332. <https://doi.org/10.30641/ham.2020.11.319-332>
- Astuti, E. K. (2024). Peran BPJS Kesehatan dalam mewujudkan hak atas pelayanan kesehatan bagi warga negara Indonesia. *JPeHI: Jurnal Penelitian Hukum Indonesia*, 1(2). <https://doi.org/10.61689/jpehi.v1i02.149>
- Herawati, C., & Bakhri, S. (2019). Ketimpangan pelayanan kesehatan dasar dan ekonomi di wilayah perbatasan. *Afiasi: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(1), 17–27. <https://doi.org/10.31943/afiasi.v4i1.9>
- Hikmah, N., Noerjodianto, D., & Wardiah, R. (2023). Analisis spasial sebaran fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) di Kota Jambi. *JIK: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), 236–241.

- Idris, H. (2016). Ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan: Teori dan aplikasi dalam penelitian. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 73–80. <https://doi.org/10.26553/jikm.2016.7.2.73-80>
- Indonesia, R. (1945). *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945*.
- Indonesia, R. (2023). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*.
- Japar, M., Suryani, L. P., & Widiati, I. A. P. (2024). Hukum kesehatan ditinjau dari perlindungan hak asasi manusia. *Jurnal Interpretasi Hukum*, 5(1), 958–964.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024a). *Kemenkes dan Starlink akan sediakan akses internet di puskesmas terpencil dan terluar*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024b). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kharisma, D. D. (2020). Healthcare access inequity within a social health insurance setting: A risk faced by Indonesia's Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) program. *Bappenas Working Papers*, 3(1), 63–74.
- Laksono, A. D., Ridlo, I. A., & Ernawaty, E. (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>
- Maulany, R. F., Dianingati, R. S., & Annisaa', E. (2021). Faktor-faktor yang mempengaruhi akses kesehatan. *Indonesian Journal of Pharmacy and Natural Product*, 4(2), 142–149. <https://doi.org/10.35473/ijpnp.v4i2.1161>
- Mentari, G. B., & Susilawati, S. (2022). Faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan di Indonesia. *Jurnal Health Sains*, 3(6), 767–773. <https://doi.org/10.46799/jhs.v4i06.512>
- Misnaniarti, M., Hidayat, B., Pujiyanto, P., Nadjib, M., Thabrany, H., Junadi, P., Besral, B., Purwoko, B., Trihono, T., & Yulaswati, V. (2017). Ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan dalam mendukung cakupan semesta Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 1(1), 6–16. <https://doi.org/10.22435/jpppk.v1i1.425>
- Noor, Z. A., Sekarningrum, T. D., & Sulistyaningsih, T. (2021). Disparitas perkotaan-perdesaan: Pemerataan dalam akses layanan kesehatan primer untuk lansia selama pandemi Covid-19. *JPPI: Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia*, 7(4), 576–585. <https://doi.org/10.29210/020211249>
- Nurnaeni, N., & Bachri, S. (2024). Peran hukum dalam menjamin hak atas kesehatan: Analisis perlindungan hukum bagi pasien di Indonesia. *Jurnal Berita Kesehatan*, 17(2), 58–69. <https://doi.org/10.58294/jbk.v17i2.204>
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (2019).
- Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (2024).
- Pribadi, F. A., & Setijaningrum, E. (2023). Analisis prinsip pembiayaan kesehatan dalam mendukung cakupan kesehatan semesta di Indonesia. *Jejaring Administrasi Publik*, 15(2), 60–78. <https://doi.org/10.20473/jap.v15i2.49582>

- Rahmayani, C. K. (2023). Faktor hambatan dalam akses pelayanan kesehatan pada puskesmas di Indonesia: Scoping review. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(4), 1337–1344.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (1945).
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (2023).
- Wardani, R., Dewi, D. A. S., Syafingi, H. M., & Suharso, S. (2019). Pelaksanaan kebijakan standar pelayanan minimal kesehatan Kabupaten Magelang tahun 2017-2019 dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat. *Amnesti: Jurnal Hukum*, 1(2), 56–70. <https://doi.org/10.37729/amnesti.v1i2.646>
- Widyaningsih, P. (2020). Pemenuhan hak peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atas manfaat pelayanan kesehatan yang bermutu di puskesmas dihubungkan dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. *Aktualita: Jurnal Hukum*, 3(2).
- Wulandari, R. D., & Laksono, A. D. (2019). Urban-rural disparity: The utilization of primary healthcare centers among elderly in East Java, Indonesia. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 147–154. <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i2.2019.147-154>
- Zudi, M., Suryoputro, A., & Arso, S. P. (2021). Analisis implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Puskesmas Guntur I Kabupaten Demak. *JKM: Jurnal Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 8(2), 165–179. <https://doi.org/10.31596/jkm.v8i2.681>