

Pemenuhan Hak Atas Kesehatan sebagai Hak Asasi Manusia (HAM) dalam Pelaksanaan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Supardi Supardi^{1*}, Awaluddin², Gunawan Arifin³, Ansar⁴

¹Puskesmas Bungku, Kabupaten Morowali, Indonesia

^{2,3,4}Fakultas Hukum, Universitas Tadulako, Palu, Indonesia

Corresponding Author's e-mail : chupa.supardi@gmail.com



e-ISSN: 2964-0962

SEIKAT: Jurnal Ilmu Sosial, Politik dan Hukum

<https://ejournal.45mataram.ac.id/index.php/seikat>

Vol. 5, No. 4, Agustus 2026

Page: 2991 - 3002

Available at:

<https://ejournal.45mataram.ac.id/index.php/seikat/article/view/3461>

DOI:

<https://doi.org/10.55681/seikat.v5i4.2461>

Article History:

Received: 16-07-2026

Revised: 27-08-2026

Accepted: 27-08-2026

Abstract : *This study aims to analyze the fulfillment of the right to health as a human right through the Integrated Primary Health Care (IPHC) policy and to examine the state's responsibility in providing health services from a human rights perspective. This research employs a normative legal research method using statutory, conceptual, and human rights approaches. The legal materials consist of national legislation, international human rights instruments, legal literature, and health policy documents, which are analyzed qualitatively using a descriptive-analytical method. The findings indicate that the Integrated Primary Health Care policy represents the implementation of the state's obligation to fulfill the right to health by strengthening primary health care services through promotive, preventive, curative, rehabilitative, and palliative approaches. The implementation of IPHC has contributed to fulfilling the four essential elements of the right to health, namely availability, accessibility, acceptability, and quality (AAAQ). Nevertheless, its implementation continues to face several challenges, including the unequal distribution of health facilities and health workers, limited access in remote areas, and disparities in the quality of health services. Therefore, strengthening the equitable distribution of health resources, improving service quality, promoting inclusive digital health transformation, and enhancing collaboration among stakeholders are essential to ensuring the effective, equitable, and sustainable realization of the right to health in accordance with the state's human rights obligations.*

Keywords : *Right to Health; Human Rights; State Responsibility; Integrated Primary Health Care (IPHC); Primary Health Care; Health Policy.*

Abstrak : Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pemenuhan hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia melalui kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) serta mengkaji tanggung jawab negara dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasarkan perspektif hak asasi manusia. Penelitian ini menggunakan metode penelitian hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan (statute approach), pendekatan konseptual (conceptual approach), dan pendekatan hak asasi manusia (human rights approach). Bahan hukum yang digunakan meliputi peraturan perundang-undangan nasional, instrumen hukum internasional, literatur, serta dokumen kebijakan di bidang kesehatan yang dianalisis secara kualitatif melalui metode deskriptif-analitis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan ILP merupakan wujud pelaksanaan tanggung jawab negara dalam memenuhi hak atas kesehatan melalui penguatan pelayanan kesehatan primer yang berorientasi pada promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Implementasi ILP telah mendukung pemenuhan empat unsur hak atas kesehatan (availability, accessibility, acceptability, dan quality), namun masih menghadapi berbagai tantangan berupa ketimpangan distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan, keterbatasan akses di wilayah terpencil, serta belum meratanya kualitas pelayanan. Oleh karena itu,

penguatan pemerataan sumber daya kesehatan, peningkatan mutu pelayanan, transformasi digital yang inklusif, dan sinergi antar pemangku kepentingan diperlukan agar pemenuhan hak atas kesehatan dapat terlaksana secara optimal, adil, dan berkelanjutan sesuai dengan kewajiban negara dalam menjamin hak asasi manusia.

Kata Kunci : Hak atas Kesehatan; Hak Asasi Manusia; Tanggung Jawab Negara; Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP); Pelayanan Kesehatan Primer; Kebijakan Kesehatan.

PENDAHULUAN

Hak atas kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang bersifat fundamental dan tidak dapat dipisahkan dari pemenuhan hak-hak dasar manusia lainnya. Prinsip tersebut telah ditegaskan dalam Pasal 25 Universal Declaration of Human Rights (UDHR) yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh standar kehidupan yang layak untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya serta keluarganya (Ardinata, 2020). Dalam konteks nasional, pengakuan terhadap hak atas kesehatan semakin diperkuat melalui Perubahan Kedua Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 secara eksplisit menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, memperoleh tempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta memperoleh pelayanan kesehatan. Ketentuan tersebut menunjukkan adanya perubahan paradigma dalam memahami kesehatan, yaitu dari konsep yang sebelumnya dipandang sebagai persoalan individual menjadi suatu hak hukum (legal rights) yang menimbulkan kewajiban konstitusional bagi negara untuk menjamin pemenuhannya (Anggriani & Arfanita, 2024).

Perkembangan konsep hak atas kesehatan terus mengalami penguatan baik dalam sistem hukum nasional maupun hukum internasional. Dalam hukum nasional, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan bahwa setiap orang memiliki hak untuk hidup sehat secara fisik, mental, dan sosial serta memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau guna mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya. Sementara itu, dalam instrumen hukum internasional, hak atas kesehatan diatur dalam International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) yang disahkan pada tahun 1966. Pasal 12 ayat (1) ICESCR menyatakan bahwa setiap orang berhak menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental.

Lebih lanjut, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) melalui General Comment No. 14 menjelaskan bahwa hak atas kesehatan tidak hanya dimaknai sebagai hak untuk mendapatkan pelayanan medis, tetapi mencakup empat unsur utama, yaitu ketersediaan (availability), keterjangkauan (accessibility), keberterimaan (acceptability), dan kualitas (quality). Aksesibilitas sendiri mencakup aspek non-diskriminasi, akses fisik, keterjangkauan ekonomi, serta akses terhadap informasi kesehatan. Dalam pemenuhannya, negara memiliki tiga kewajiban utama, yaitu menghormati (to respect), melindungi (to protect), dan memenuhi (to fulfil) hak atas kesehatan melalui pembentukan regulasi, penyediaan fasilitas kesehatan, serta penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan yang sesuai dengan prinsip HAM.

Sejalan dengan kewajiban tersebut, ICESCR mewajibkan negara pihak untuk mengambil langkah-langkah konkret melalui pembentukan kebijakan nasional dan pengembangan strategi pelayanan kesehatan yang efektif. Salah satu pendekatan yang direkomendasikan secara global adalah Primary Health Care (PHC) sebagaimana dikembangkan oleh World Health Organization (WHO), yang menempatkan pelayanan kesehatan primer sebagai fondasi utama dalam pencapaian universal health coverage (UHC) (Allen et al., 2023). Pendekatan PHC menekankan pelayanan yang terintegrasi, berorientasi pada masyarakat (people-centred), serta mampu menjangkau kebutuhan kesehatan sepanjang siklus kehidupan.

Namun demikian, pemenuhan hak atas kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023, cakupan pemeriksaan faktor risiko penyakit tidak menular masih relatif rendah. Data menunjukkan bahwa hanya 39,87% penduduk yang telah melakukan skrining penyakit tidak menular. Selain itu, masih terdapat 32,6% penduduk usia di atas 20 tahun yang belum pernah melakukan pemeriksaan tekanan darah, 80,82% belum pernah mengukur lingkar perut, 35,61% tidak melakukan pemantauan berat badan, 61,6% belum melakukan pemeriksaan kadar kolesterol, dan 62,6% belum pernah melakukan pemeriksaan kadar gula darah. Kondisi tersebut menunjukkan masih adanya kesenjangan dalam upaya promotif dan preventif sebagai bagian penting dari pemenuhan hak atas kesehatan.

Sebagai respons terhadap berbagai tantangan tersebut, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan melakukan transformasi sistem kesehatan nasional dengan memperkuat pelayanan kesehatan primer berbasis pendekatan Primary Health Care. Salah satu bentuk implementasinya adalah melalui kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP), yang bertujuan mengintegrasikan berbagai pelayanan kesehatan primer berdasarkan kebutuhan individu, keluarga, dan masyarakat sepanjang siklus kehidupan (Jannah et al., 2026). ILP menjadi strategi negara untuk memperkuat pemenuhan hak atas kesehatan melalui peningkatan akses, kesinambungan pelayanan, penguatan promotif dan preventif, serta peningkatan kualitas layanan kesehatan dasar (FITRIANI & EDIYONO, 2025).

Meskipun demikian, implementasi ILP menimbulkan pertanyaan mengenai sejauh mana kebijakan tersebut mampu memenuhi standar hak atas kesehatan sebagaimana ditetapkan dalam perspektif HAM, khususnya terkait aspek ketersediaan (*availability*), keterjangkauan (*accessibility*), keberterimaan (*acceptability*), dan kualitas (*quality*) pelayanan kesehatan. Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bentuk pemenuhan hak atas kesehatan sebagai Hak Asasi Manusia (HAM) dalam pelaksanaan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) di Puskesmas.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian hukum normatif dengan pendekatan deskriptif-analitis. Penelitian difokuskan pada analisis norma hukum yang mengatur hak atas kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia serta tanggung jawab negara dalam penyelenggaraan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Pendekatan yang digunakan meliputi pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), pendekatan konseptual (*conceptual approach*), dan pendekatan hak asasi manusia (*human rights approach*). Pendekatan perundang-undangan digunakan untuk mengkaji berbagai ketentuan hukum yang berkaitan dengan hak atas kesehatan, antara lain Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, serta Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Selain itu, penelitian juga mengkaji instrumen hukum internasional, seperti Universal Declaration of Human Rights (UDHR), International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), serta General Comment No. 14 Committee on Economic, Social and Cultural Rights mengenai hak atas kesehatan.

Bahan hukum yang digunakan terdiri atas bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan dan instrumen hukum internasional, bahan hukum sekunder berupa buku, artikel ilmiah, hasil penelitian, dan dokumen kebijakan kesehatan, serta bahan hukum tersier berupa kamus hukum, ensiklopedia, dan sumber referensi lainnya yang relevan. Pengumpulan

bahan hukum dilakukan melalui studi kepustakaan (library research) dengan menelaah berbagai literatur yang berkaitan dengan hak atas kesehatan, pelayanan kesehatan primer, dan tanggung jawab negara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hak atas kesehatan sebagai Hak asasi Manusia (HAM) dan Tanggungjawab Negara

Dalam perkembangan hukum internasional, pada 10 Desember 1948 telah dideklarasikan Universal Declaration of Human Rights (UDHR) atau Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM) yang menjadi tonggak penting dalam pengakuan hak-hak dasar manusia secara universal. Deklarasi tersebut menegaskan bahwa setiap manusia memiliki hak yang melekat pada dirinya tanpa membedakan ras, jenis kelamin, kebangsaan, maupun status sosial. Indonesia sebagai bagian dari masyarakat internasional juga mengadopsi berbagai instrumen hukum HAM internasional sebagai bentuk komitmen dalam penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak asasi manusia yang sejalan dengan amanat konstitusi (Buana *et al.*, 2023).

Hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak dasar manusia yang melekat secara inheren pada setiap individu. Hak tersebut tidak hanya berkaitan dengan akses terhadap pelayanan medis, tetapi mencakup berbagai determinan kesehatan yang memungkinkan seseorang mencapai standar kesehatan yang optimal. Dalam General Comment No. 14 mengenai hak atas kesehatan, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) menegaskan bahwa hak atas kesehatan merupakan hak fundamental yang sangat penting bagi pelaksanaan hak asasi manusia lainnya. Pemenuhan hak atas kesehatan tidak dapat dipisahkan dari kewajiban negara untuk menciptakan kondisi yang mendukung perlindungan dan peningkatan kesehatan masyarakat.

Pengakuan terhadap hak atas kesehatan juga terdapat dalam berbagai instrumen HAM internasional, antara lain Pasal 25 DUHAM, Pasal 12 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), Pasal 12 Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW), serta Pasal 24 Convention on the Rights of the Child (CRC). Instrumen-instrumen tersebut menunjukkan bahwa kesehatan bukan sekadar tujuan kebijakan publik, tetapi merupakan hak hukum yang menimbulkan kewajiban bagi negara untuk menyediakan layanan kesehatan yang tersedia, dapat diakses, diterima, dan berkualitas. Secara khusus, Pasal 12 ayat (1) ICESCR menyatakan bahwa setiap orang memiliki hak untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental. Ketentuan tersebut menunjukkan bahwa hak atas kesehatan merupakan hak individual yang wajib dijamin tanpa diskriminasi.

Dalam konteks hukum nasional Indonesia, pengakuan terhadap hak atas kesehatan tercermin dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Rosdian *et al.*, 6 C.E.). Ketentuan tersebut memiliki hubungan erat dengan Pasal 34 ayat (3) dan ayat (4) UUD 1945 yang menegaskan kewajiban negara dalam menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Dengan demikian, konstitusi Indonesia tidak hanya mengakui kesehatan sebagai hak warga negara, tetapi juga menetapkan tanggung jawab negara sebagai penyelenggara utama pemenuhannya.

Sejalan dengan prinsip tersebut, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memperkuat kedudukan hak atas kesehatan dengan menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sehat secara fisik, mental, dan sosial serta memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau guna mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Ketentuan ini menunjukkan bahwa negara memiliki kewajiban untuk membangun sistem

kesehatan yang mampu menjamin pemenuhan hak kesehatan secara berkelanjutan. Dalam perspektif HAM, negara merupakan pemangku kewajiban (*duty bearer*) yang memiliki tanggung jawab utama dalam menjamin terpenuhinya hak-hak dasar masyarakat. Negara tidak hanya berkewajiban untuk tidak melakukan tindakan yang dapat menghambat pemenuhan hak kesehatan (*obligation to respect*), tetapi juga harus mengambil langkah aktif melalui kebijakan, regulasi, dan penyediaan fasilitas kesehatan (*obligation to protect and fulfil*) (Karp, 2020).

Kewajiban negara tersebut ditegaskan dalam Pasal 2 ICESCR yang mewajibkan negara pihak untuk mengambil langkah-langkah melalui penggunaan sumber daya yang tersedia secara maksimal guna mencapai realisasi penuh hak-hak yang diakui dalam kovenan secara progresif. Selain itu, negara juga berkewajiban memastikan bahwa pemenuhan hak tersebut dilakukan tanpa diskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, pandangan politik, asal-usul sosial, kondisi ekonomi, kelahiran, maupun status lainnya.

Prinsip realisasi progresif (*progressive realization*) dalam Pasal 2 ayat (1) ICESCR menunjukkan bahwa negara memiliki kewajiban untuk terus meningkatkan pemenuhan hak ekonomi, sosial, dan budaya, termasuk hak atas kesehatan, sesuai dengan kemampuan sumber daya yang tersedia. Prinsip ini mengakui bahwa setiap negara dapat menghadapi keterbatasan sumber daya, namun keterbatasan tersebut tidak dapat dijadikan alasan untuk mengabaikan kewajiban dasar dalam menjamin pemenuhan hak kesehatan (Forman et al., 2016). Oleh karena itu, negara tetap memiliki kewajiban minimum (*minimum core obligation*) untuk memastikan bahwa setiap individu memperoleh perlindungan dasar terhadap hak atas kesehatan.

b. Pemenuhan Hak atas kesehatan sebagai tanggung jawab negara dalam Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP)

Istilah Hukum Pelayanan Kesehatan secara normatif dapat ditemukan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Dalam ketentuan tersebut dijelaskan bahwa Pelayanan Kesehatan merupakan segala bentuk kegiatan atau rangkaian aktivitas pelayanan yang diberikan secara langsung kepada individu maupun masyarakat, dengan tujuan memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan. Pelayanan ini mencakup berbagai pendekatan, yaitu promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.

Selanjutnya, Pasal 26 mengatur bahwa upaya kesehatan dalam bentuk pelayanan diselenggarakan melalui dua tingkatan, yakni Pelayanan Kesehatan Primer dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan. Kemudian, pada Pasal 31 ayat (2) ditegaskan bahwa pelayanan kesehatan primer merupakan layanan yang paling dekat dengan masyarakat dan berfungsi sebagai kontak pertama dalam sistem pelayanan kesehatan.

Lebih jauh, Undang-Undang ini juga menekankan pentingnya integrasi pelayanan kesehatan primer yang mencakup upaya kesehatan perorangan maupun masyarakat. Integrasi tersebut diarahkan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pada setiap tahapan kehidupan, memperbaiki determinan kesehatan, serta memperkuat derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara menyeluruh. Dalam pelaksanaannya, pelayanan kesehatan primer diselenggarakan melalui Puskesmas beserta jejaring sistem pelayanan kesehatan primer yang berada di wilayah kerjanya.

Pelayanan Kesehatan Primer diselenggarakan dengan menitikberatkan pada penguatan upaya promotif dan preventif, yang kemudian diperkuat melalui inovasi serta pemanfaatan teknologi dalam pelaksanaannya. Dalam konteks global, Badan Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan pendekatan Primary Health Care (PHC) yang dilaksanakan melalui tiga strategi utama, yaitu integrasi pelayanan kesehatan primer bagi individu dan masyarakat, pemberdayaan individu serta komunitas, serta penguatan kebijakan dan aksi lintas sektor (Bitton et al., 2017).

Lebih lanjut, strategi global dalam pelayanan kesehatan saat ini diarahkan pada pendekatan yang berpusat pada manusia (*people-centred*) dan terintegrasi, dengan tujuan menghasilkan layanan yang lebih komprehensif, responsif, serta terjangkau. Pendekatan ini diharapkan mampu menjawab berbagai kebutuhan kesehatan masyarakat secara lebih efektif dan berkelanjutan.

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer merupakan suatu upaya untuk menata serta mengoordinasikan berbagai bentuk pelayanan kesehatan primer dengan berfokus pada pemenuhan kebutuhan kesehatan berbasis siklus hidup, baik bagi individu, keluarga, maupun masyarakat. Tujuan utama dari integrasi ini adalah mendekatkan akses pelayanan kesehatan yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif pada setiap tahapan kehidupan, sehingga dapat terselenggara secara lebih komprehensif, merata, dan berkualitas.

Pelaksanaan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer menitikberatkan pada beberapa aspek utama. Pertama, penguatan layanan promotif dan preventif yang dilaksanakan melalui pendekatan siklus hidup, dengan tetap menjamin keberlanjutan layanan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Kedua, penguatan sistem pelayanan kesehatan berbasis jejaring (*network system*) yang mencakup berbagai tingkatan wilayah, mulai dari kecamatan, desa atau kelurahan, dusun, rukun warga, hingga rukun tetangga. Ketiga, optimalisasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) melalui pemanfaatan teknologi digital, termasuk penggunaan dashboard situasi kesehatan per desa atau kelurahan, serta penguatan kegiatan kunjungan keluarga atau kunjungan rumah sebagai bagian dari pemantauan kesehatan berbasis komunitas (Jannah *et al.*, 2026).

Secara normatif, hak atas kesehatan dalam perspektif HAM menuntut pemenuhan empat unsur utama yaitu ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, dan kualitas sebagaimana ditegaskan dalam General Comment No. 14 oleh Komite Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya PBB. ILP secara konseptual dirancang untuk memperkuat unsur tersebut melalui pendekatan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dari tingkat individu, keluarga, hingga masyarakat.

a) Ketersediaan (*Availability*)

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Indonesia diselenggarakan melalui Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang berperan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama pada wilayah kerja tertentu. Pelaksanaan ILP diperkuat melalui keberadaan Puskesmas Pembantu (Pustu) pada tingkat desa/kelurahan serta Posyandu Primer sebagai bagian dari jejaring pelayanan kesehatan dasar berbasis masyarakat. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, jumlah Puskesmas di Indonesia pada tahun 2023 mencapai 10.212 unit, yang terdiri atas 4.234 Puskesmas rawat inap dan 5.978 Puskesmas non rawat inap.

Dari perspektif pemenuhan hak atas kesehatan, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan primer menjadi salah satu indikator penting dalam menjamin terpenuhinya unsur *availability* (ketersediaan) sebagaimana ditegaskan dalam General Comment No. 14 mengenai hak atas kesehatan. Salah satu indikator yang digunakan untuk melihat pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan primer adalah rasio jumlah Puskesmas terhadap jumlah kecamatan. Pada tahun 2023, rasio Puskesmas terhadap kecamatan tercatat sebesar 1,4, yang menunjukkan bahwa secara nasional ketersediaan minimal satu Puskesmas pada setiap kecamatan telah terpenuhi. Namun demikian, pemerataan distribusi fasilitas kesehatan tetap menjadi tantangan karena keberadaan fasilitas secara administratif belum selalu menggambarkan kemudahan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan.

Ketimpangan distribusi fasilitas pelayanan kesehatan masih terlihat di beberapa wilayah, terutama pada provinsi dengan karakteristik geografis yang sulit dijangkau. Rasio Puskesmas terendah ditemukan di Provinsi Papua Tengah, Papua Barat, Papua Barat Daya, dan Papua Pegunungan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan tidak hanya

berkaitan dengan jumlah fasilitas yang tersedia, tetapi juga kemampuan negara dalam memastikan distribusi layanan yang adil dan dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat, termasuk masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil.

Selain aspek fasilitas, ketersediaan sumber daya manusia kesehatan juga menjadi faktor penting dalam keberhasilan penyelenggaraan ILP. Berdasarkan data Sistem Informasi SDM Kesehatan (SISDMK) tahun 2023, sebanyak 56,2% Puskesmas telah memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan yang dipersyaratkan. Angka tersebut meningkat sebesar 0,1% dibandingkan tahun sebelumnya, namun masih terdapat 3,2% Puskesmas yang belum memiliki tenaga dokter (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Kondisi ini menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan melalui pelayanan primer masih menghadapi tantangan berupa ketimpangan distribusi tenaga kesehatan, sehingga diperlukan kebijakan afirmatif untuk menjamin ketersediaan tenaga kesehatan secara merata di seluruh wilayah Indonesia. Kondisi ini menunjukkan bahwa pemenuhan ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan masih menjadi salah satu tantangan utama dalam sistem pelayanan kesehatan. Di sisi lain, implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) menuntut tersedianya sumber daya kesehatan yang memadai tidak hanya di tingkat Puskesmas, tetapi juga pada Puskesmas Pembantu (Pustu) serta di wilayah desa atau kelurahan sebagai bagian dari penguatan layanan kesehatan dasar.

b) Aksesibilitas/Keterjangkauan (*Accessibility*)

Aksesibilitas atau keterjangkauan dalam konteks hak atas kesehatan mengacu pada kemampuan setiap individu untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang tersedia secara tepat waktu, tanpa adanya hambatan diskriminatif baik dari aspek geografis, ekonomi, maupun sosial. Dalam General Comment No. 14, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) menegaskan bahwa aksesibilitas merupakan salah satu unsur utama dalam pemenuhan hak atas kesehatan yang mencakup empat dimensi, yaitu non-diskriminasi, aksesibilitas fisik, keterjangkauan ekonomi (*economic accessibility/affordability*), dan akses terhadap informasi kesehatan. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan harus dapat dijangkau oleh seluruh kelompok masyarakat, termasuk kelompok rentan seperti perempuan, anak-anak, lanjut usia, penyandang disabilitas, serta masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil.

Dalam kerangka Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP), aksesibilitas tidak hanya dipahami sebagai tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga mencakup kemampuan masyarakat dalam memanfaatkan layanan tersebut secara efektif. Salah satu aspek penting yang memengaruhi aksesibilitas adalah sistem pembiayaan kesehatan nasional. Indonesia telah menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai bentuk pemenuhan kewajiban negara dalam menjamin akses pelayanan kesehatan melalui mekanisme asuransi sosial yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dalam sistem ini, Puskesmas ditetapkan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang memberikan pelayanan primer kepada peserta JKN. Pada tahun 2023, cakupan kepesertaan JKN telah mencapai 95,2% dari total penduduk Indonesia, meskipun masih terdapat variasi cakupan antarwilayah dan beberapa wilayah administratif baru yang belum memiliki data lengkap.

Selain faktor ekonomi, aspek geografis menjadi salah satu determinan utama yang memengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Hambatan berupa jarak, waktu tempuh, kondisi wilayah, dan keterbatasan sarana transportasi dapat menyebabkan masyarakat mengalami kesulitan dalam memperoleh pelayanan kesehatan secara optimal. WHO menegaskan bahwa pelayanan kesehatan primer harus dikembangkan melalui pendekatan yang dekat dengan masyarakat (*people-centred primary health care*) agar mampu mengurangi hambatan akses dan memastikan pelayanan tersedia bagi seluruh kelompok masyarakat. Dalam konteks ILP,

pemerintah berupaya mendekatkan pelayanan melalui penguatan jejaring Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), Posyandu, serta pelayanan berbasis kunjungan keluarga.

Namun demikian, implementasi ILP masih menghadapi berbagai tantangan, khususnya pada wilayah dengan kondisi geografis sulit dan keterbatasan sumber daya. Beberapa daerah masih mengalami kendala berupa keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, dukungan pembiayaan, serta koordinasi lintas sektor. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keberadaan fasilitas kesehatan secara administratif belum sepenuhnya menjamin terpenuhinya hak atas kesehatan apabila masyarakat masih menghadapi hambatan nyata dalam mengakses layanan.

Dalam perspektif HAM, pemenuhan hak atas kesehatan tidak hanya menuntut adanya perlakuan yang sama (*equality*), tetapi juga membutuhkan kebijakan yang mampu menciptakan keadilan substantif (*equity*). Negara memiliki kewajiban untuk mengambil langkah afirmatif bagi kelompok dan wilayah yang mengalami hambatan akses agar manfaat pelayanan kesehatan dapat dirasakan secara merata. Oleh karena itu, diperlukan strategi penguatan melalui distribusi tenaga kesehatan, pengembangan layanan bergerak (*mobile health services*), pemanfaatan telekesehatan, penguatan kunjungan rumah, serta kebijakan pembiayaan yang mempertimbangkan tingkat kesulitan geografis setiap wilayah.

Dengan demikian, meskipun ILP telah memperkuat akses pelayanan melalui perluasan cakupan JKN, penguatan jejaring pelayanan primer, dan pendekatan berbasis siklus hidup, pemenuhan hak atas kesehatan masih menghadapi tantangan struktural berupa hambatan ekonomi, geografis, administratif, dan kelembagaan. Oleh sebab itu, keberhasilan ILP tidak hanya ditentukan oleh keberadaan sistem pelayanan, tetapi juga oleh kemampuan negara dalam memastikan bahwa setiap individu dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan secara adil dan berkelanjutan.

c) **Keberterimaan (*Adaptability*)**

Keberterimaan (*acceptability*) dalam pelayanan kesehatan menegaskan bahwa seluruh fasilitas, program, dan layanan kesehatan harus diselenggarakan dengan menghormati prinsip etika medis, nilai kemanusiaan, kesetaraan, serta mempertimbangkan aspek budaya, usia, gender, dan kondisi sosial masyarakat. Dalam perspektif hak atas kesehatan, keberadaan layanan kesehatan tidak hanya dinilai dari aspek ketersediaan dan keterjangkauannya, tetapi juga dari sejauh mana layanan tersebut menghormati martabat manusia, privasi, kerahasiaan informasi kesehatan, serta hak individu dalam menerima pelayanan. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) melalui General Comment No. 14 menegaskan bahwa setiap fasilitas, barang, dan pelayanan kesehatan harus memenuhi prinsip penghormatan terhadap etika medis dan budaya masyarakat, serta harus sesuai dengan kebutuhan kelompok yang dilayani.

Dalam konteks Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP), prinsip keberterimaan diwujudkan melalui pendekatan pelayanan berbasis siklus hidup (*life cycle approach*). Pelayanan kesehatan tidak lagi disusun secara terpisah berdasarkan program tertentu, melainkan diintegrasikan berdasarkan kebutuhan individu sejak masa kehamilan, bayi dan balita, anak usia sekolah, remaja, usia produktif, hingga lanjut usia. Pendekatan ini bertujuan memastikan bahwa setiap kelompok masyarakat memperoleh pelayanan yang sesuai dengan karakteristik biologis, psikologis, dan sosialnya, sekaligus memperkuat prinsip nondiskriminasi dalam pemenuhan hak atas kesehatan. Keberterimaan juga menghendaki agar penyelenggaraan pelayanan kesehatan memperhatikan kebutuhan kelompok rentan. Kelompok seperti perempuan, anak, remaja, lansia, penyandang disabilitas, serta masyarakat dengan karakteristik budaya tertentu membutuhkan pendekatan pelayanan yang responsif terhadap kondisi mereka. WHO menegaskan bahwa pelayanan

kesehatan primer yang berorientasi pada masyarakat (people-centred primary health care) harus menghormati preferensi individu, nilai sosial budaya, serta melibatkan masyarakat sebagai bagian dari proses pelayanan kesehatan. Dengan demikian, pelayanan kesehatan tidak hanya berorientasi pada intervensi medis, tetapi juga mempertimbangkan aspek sosial dan kemanusiaan.

Selain aspek pelayanan, keberterimaan juga berkaitan erat dengan komunikasi antara tenaga kesehatan, kader, dan masyarakat. Informasi kesehatan harus diberikan secara jelas, mudah dipahami, dan tidak bersifat diskriminatif agar pasien mampu berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait kondisi kesehatannya. Prinsip ini sejalan dengan konsep penghormatan terhadap otonomi pasien (patient autonomy) yang menjadi bagian penting dalam etika pelayanan kesehatan modern. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga menegaskan pentingnya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan menghormati hak masyarakat sebagai penerima pelayanan.

Dalam perkembangan ILP, pemanfaatan teknologi digital melalui Sistem Informasi Puskesmas dan integrasi data kesehatan melalui Platform SATUSEHAT menjadi instrumen penting dalam mendukung kesinambungan pelayanan berbasis siklus hidup. Digitalisasi memungkinkan pencatatan, pemantauan, dan analisis kondisi kesehatan masyarakat secara lebih efektif. Namun demikian, penggunaan data kesehatan digital harus tetap memperhatikan prinsip perlindungan data pribadi, keamanan informasi, serta transparansi penggunaan data. Hal tersebut sesuai dengan ketentuan Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi yang menempatkan data kesehatan sebagai data pribadi yang bersifat spesifik dan memerlukan perlindungan khusus.

Selain persoalan perlindungan data, digitalisasi pelayanan juga menghadapi tantangan berupa kesenjangan literasi digital, keterbatasan perangkat, serta keterbatasan infrastruktur teknologi pada wilayah tertentu. Oleh karena itu, transformasi digital dalam ILP harus diposisikan sebagai sarana pendukung peningkatan kualitas pelayanan, bukan sebagai pengganti hubungan interpersonal antara tenaga kesehatan, kader, dan masyarakat yang menjadi karakter utama pelayanan kesehatan primer (Nababan, 2024).

Berdasarkan uraian tersebut, ILP telah menunjukkan arah penguatan pelayanan kesehatan yang lebih adaptif, inklusif, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Namun demikian, aspek keberterimaan masih perlu diperkuat melalui pelayanan yang sensitif terhadap keberagaman sosial, budaya, gender, usia, dan kondisi individu. Penghormatan terhadap privasi, persetujuan pasien, kerahasiaan informasi kesehatan, serta martabat manusia harus menjadi bagian integral dalam setiap proses pelayanan kesehatan sebagai bentuk nyata pemenuhan hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia.

d) Kualitas (*Quality*)

Kualitas (*quality*) dalam pelayanan kesehatan merupakan salah satu unsur utama dalam pemenuhan hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia. Ketersediaan dan keterjangkauan layanan kesehatan belum dapat dikatakan memenuhi hak atas kesehatan apabila pelayanan yang diberikan tidak memenuhi standar mutu, keselamatan pasien, serta prinsip berbasis ilmu pengetahuan. General Comment No. 14 yang dikeluarkan oleh Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) menegaskan bahwa fasilitas, barang, dan pelayanan kesehatan harus memenuhi unsur kualitas, yaitu harus berbasis pada ilmu pengetahuan dan kedokteran yang memadai, aman, serta memiliki mutu yang dapat diterima secara profesional. Rendahnya kualitas pelayanan dapat menimbulkan berbagai konsekuensi, seperti kesalahan diagnosis, keterlambatan intervensi, penggunaan sumber daya yang tidak efektif, hingga menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan.

Penilaian mutu pelayanan kesehatan secara umum dilakukan melalui tiga pendekatan utama, yaitu struktur (structure), proses (process), dan hasil (outcome) sebagaimana dikembangkan oleh Donabedian. Dimensi struktur mencakup kesiapan sistem pelayanan, termasuk ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan, alat kesehatan, obat, pembiayaan, sistem informasi, serta regulasi pendukung. Dimensi proses berkaitan dengan bagaimana pelayanan diberikan, termasuk kepatuhan terhadap standar pelayanan, komunikasi antara petugas dan pasien, ketepatan prosedur klinis, pencatatan, serta mekanisme rujukan. Sementara itu, dimensi hasil (outcome) berkaitan dengan dampak pelayanan terhadap status kesehatan masyarakat, keselamatan pasien, kepuasan pengguna layanan, serta perubahan indikator kesehatan.

Dalam konteks Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP), pemerintah telah menetapkan pedoman penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu sebagai upaya menyatukan berbagai program kesehatan primer yang sebelumnya berjalan secara sektoral. Standardisasi tersebut bertujuan mengurangi fragmentasi pelayanan dan memastikan bahwa setiap fasilitas kesehatan memiliki acuan yang sama dalam memberikan layanan berbasis siklus hidup. Namun demikian, keberadaan pedoman dan standar pelayanan belum secara otomatis menjamin tercapainya kualitas layanan, karena keberhasilan implementasi sangat dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya, kompetensi tenaga kesehatan, pelaksanaan supervisi, serta evaluasi mutu secara berkelanjutan. WHO menegaskan bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan primer membutuhkan penguatan sistem secara menyeluruh, bukan hanya penyusunan standar pelayanan (Jannah *et al.*, 2026).

Peningkatan mutu pelayanan di tingkat Puskesmas dilakukan melalui mekanisme peningkatan mutu internal maupun eksternal. Upaya internal dilakukan melalui kegiatan seperti evaluasi indikator mutu, audit pelayanan, pelaporan insiden keselamatan pasien, perbaikan prosedur, serta survei kepuasan masyarakat. Sementara itu, mekanisme eksternal dilakukan melalui proses registrasi, perizinan, dan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 178 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023, hingga akhir tahun 2023 sebanyak 8.250 Puskesmas atau sekitar 81% dari total Puskesmas telah memperoleh status akreditasi, dengan sebagian besar berada pada tingkat paripurna. Meskipun demikian, akreditasi tidak dapat dipahami sebagai satu-satunya indikator kualitas pelayanan, karena mutu pelayanan juga harus dilihat dari pengalaman pasien, kesinambungan pelayanan, keselamatan pasien, dan dampaknya terhadap peningkatan kesehatan masyarakat.

Dalam implementasi ILP, keberadaan standar operasional prosedur (SOP) menjadi instrumen penting dalam menjaga konsistensi kualitas pelayanan. SOP memberikan pedoman bagi tenaga kesehatan dalam melaksanakan pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan. Namun, efektivitas SOP tetap bergantung pada kemampuan fasilitas kesehatan dalam menerapkannya secara konsisten, termasuk dukungan sumber daya manusia, koordinasi antarunit pelayanan, ketersediaan sarana, serta proses monitoring dan evaluasi secara berkala.

Selain tenaga kesehatan profesional, kualitas ILP juga dipengaruhi oleh kapasitas kader kesehatan sebagai penghubung antara fasilitas kesehatan dan masyarakat. Kader berperan dalam kegiatan edukasi kesehatan, pemantauan kelompok sasaran, kunjungan rumah, serta pencatatan dan pelaporan pelayanan berbasis komunitas. Oleh karena itu, penguatan kapasitas kader melalui pelatihan, supervisi, serta pembagian kewenangan yang jelas menjadi aspek penting dalam menjaga kualitas pelayanan. Namun, pelaksanaan tugas kader harus tetap berada dalam batas kompetensi dan kewenangannya agar tidak menggantikan fungsi klinis tenaga kesehatan profesional (FITRIANI & EDIYONO, 2025).

Dengan demikian, kualitas dalam penyelenggaraan ILP tidak hanya diukur berdasarkan kepatuhan administratif terhadap standar, SOP, akreditasi, maupun sistem informasi, tetapi juga berdasarkan kemampuan pelayanan tersebut menghasilkan manfaat nyata bagi masyarakat. Pelayanan primer yang berkualitas harus mampu meningkatkan cakupan deteksi dini, mempercepat intervensi kesehatan, menjamin kesinambungan pelayanan, memperkuat keselamatan pasien, serta berkontribusi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagai bagian dari pemenuhan hak atas kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia yang wajib dipenuhi oleh negara melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang merata, berkualitas, dan dapat diakses oleh seluruh masyarakat. Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) menjadi salah satu kebijakan pemerintah untuk memperkuat pelayanan kesehatan melalui pendekatan yang terintegrasi, berorientasi pada siklus hidup, serta mengutamakan upaya promotif dan preventif. Pelaksanaan ILP telah menunjukkan kemajuan dalam memperluas akses pelayanan kesehatan dan memperkuat sistem pelayanan primer. Namun, implementasinya masih menghadapi berbagai kendala, seperti belum meratanya fasilitas dan tenaga kesehatan, keterbatasan infrastruktur di daerah terpencil, serta perlunya peningkatan kualitas pelayanan. Oleh karena itu, diperlukan upaya berkelanjutan agar pelaksanaan ILP benar-benar mampu mewujudkan pemenuhan hak atas kesehatan secara adil dan merata bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Saran

Pemerintah perlu terus meningkatkan pemerataan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, serta sarana pendukung, khususnya di daerah terpencil dan tertinggal. Selain itu, penguatan koordinasi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan fasilitas pelayanan kesehatan perlu ditingkatkan agar pelaksanaan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer berjalan lebih efektif. Peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan, pemanfaatan teknologi informasi, serta evaluasi pelaksanaan ILP secara berkala juga diperlukan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, mudah diakses, dan sesuai dengan prinsip pemenuhan hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, L. N., Pettigrew, L. M., Exley, J., Nugent, R., Baatiema, L., Shubber, Z., Balabanova, D., & Villar, M. (2023). The Role Of Primary Health Care , Primary Care And Hospitals In Advancing Universal Health Coverage. *Bmj Global Health*, 8(12), 10–12. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014442>
- Anggriani, R., & Arfanita. (2024). Perlukah Pekerja Migran Indonesia Dilindungi? *Widya Yuridika : Jurnal Hukum*, 7(1), 59–72.
- Ardinata, M. (2020). Tanggung Jawab Negara Terhadap Jaminan Kesehatan Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia (State. *Jurnal Ham*, 11(2), 5–6. <https://doi.org/10.30641/Ham.2020>
- Bitton, A., Ratcliffe, H. L., Veillard, J. H., Kress, D. H., Barkley, S., Kimball, M., Secci, F., Wong, E., Basu, L., Taylor, C., Bayona, J., Wang, H., Lagomarsino, G., & Hirschhorn, L. R. (2017). Primary Health Care As A Foundation For Strengthening Health Systems In Low- And Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med*, 32, 566–571. <https://doi.org/10.1007/S11606-016-3898-5>
- Buana, A. P., Andry, M., & Wardhana, W. (2023). The Role Of Customary Law In Natural Resource

Management : A Comparative Study Between Indonesia And Australia Abstract : *Golden Ratio Of Mapping Idea And Literature Format*, 3(2).

- Fitriani, S., & Ediyono, S. (2025). Urgensi Pelatihan Dan Pembinaan Bagi Kader Integrasi Layanan Primer (Ilp) Sebagai Bentuk Pemberdayaan Masyarakat. *Journal Of Nursing And Public Health*, 13(2), 205–212.
<https://jurnal.unived.ac.id/index.php/jnph/article/view/10385/7018>
- Forman, L., Beiersmann, C., Brolan, Claire E., Martin Mckee, Rachel Hammonds, & Ooms, G. (2016). What Do Core Obligations Under The Right To Health Bring To Universal Health Coverage ? *Health And Human Rights Journal*, 18(2), 23–34.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5394991/pdf/Hhr-18-023.pdf>
- Jannah, P. I., Eliana, D., Anindya, Liesly, F., Rahmat, Trisasri, R., Awaludin, Rizki, & Kurniawan. (2026). Implementasi Program Integrasi Layanan Primer (Ilp) Dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia – Systematic Review. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 29. File:///C:/Users/Acer/Downloads/25774-Article Text-130474-1-10-20260223.Pdf
- Karp, D. J. (2020). What Is The Responsibility To Respect Human Rights? Reconsidering The ‘Respect, Protect, And Fulfill’ Framework. *International Theory*, 12(1), 83–108.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1752971919000198>
- Kementerian Kesehatan Ri. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan Ri. Sekretariat Jenderal Profil Kesehatan Indonesia.
- Nababan, N. (2024). Digital Health Divide In Indonesia: Evidence From National-Level Data. *European Journal Of Public Health*, 34(3), 144.426.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.42>
- Rosdian, R., Sulbadana, S., Lanini, A., Suardi, & Supriadi. (6 C.E.). Legal Reform On Rock Mining : The Dual Liability Model For Protecting Environmental Right In Palu-Donggala. *Administrative And Environmental Law Review*, 2.
<https://doi.org/https://doi.org/10.25041/Aelr.V6i2.4472>