

Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Kota Ternate

Fulfillment of the Right to Health for Vulnerable Groups in Ternate City

Salha Marasaoly, Sri Indriyani Umra

Fakultas Hukum, Universitas Khairun, Ternate, Indonesia
sri.indriyani@unkhair.ac.id

Abstract

This study examines the fulfillment of the right to health for vulnerable groups in Ternate City and evaluates the role of the local government in ensuring equitable access to health services. Vulnerable groups—including children, older persons, persons with disabilities, and low-income communities—frequently encounter structural, geographical, and administrative barriers that limit their access to adequate healthcare. This research employs a normative legal method combined with an empirical juridical approach through statutory analysis, legal doctrines, field observations, and interviews. The analysis refers to the 1945 Constitution of the Republic of Indonesia, Law No. 17 of 2023 on Health, Law No. 39 of 1999 on Human Rights, Law No. 23 of 2014 on Local Government, and international human rights instruments, particularly the UDHR and ICESCR. The findings indicate that although various programs, such as primary healthcare services, the National Health Insurance scheme, and mobile and sea ambulance services, have improved service availability, significant challenges persist in terms of accessibility, inclusiveness, service quality, and responsiveness to the specific needs of vulnerable groups. The study highlights the need for affirmative and rights-based policies that integrate the principles of availability, accessibility, acceptability, and quality (AAAQ). This research contributes to strengthening local health governance by providing context-based policy recommendations for inclusive and equitable health services in archipelagic regions.

Keywords: Health; Human Rights; Vulnerable Groups

Abstrak

Penelitian ini menganalisis pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di Kota Ternate serta mengevaluasi peran pemerintah daerah dalam menjamin akses layanan kesehatan yang setara dan berkeadilan. Kelompok rentan—meliputi anak-anak, lanjut usia, penyandang disabilitas, dan masyarakat miskin—masih menghadapi hambatan struktural, geografis, dan administratif yang membatasi akses terhadap pelayanan kesehatan yang layak. Penelitian menggunakan metode hukum normatif yang dipadukan dengan pendekatan yuridis empiris melalui analisis peraturan perundang-undangan, doktrin hukum, observasi lapangan, dan wawancara. Analisis didasarkan pada UUD NRI 1945, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, serta instrumen internasional UDHR dan ICESCR. Hasil penelitian menunjukkan bahwa berbagai program kesehatan seperti penguatan layanan primer, Jaminan Kesehatan Nasional, serta ambulans darat dan laut telah meningkatkan ketersediaan layanan, namun masih terdapat kendala pada aspek keterjangkauan, inklusivitas, kualitas, dan responsivitas terhadap kebutuhan spesifik kelompok rentan. Penelitian ini menegaskan pentingnya kebijakan afirmatif berbasis hak dengan menerapkan prinsip ketersediaan, keterjangkauan, keberterimaan, dan kualitas (AAAQ). Temuan ini berkontribusi pada penguatan tata kelola kesehatan daerah melalui rekomendasi kebijakan yang lebih inklusif dan adaptif bagi wilayah kepulauan.

Kata kunci: Hak Asasi Manusia; Kelompok Rentan; Kesehatan

1. PENDAHULUAN

Kelompok rentan dapat dipahami sebagai individu maupun komunitas yang berada dalam kondisi kerentanan tertentu serta memiliki berbagai keterbatasan, baik dari aspek fisik, psikologis, maupun sosial, sehingga mengalami hambatan dalam memperoleh layanan dasar dan membutuhkan perlindungan serta dukungan khusus dari negara maupun lingkungan sosialnya. Dalam praktiknya, hak dan kepentingan kelompok rentan kerap tidak memperoleh perhatian yang memadai dan bahkan masih menghadapi perlakuan diskriminatif.¹ Tidak terpenuhinya hak atas kesehatan bagi kelompok rentan erat kaitannya dengan berkurang atau hilangnya sumber penghidupan, mengingat sebagian besar dari mereka bergantung pada sektor informal sebagai akibat rendahnya tingkat pendidikan, terbatasnya akses terhadap pasar kerja formal, serta tingginya beban biaya hidup. Oleh karena kondisi kerentanannya tersebut, kelompok ini memiliki potensi yang lebih besar untuk mengalami dampak yang lebih berat ketika terjadi krisis dibandingkan dengan kelompok non-rentan.

Kondisi tersebut tercermin di Kota Ternate sebagai wilayah kepulauan dengan karakter geografis pesisir dan pulau-pulau kecil yang menghadapi keterbatasan akses layanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat miskin, lanjut usia, penyandang disabilitas, serta kelompok rentan yang bermukim di wilayah pesisir dan pulau terluar seperti Pulau Hiri, Moti, dan Batang Dua. Kondisi geografis ini menyebabkan ketergantungan pada transportasi laut, sehingga pada situasi cuaca ekstrem atau gelombang tinggi, kelompok rentan kerap mengalami kesulitan menjangkau fasilitas kesehatan rujukan secara tepat waktu.² Data Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Ternate menunjukkan bahwa proporsi kelompok rentan masih cukup signifikan, meliputi anak-anak, lanjut usia, masyarakat miskin, serta penyandang disabilitas. Namun demikian, belum seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Ternate memiliki sarana dan prasarana yang ramah disabilitas maupun layanan khusus bagi lanjut usia dan anak. Beberapa puskesmas masih menghadapi keterbatasan fasilitas aksesibilitas, tenaga kesehatan, serta layanan kesehatan spesifik yang dibutuhkan kelompok rentan, yang berdampak pada rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan, terutama pada layanan preventif dan promotif seperti pemeriksaan kesehatan rutin, layanan kesehatan ibu dan anak, serta penanganan penyakit kronis pada lanjut usia.³ Secara empiris, masih ditemukan kelompok masyarakat miskin dan rentan yang mengalami hambatan administratif dan ekonomi dalam mengakses Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), baik karena keterbatasan informasi, kendala kepesertaan, maupun biaya tidak langsung seperti transportasi dan akomodasi menuju fasilitas kesehatan. Kondisi ini menunjukkan

¹ Jhonson Panahatan Siagian and Mitro Subroto, "Perempuan Sebagai Kelompok Rentan," *Jurnal Educatio* 10, no. 1 (2024): 173, <https://doi.org/10.31949/educatio.v10i1.6940>.

² Irham Rosyidi et al., "The Use of Magic in the Village Head Election in Tidore Islands City Indonesia," *Jurnal USM Law Review* 7, no. 4 (2024): 9–12, <https://doi.org/10.26623/julr.v7i3.10519>.

³ Mardiah Ibrahim, Yahya Yunus, and Arief Budiono, "Registering Ternate City People's Traditional Knowledge as Property Rights," *Jurnal USM Law Review* 7, no. 1 (2024), <https://doi.org/10.26623/julr.v7i1.8500>.

adanya kesenjangan antara jaminan normatif hak atas kesehatan dan realitas implementasinya di tingkat daerah.⁴

Pengakuan dan pengaturan mengenai jaminan hak kesehatan ditetapkan melalui berbagai instrumen hukum internasional. Di tingkat nasional, perlindungan dan penegakan hak asasi manusia di Indonesia dijamin melalui ketentuan Undang-Undang Dasar 1945, khususnya Pasal 28A hingga 28J, yang mengatur hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya, termasuk pengakuan serta jaminan hak atas kesehatan bagi setiap warga negara. Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM) Pasal 25 menegaskan setiap individu diakui memiliki hak untuk menikmati kehidupan yang layak dengan jaminan akses terhadap layanan kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia (*WHO*) juga menempatkan hak kesehatan sebagai hak dasar yang wajib dijunjung, diamankan, dan diwujudkan oleh pemerintah, yang pelaksanaannya dapat diminta pertanggungjawaban kepada pemerintah. Prinsip serupa terdapat dalam Pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (*ICESCR*), yang mewajibkan negara untuk menjamin setiap individu mencapai tingkat kesehatan fisik dan mental yang optimal. Di tingkat nasional, Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 mengamanatkan negara untuk menyediakan lingkungan hidup sehat dan layanan kesehatan bagi seluruh warga. Lebih rinci, tanggung jawab pemerintah dalam pemenuhan hak atas kesehatan diatur dalam Pasal 4, Pasal 14, dan Pasal 17 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Di Indonesia telah dibentuk sejumlah institusi yang memiliki kewenangan dalam pengaturan dan penegakan hak asasi manusia (HAM), antara lain Komisi Nasional Hak Asasi Manusia (Komnas HAM) dan Peradilan HAM. Keberadaan lembaga-lembaga tersebut berperan penting dalam mendorong penguatan upaya penegakan HAM di Indonesia. Perlindungan terhadap HAM bertumpu pada dasar normatif berupa peraturan perundang-undangan yang melandasi pembentukan dan kewenangan Komnas HAM serta Peradilan HAM sebagai instrumen hukum negara dalam menjamin penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan HAM.⁵

Pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di Kota Ternate masih menghadapi berbagai persoalan yang dipengaruhi oleh kondisi lokal wilayah, struktur sosial masyarakat, serta kapasitas layanan kesehatan daerah. Kota Ternate sebagai kota kepulauan dengan kepadatan penduduk yang terkonsentrasi di wilayah pesisir memiliki tantangan tersendiri dalam menjamin akses layanan kesehatan yang setara bagi seluruh warganya, khususnya kelompok rentan seperti masyarakat miskin perkotaan, lansia, ibu hamil, anak-anak, penyandang disabilitas, serta masyarakat yang bermukim di wilayah pesisir dan pulau sekitarnya.

⁴ Andi Marlina et al., "Akses Keadilan Yang Tidak Sampai: Studi Kajian Bantuan Hukum Bagi Masyarakat Miskin," *Jurnal USM Law Review* 7, no. 2 (2024), <https://doi.org/10.26623/julr.v7i2.8668>.

⁵ Anang Dony Irawan and Umar Sholahudin, "Analisis Penegakan Hukum Dan Hak Asasi Manusia Di Indonesia," *Jurnal Citizenship Virtues* 4, no. 2 (2024): 849, <https://doi.org/10.37640/jcv.v4i2.2082>.

Secara geografis, sebagian masyarakat Kota Ternate tinggal di wilayah pesisir yang rawan bencana alam seperti gelombang tinggi, abrasi, dan aktivitas vulkanik Gunung Gamalama. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada aspek keselamatan, tetapi juga mengganggu kontinuitas pelayanan kesehatan. Ketika cuaca ekstrem atau aktivitas vulkanik meningkat, akses masyarakat kelompok rentan ke fasilitas kesehatan menjadi terbatas, terutama bagi mereka yang membutuhkan layanan rutin seperti pemeriksaan kehamilan, pengobatan penyakit kronis, dan layanan kesehatan anak. Situasi ini menunjukkan bahwa hak atas kesehatan kelompok rentan di Kota Ternate masih sangat bergantung pada faktor alam dan kesiapsiagaan layanan kesehatan setempat.

Permasalahan lokal lainnya terlihat pada ketersediaan dan kualitas layanan kesehatan yang ramah kelompok rentan. Beberapa puskesmas di Kota Ternate belum sepenuhnya dilengkapi dengan fasilitas yang mendukung aksesibilitas bagi penyandang disabilitas dan lansia, seperti jalur kursi roda, ruang tunggu yang nyaman, serta layanan prioritas. Selain itu, keterbatasan tenaga kesehatan, khususnya dokter spesialis dan tenaga kesehatan jiwa, masih menjadi persoalan yang berdampak pada penanganan kesehatan kelompok rentan secara komprehensif, termasuk kesehatan ibu dan anak serta kesehatan mental. Dengan demikian, konteks masalah lokal pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di Kota Ternate tidak hanya berkaitan dengan ketersediaan fasilitas kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor geografis kepulauan, kerentanan bencana, kondisi sosial ekonomi masyarakat, keterbatasan layanan ramah kelompok rentan, serta aspek budaya dan literasi kesehatan. Permasalahan ini menuntut adanya kebijakan dan program kesehatan daerah yang lebih adaptif terhadap kondisi lokal Kota Ternate serta berpihak pada kebutuhan kelompok rentan agar pemenuhan hak atas kesehatan dapat terwujud secara adil dan berkelanjutan.

Penelitian yang dilakukan oleh Dewayanti (2023), akses terhadap pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas merupakan wujud perlindungan sosial dalam bentuk bantuan sosial. Pemerintah pada dasarnya telah memasukkan pengakuan terhadap hak atas akses pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas, termasuk pengaturan mengenai standar bangunan serta ketersediaan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi, ke dalam berbagai peraturan perundang-undangan. Akan tetapi, dalam praktiknya, fasilitas pelayanan kesehatan masih belum sepenuhnya mampu menjamin kesetaraan akses layanan antara penyandang disabilitas dan masyarakat umum. Hingga saat ini masih ditemukan fasilitas kesehatan yang baik dari segi infrastruktur maupun layanan, tetapi belum menerapkan prinsip ramah disabilitas. Ketersediaan layanan kesehatan yang layak bagi individu dengan disabilitas masih terbatas, baik oleh pemerintah maupun pengelola fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut dipengaruhi oleh pandangan bahwa proporsi penyandang disabilitas relatif lebih kecil dibandingkan dengan populasi non-disabilitas, sehingga kelompok ini kerap dipersepsikan sebagai minoritas dan berada dalam posisi terpinggirkan.⁶

⁶ Irma Dewayanti and Arief Suryono, "Perlindungan Sosial Terhadap Hak Atas Akses Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas," *Jurnal Hukum Dan Pembangunan Ekonomi* 11, no. 2 (2023): 225–41.

Penelitian yang juga dilakukan oleh Nugraha (2023), sesuai dengan UUD 1945, penyandang disabilitas memiliki hak dan status yang setara dengan warga negara lainnya, serta berhak menjalankan peran sosial yang sama. Negara diwajibkan menyediakan perhatian khusus dan perlakuan adaptif untuk mendukung terciptanya masyarakat yang adil dan sejahtera. Berbagai regulasi dan kebijakan telah diterapkan untuk menjamin perlindungan ini, termasuk mekanisme yang menjamin aksesibilitas mereka selama proses hukum berlangsung. Program pembinaan bagi narapidana penyandang disabilitas diarahkan untuk membekali mereka dengan keterampilan dan kesiapan ketika kembali ke masyarakat, sekaligus mendukung pemulihan rasa percaya diri. Selain itu, penyediaan pelayanan kesehatan yang layak menjadi kebutuhan penting mengingat keterbatasan yang mereka alami. Petugas pemasyarakatan juga memegang peranan strategis dalam menciptakan kondisi lembaga pemasyarakatan yang aman dan kondusif, termasuk melalui pemberian dukungan serta motivasi kepada narapidana penyandang disabilitas. Seluruh rangkaian upaya tersebut bertujuan untuk meminimalkan stigma, perlakuan diskriminatif, serta potensi pelanggaran terhadap martabat penyandang disabilitas selama menjalani masa pidana.⁷

Berdasarkan hasil dari penelitian Dumako (2024), Pemerintah Indonesia telah memperlihatkan keseriusannya dalam memenuhi hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas melalui ratifikasi Konvensi Hak Penyandang Disabilitas (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities/CRPD*) serta pembentukan berbagai kebijakan di tingkat nasional, antara lain Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, dan upaya peningkatan aksesibilitas fisik serta penguatan kapasitas tenaga kesehatan. Langkah-langkah tersebut mencerminkan komitmen negara untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang inklusif dan berkeadilan. Meskipun demikian, pelaksanaan kebijakan tersebut masih menghadapi sejumlah kendala, khususnya keterbatasan infrastruktur di wilayah terpencil, kurangnya pelatihan tenaga medis yang berperspektif disabilitas, serta rendahnya tingkat kesadaran kolektif yang dapat memicu memunculkan praktik diskriminatif terhadap penyandang disabilitas. Melalui pendekatan komparatif, penelitian ini juga menunjukkan bahwa negara-negara lain yang telah meratifikasi *CRPD* dihadapkan pada tantangan yang sejenis, meskipun dengan latar belakang dan tingkat kompleksitas yang berbeda. Dalam konteks ini, Indonesia pada dasarnya telah memiliki kerangka hukum yang cukup memadai, namun masih memerlukan penguatan dalam implementasi agar tidak berhenti pada tataran normatif semata. Sejumlah kajian terdahulu cenderung menitikberatkan pada analisis kebijakan dan implementasi pada level makro, sementara kajian mengenai penerapan konsep kota peduli hak asasi manusia dalam upaya perlindungan kelompok rentan masih relatif terbatas.⁸

⁷ Dimas Aditya Nugraha and Mitro Subroto, "Pemenuhan Hak Bagi Narapidana Kelompok Rentan Khusus Disabilitas," *Jurnal Intelektualita: Keislaman, Sosial Dan Sains* 12, no. 02 (2023): 101–5, <https://doi.org/10.19109/intelektualita.v12i002.19625>.

⁸ Ananda Rayhan Dumako, "Pemenuhan hak atas kesehatan Penyandang Disabilitas," *QISTINA: Jurnal Multidisiplin Indonesia* 3, no. 2 (2024): 1717–25, <https://doi.org/10.57235/qistina.v3i2.4254>.

Berbeda dengan penelitian terdahulu, penelitian ini secara khusus memfokuskan kajian pada pemenuhan hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia bagi kelompok rentan di konteks lokal Kota Ternate. Penelitian ini tidak hanya menilai keberadaan layanan kesehatan, tetapi juga menelaah aksesibilitas, keterjangkauan, penerimaan (*acceptability*), dan kualitas layanan yang diterima kelompok rentan. Dengan demikian, fokus penelitian bergeser dari sekadar evaluasi program kesehatan menuju analisis hak-hak kesehatan yang benar-benar dirasakan dan dialami oleh kelompok rentan di wilayah kepulauan. Penelitian terdahulu masih memiliki sejumlah kelemahan yang menjadi celah kajian dalam penelitian ini. Pertama, sebagian besar studi sebelumnya bersifat umum dan tidak kontekstual, dengan menggunakan pendekatan nasional atau provinsi, sehingga kurang mampu menangkap dinamika permasalahan kesehatan di daerah kepulauan seperti Kota Ternate. Padahal, kondisi geografis, kerentanan bencana, dan keterbatasan transportasi laut merupakan faktor lokal yang sangat memengaruhi pemenuhan hak atas kesehatan. Kedua, penelitian terdahulu cenderung melihat kelompok rentan sebagai kategori yang homogen, tanpa membedakan kebutuhan dan hambatan spesifik antara kelompok miskin, lansia, penyandang disabilitas, ibu hamil, dan anak-anak. Akibatnya, rekomendasi yang dihasilkan bersifat umum dan kurang operasional untuk diterapkan dalam kebijakan kesehatan daerah yang responsif terhadap keragaman kelompok rentan. Ketiga, banyak penelitian sebelumnya belum secara kritis mengkaji peran dan tanggung jawab pemerintah daerah dalam memenuhi hak atas kesehatan. Fokus penelitian lebih diarahkan pada kinerja fasilitas kesehatan atau perilaku masyarakat, sehingga aspek tata kelola, koordinasi lintas sektor, serta akuntabilitas kebijakan kesehatan daerah kurang mendapat perhatian yang memadai.

Terdapat beberapa aspek penting yang belum atau jarang dibahas dalam penelitian terdahulu dan menjadi kontribusi utama penelitian ini. Pertama, minimnya kajian yang mengintegrasikan perspektif hak asasi manusia dengan realitas pelayanan kesehatan lokal. Penelitian ini menempatkan kelompok rentan sebagai subjek pemegang hak (*rights holders*) dan pemerintah daerah sebagai pemangku kewajiban (*duty bearers*), sehingga analisis lebih menekankan pada pemenuhan kewajiban negara di tingkat lokal. Kedua, penelitian terdahulu belum banyak mengulas dampak kondisi geografis kepulauan dan kerentanan bencana terhadap kontinuitas pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan di Kota Ternate. Padahal, faktor-faktor tersebut sangat menentukan keberlangsungan akses layanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat pesisir dan kelompok rentan yang membutuhkan layanan rutin dan berkelanjutan. Ketiga, aspek inklusivitas layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas dan lansia di tingkat puskesmas dan rumah sakit daerah masih jarang ditelaah secara sistematis. Penelitian ini berupaya mengisi kekosongan tersebut dengan mengkaji sejauh mana fasilitas, prosedur layanan, dan sikap tenaga kesehatan telah ramah dan inklusif terhadap kelompok rentan. Keempat, penelitian terdahulu belum secara komprehensif membahas keterkaitan antara literasi kesehatan masyarakat, faktor budaya lokal, dan pemenuhan hak atas kesehatan. Penelitian ini menempatkan aspek tersebut

sebagai bagian penting dalam memahami rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan oleh kelompok rentan di Kota Ternate.

Berdasarkan perbedaan fokus, kelemahan studi sebelumnya, dan aspek yang belum dibahas, penelitian ini menempati posisi sebagai kajian yang kontekstual, berbasis hak, dan berorientasi pada kebijakan daerah. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi akademik dalam pengembangan kajian hak atas kesehatan di daerah kepulauan, serta kontribusi praktis berupa rekomendasi kebijakan yang lebih inklusif dan adaptif terhadap kebutuhan kelompok rentan di Kota Ternate.

Kebaruan dari penelitian terletak pada pendekatan yuridis empiris yang lebih mendalam dalam menganalisis implementasi kota peduli HAM, khususnya di Kota Ternate, yang sejak tahun 2017 hingga sekarang mendapatkan penghargaan dari Kementerian Hak Asasi Manusia sebagai Kota Peduli Hak Asasi Manusia. Penelitian ini berfokus pada penerapan konsep Kota Peduli Hak Asasi Manusia di Kota Ternate, khususnya terkait perlindungan terhadap kelompok yang rentan. Urgensi studi ini terletak pada upaya menilai sejauh mana hak-hak kelompok rentan dijamin dalam praktik nyata, sekaligus menyediakan masukan bagi pemerintah daerah untuk memperkuat kebijakan dan implementasi perlindungan. Tujuan utama penelitian adalah menganalisis pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan serta peran Pemerintah Kota Ternate dalam memastikan hak-hak kesehatan mereka terpenuhi secara efektif.

2. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis empiris, yaitu perpaduan antara analisis hukum normatif dan studi terhadap realitas empiris di lapangan. Data diperoleh melalui studi kepustakaan, analisis dokumen hukum serta wawancara dengan pihak-pihak terkait. Metode ini memungkinkan peneliti untuk tidak hanya memahami norma hukum yang berlaku, tetapi juga menelaah bagaimana norma tersebut diimplementasikan dalam praktik. Analisis data difokuskan pada pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di Kota Ternate sebagai parameter dan indikator dalam kota peduli hak asasi manusia dengan realita yang terjadi.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Pemenuhan Hak Atas Kesehatan bagi Kelompok rentan di Kota Ternate

HAM di Indonesia mencakup penegakan hak, kepastian hukum yang berkeadilan, dan prinsip nondiskriminasi bagi setiap individu di hadapan hukum. Selain dijamin secara konstitusional, prinsip *equality before the law* merupakan manifestasi dari konsep negara hukum. Menurut A.V. Dicey, negara hukum memiliki tiga ciri utama, yaitu *supremacy of law* (supremasi hukum), *equality of law* (persamaan di mata hukum), dan *due process of law* (proses hukum yang adil).⁹ Pentingnya jaminan persamaan di hadapan hukum terlihat tidak hanya karena diatur dalam konstitusi, tetapi juga karena prinsip ini menjadi elemen krusial dari negara hukum. Prinsip negara hukum selaras dengan prinsip-prinsip demokrasi, yang

⁹ A.V. Dicey, *Pengantar Studi Hukum Konstitusi* (Bandung: Nusamedia, 2019).

menegaskan bahwa hukum tidak dibuat, ditafsirkan, maupun ditegakkan semata-mata berdasarkan kekuasaan, melainkan dengan prosedur yang sah. Konsep *equality before the law* menegaskan bahwa setiap individu berhak memperoleh pengakuan dan perlakuan setara di hadapan hukum tanpa pengecualian atau keistimewaan tertentu, karena tidak ada pihak yang berada di atas hukum. Penekanan pada persamaan ini menimbulkan urgensi untuk memastikan perlindungan hak, termasuk bagi kelompok rentan.¹⁰ Kelompok rentan sering kali berada dalam kondisi yang meningkatkan risiko terjadinya diskriminasi, yang pada akhirnya dapat mengarah pada pelanggaran HAM. Menurut Mandelstam, risiko yang mungkin dialami oleh kelompok rentan meliputi kerugian (*harm*), penyalahgunaan (*abuse*), penelantaran (*neglect*), hingga pengabaian (*omission*) oleh institusi atau pihak berwenang.¹¹ Karena tingkat kerentanannya, kelompok tertentu kerap menghadapi beragam bentuk perlakuan diskriminatif baik dari pihak aparat penegak hukum maupun dari struktur dan prosedur hukum yang berlaku.

Risiko yang mungkin dialami oleh kelompok rentan, menurut Mandelstam, meliputi kerugian (*harm*), penyalahgunaan (*abuse*), penelantaran (*neglect*), serta pengabaian (*omission*) oleh institusi atau pihak berwenang.¹² Kerentanan yang dihadapi kelompok ini juga sering bersumber dari munculnya stigma yang timbul akibat perbedaan yang dimiliki dibandingkan dengan mayoritas masyarakat. Stigma yang dilekatkan pada kelompok rentan dapat menimbulkan rasa sakit emosional, termasuk rasa terhina, cemas, atau merasa tidak diterima, terkait perbedaan yang muncul dari penampilan fisik, kondisi kesehatan, identitas kelompok, keyakinan, hingga latar belakang tertentu. Secara konseptual, stigma dapat dipahami sebagai atribut atau label yang digunakan untuk mendiskreditkan individu di mata orang lain.¹³

Kelompok rentan membutuhkan pemenuhan hak atas kesehatan sebagai aspek krusial untuk memastikan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh serta tercapainya keadilan sosial. Kerentanan sendiri merupakan kondisi yang dapat memicu perubahan dalam kehidupan individu, kelompok, atau komunitas. Dampak dari perubahan ini bisa bersifat positif maupun negatif bagi pihak yang mengalaminya. Mengingat kerentanan ditandai oleh posisi yang lemah dan mudah dipengaruhi oleh pihak-pihak yang memiliki kekuatan lebih, kondisi tersebut umumnya menimbulkan efek yang merugikan bagi individu, keluarga, maupun komunitas di wilayah tertentu.¹⁴ Pemenuhan hak-hak kelompok yang rentan

¹⁰ Maria Petronela W.M., Agnes Widiyanti Soebiyanto, and Adward Kurnia Setiawan Limijadi, "Analisis Pelaksanaan Pemenuhan Hak Atas Informasi Dan Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Penyandang Disabilitas Di Kota Semarang," *Jurnal USM Law Review* 4, no. 2 (2021): 547–64, <https://doi.org/10.26623/julr.v4i2.3229>.

¹¹ Zulkarnain Ridlwan, "Negara Hukum Indonesia Kebalikan Nachtwachterstaat," *Fiat Justisia: Jurnal Ilmu Hukum* 5, no. 2 (2014): 144, <https://doi.org/10.25041/fiatjustisia.v5no2.56>.

¹² Nabila et al., *Pengembangan Strategi Advokasi Antidiskriminasi Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia : Laporan Studi* (Jakarta: Pusat Studi Hukum dan Kebijakan Indonesia, 2021).

¹³ Ronny Josua Limbong et al., *Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia* (Jakarta: Komnas HAM, 2020).

¹⁴ Sahadi Humaedi, Budi Wibowo, and Santoso T. Raharjo, "Kelompok Rentan Dan Kebutuhannya (Sebuah Kajian Hasil Pemetaan Sosial CSR PT Indonesia Power UPJP Kamojang)," *Share: Social Work Jurnal* 10, no. 1 (2020): 64, <https://doi.org/10.24198/share.v10i1.26896>.

merupakan bagian yang tak terpisahkan dari penghormatan terhadap hak asasi manusia. Dalam konteks ini, keterlibatan pemerintah dan tenaga kesehatan profesional memiliki peran krusial untuk mendukung kelompok rentan dalam mencegah dampak negatif, terutama yang berkaitan dengan kesehatan.¹⁵ Situasi ini jelas menunjukkan adanya komitmen untuk menjunjung tinggi prinsip kemanusiaan serta menjaga martabat setiap individu. Dalam konteks pelayanan kesehatan, sesungguhnya terdapat dua kategori masyarakat yang secara konsisten menuntut kepastian hukum.¹⁶ Adanya kepastian hukum, individu-individu tersebut akan merasa terlindungi secara legal. Selain itu, pemberdayaan serta keterlibatan mereka melalui pemenuhan hak-hak kelompok rentan memungkinkan mereka untuk lebih mandiri dan ikut berperan dalam keputusan yang menentukan kesejahteraan individu tersebut. Hal ini juga memperkuat kontribusi mereka dalam kehidupan sosial maupun proses pembangunan.

Kelompok rentan sering kali menghadapi berbagai kendala yang menghambat akses mereka terhadap layanan kesehatan yang memadai. Perbedaan tingkat kerentanan menuntut negara melakukan kebijakan afirmatif untuk menjamin akses serta mutu layanan kesehatan yang layak bagi setiap kelompok rentan. Pemerintah Kota Ternate dan Organisasi Perangkat Daerah Kota Ternate yang memiliki tugas pokok dan fungsi atas pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan, perlu mengimplementasikan kebijakan yang inklusif dan berfokus pada penghapusan hambatan-hambatan tersebut. Pemenuhan hak kelompok rentan di Kota Ternate sangat penting untuk menciptakan masyarakat yang adil dan inklusif. Kelompok rentan, seperti anak-anak, orang lanjut usia, penyandang disabilitas, dan masyarakat miskin, sering kali menghadapi berbagai tantangan serta diskriminasi yang membatasi akses mereka terhadap layanan dan peluang yang sama. Dengan memastikan hak-hak mereka terpenuhi, tidak hanya memberikan perlindungan dan dukungan yang mereka butuhkan untuk mencapai kualitas hidup yang layak, tetapi juga memperkuat struktur sosial dan ekonomi secara keseluruhan.

Hasil saduran data BPS Kota Ternate dalam angka 2025, berdasarkan indikator kota peduli hak asasi manusia kelompok rentan terdiri dari perempuan, anak-anak, penyandang disabilitas, lanjut usia, masyarakat miskin, kelompok minoritas, dan masyarakat dan kelompok rentan lainnya meliputi orang dengan gangguan jiwa, korban kekerasan, dan pekerja informal. Populasi perempuan di Kota Ternate dari total penduduk Kota Ternate pada tahun 2025 mencapai 49.3%, anak-anak dengan usia 0-17 tahun 2025 mencapai 31% dari populasi, penyandang disabilitas pada tahun 2025 mencapai 700 jiwa penyandang disabilitas terdata, populasi lanjut usia (60 tahun ke atas) sekitar 6-7% dari total penduduk, masyarakat miskin pada Maret 2025 mencapai 5,83%, masyarakat adat ternate yang hingga

¹⁵ Anung Ahadi Pradana, Lina Anisa Nasution, and Casman, "Telaah Kebijakan Mitigasi Kesehatan Kelompok Rentan Pasca Pandemi Dan Keadaan Luar Biasa Lain," *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI* 10, no. 03 (2021): 124, <https://doi.org/10.22146/jkki.62692>.

¹⁶ Takdir, *Pengantar Hukum Kesehatan* (Palopo: Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo, 2018).

saat ini masih memegang nilai-nilai adat dan tradisi lokal, kelompok rentan lainnya seperti orang dengan gangguan jiwa pada tahun 2025 mencapai 150-200 jiwa.

Termasuk perempuan dan anak yang dapat dikatakan masuk dalam kategori kelompok rentan ini, terutama perempuan dan anak yang mengalami tindak kekerasan, terkena penyakit menular, maupun penyakit berisiko tinggi serta perkawinan anak di bawah umur. Dalam pemenuhan hak atas kesehatan yang terpantau oleh Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Ternate, tidak ada diskriminasi terhadap kelompok rentan karena terus ada upaya stimulasi untuk memperbaiki pemenuhan kesehatan. Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Ternate memiliki parameter untuk meminimalisir tidak terpenuhinya fasilitas maupun kebutuhan bagi kelompok rentan di Kota Ternate. Hal ini disampaikan oleh Marjorie Sidah Amal, Kepala Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Ternate, pada tanggal 11 Agustus 2025 pada wawancara guna penelitian ini. Untuk persentase anak balita dengan masalah gizi kurang (*underweight*) tahun 2022 di Kota Ternate sebanyak 250 dari 10.876 balita (2,30%), sedangkan tahun 2021 sebanyak 226 dari 7.817 balita (2,89%). Persentase anak balita dengan masalah gizi lebih adalah tahun 2022 sebanyak 0 balita (0,00%), sedangkan tahun 2021 sebanyak 19 balita (0,26%) di bawah angka nasional. Sedangkan program inovasi pencegahan dan penanganan masalah gizi yang dikembangkan Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Ternate, yaitu “Yaya Kalesang Stunting”, masih kurang bukti pendukung program inovasi pencegahan dan penanganan masalah gizi anak di Kota Ternate. Hal ini disampaikan oleh Noviasih sebagai Pejabat Fungsional Bidang Pemenuhan Hak Anak Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Ternate pada wawancara yang dilakukan pada tanggal 11 Agustus 2025 untuk penelitian artikel ini. Permasalahan fasilitas untuk anak dengan belum adanya program inovasi dalam pengembangan fasilitas kesehatan dengan Pelayanan Ramah Anak serta belum adanya Pelayanan Ramah Anak di Puskesmas (PRAP) yang telah melakukan penilaian mandiri atau terstandarisasi. Tentunya hal ini menjadi kelemahan bagi pemenuhan hak atas kesehatan anak yang termasuk dalam kelompok rentan.

Beberapa permasalahan terkait hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di Kota Ternate antara lain meliputi: (1) sistem jaminan kesehatan belum sepenuhnya mampu memenuhi seluruh kebutuhan penduduk; (2) layanan kesehatan masih terbatas dalam menjangkau seluruh lapisan masyarakat; (3) kelompok rentan, seperti komunitas adat terpencil, belum bisa mengakses standar pelayanan kesehatan yang memadai; dan (4) penyandang disabilitas belum memperoleh layanan yang ramah terhadap kebutuhan khusus mereka, termasuk aksesibilitas. Pentingnya pemenuhan hak kelompok rentan mencakup beberapa aspek krusial, yaitu keadilan sosial yang memenuhi hak-hak kelompok rentan, membantu mengurangi kesenjangan sosial dan ekonomi, dan menjamin setiap orang memperoleh peluang setara untuk tumbuh dan berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat. Juga, peningkatan kualitas hidup, seperti hak-hak seperti akses terhadap pendidikan, kesehatan, dan perlindungan sosial, memungkinkan kelompok rentan untuk

memenuhi kebutuhan dasar mereka dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Stabilitas sosial masyarakat yang memperhatikan dan memenuhi hak-hak kelompok rentan cenderung lebih stabil dan harmonis. Mengurangi ketidakadilan dan ketidaksetaraan dapat mengurangi potensi konflik sosial.

Tindakan pencegahan diskriminasi yang meliputi pemenuhan hak kelompok rentan juga berfungsi sebagai langkah preventif terhadap diskriminasi dan eksklusi, membantu membangun masyarakat yang lebih inklusif dan menghargai keberagaman. Termasuk penyediaan fasilitas kesehatan yang mudah diakses, pembiayaan kesehatan yang terjangkau, serta program-program kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik kelompok rentan. Selain itu, penting juga untuk memastikan adanya pendidikan dan informasi kesehatan yang memadai, sehingga kelompok-kelompok ini dapat membuat keputusan yang tepat tentang kesehatan mereka. Dengan memenuhi hak atas kesehatan secara merata, kita tidak hanya melindungi individu yang rentan, tetapi juga meningkatkan kualitas hidup dan mendorong keseimbangan sosial yang lebih baik dalam masyarakat.

Hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia yang dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 serta diperkuat oleh berbagai instrumen internasional, salah satunya *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*. Dalam implementasinya, pemenuhan hak atas kesehatan diukur melalui empat indikator utama, yaitu *Availability*, *Accessibility*, *Acceptability*, dan *Quality* (AAAQ). Kerangka ini relevan untuk menilai sejauh mana kelompok rentan di Kota Ternate memperoleh layanan kesehatan yang layak dan berkeadilan, (a) *Availability* (ketersediaan): Indikator *availability* menekankan pada ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan, obat-obatan, serta program kesehatan yang memadai. Di Kota Ternate, secara umum telah tersedia fasilitas kesehatan seperti rumah sakit daerah, puskesmas, puskesmas pembantu, dan posyandu. Namun, bagi kelompok rentan seperti masyarakat miskin, lansia, penyandang disabilitas, ibu hamil, anak-anak, dan masyarakat di wilayah pesisir atau pulau terluar, ketersediaan tersebut belum sepenuhnya merata. Keterbatasan jumlah tenaga medis spesialis, distribusi tenaga kesehatan yang belum seimbang, serta keterbatasan sarana penunjang di beberapa puskesmas menjadi tantangan tersendiri. Kondisi ini berdampak pada belum optimalnya pemenuhan layanan kesehatan yang berkesinambungan bagi kelompok rentan, terutama pada layanan kesehatan preventif dan kuratif. (b) *Accessibility* (keterjangkauan): *Accessibility* mencakup empat aspek, yaitu keterjangkauan secara fisik, ekonomi, informasi, dan nondiskriminasi.

Di Kota Ternate, akses fisik layanan kesehatan bagi kelompok rentan masih dipengaruhi oleh kondisi geografis kepulauan, keterbatasan transportasi, serta jarak fasilitas kesehatan dari permukiman tertentu. Bagi masyarakat pesisir dan pulau-pulau kecil, akses ke fasilitas rujukan sering kali memerlukan biaya dan waktu yang besar. Dari sisi ekonomi, meskipun program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/BPJS Kesehatan) telah membantu, masih ditemukan kendala administratif, kurangnya pemahaman prosedur, serta biaya tidak langsung (transportasi dan akomodasi) yang memberatkan kelompok rentan. Selain itu,

keterbatasan akses informasi kesehatan juga menyebabkan kelompok rentan belum sepenuhnya memahami hak dan layanan kesehatan yang tersedia bagi mereka. (c) *Acceptability* (keberterimaan): Indikator *acceptability* berkaitan dengan kesesuaian layanan kesehatan dengan nilai budaya, etika, keyakinan, serta kebutuhan spesifik masyarakat. Dalam konteks Kota Ternate yang memiliki keragaman budaya dan nilai lokal yang kuat, layanan kesehatan dituntut untuk sensitif terhadap norma sosial dan budaya masyarakat setempat. Namun, masih terdapat hambatan berupa pendekatan layanan yang kurang ramah kelompok rentan, minimnya komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dan pasien, serta kurangnya pelayanan yang mempertimbangkan kebutuhan khusus penyandang disabilitas dan lansia. Bagi perempuan, anak, dan kelompok marjinal lainnya, rasa takut, stigma, atau ketidaknyamanan dalam mengakses layanan kesehatan juga memengaruhi tingkat keberterimaan layanan, sehingga berdampak pada rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan. (d) *Quality* (kualitas): Indikator *quality* menekankan bahwa layanan kesehatan harus bermutu, aman, berbasis ilmu pengetahuan, dan didukung oleh tenaga profesional yang kompeten. Di Kota Ternate, kualitas layanan kesehatan masih menghadapi tantangan berupa keterbatasan fasilitas medis modern, kurangnya tenaga kesehatan dengan kompetensi tertentu, serta keterbatasan sistem rujukan yang efektif. Hal ini berpengaruh terhadap kualitas diagnosis, pengobatan, dan keberlanjutan perawatan bagi kelompok rentan. Selain itu, kualitas pelayanan juga dipengaruhi oleh aspek nonmedis, seperti sikap tenaga kesehatan, waktu tunggu pelayanan, serta sistem administrasi yang sering kali menyulitkan kelompok rentan.

Penanganan kelompok rentan di Kota Ternate saat ini masih menghadapi berbagai tantangan dan dapat dikatakan belum begitu maksimal serta menyeluruh. Meskipun terdapat beberapa inisiatif dan program yang telah diluncurkan, implementasinya sering kali tidak merata dan kurang berkelanjutan. Banyak kelompok rentan, seperti penyandang disabilitas, lansia, dan keluarga kurang mampu, masih mengalami kesulitan dalam mengakses layanan dasar dan perlindungan sosial yang memadai. Keterbatasan anggaran, kurangnya koordinasi antara lembaga, dan minimnya data yang akurat tentang kebutuhan spesifik kelompok ini sering menjadi penghambat utama. Oleh karena itu, diperlukan upaya lebih lanjut untuk memperkuat strategi penanganan, meningkatkan koordinasi antarinstansi, serta melibatkan masyarakat secara aktif dalam proses perencanaan dan pelaksanaan program-program tersebut sehingga keadilan perlakuan juga dirasakan oleh kelompok rentan.

Isu keadilan sering menjadi bahan perdebatan dan diskusi yang kompleks, karena melibatkan beragam sudut pandang. Dalam kerangka pemikiran klasik Aristoteles, keadilan dibagi menjadi dua tipe, yakni keadilan distributif dan keadilan komutatif. Keadilan distributif menekankan pemberian hak kepada setiap individu sesuai dengan peran dan kondisi yang dialaminya, sementara keadilan komutatif menilai hak berdasarkan kontribusi atau usaha yang dilakukan seseorang. Kedua tipe ini tidak bisa dipisahkan, sehingga sulit menentukan mana yang harus diprioritaskan atau dikurangi. Sebagai contoh, individu dengan kondisi fisik kurang optimal jelas memiliki hak yang berbeda dibandingkan dengan

mereka yang fisiknya lebih baik. Namun, kondisi fisik yang kurang prima ini tidak otomatis memberikan keunggulan dalam pekerjaan, karena produktivitas tetap harus diperhitungkan secara adil. Tantangan yang muncul kemudian adalah bagaimana menyeimbangkan kedua aspek keadilan tersebut agar tercapai keseimbangan yang tepat.¹⁷

Pemikiran yang berakar pada Aristoteles kemudian dikembangkan dan dikritisi oleh para pemikir seperti Jeremy Bentham dan John Stuart Mill, terutama dalam menelaah keterkaitan antara rasa keadilan dan pencapaian kebahagiaan. Tingkat kepuasan yang dihasilkan oleh nilai materi yang sama dapat bervariasi, bergantung pada kondisi sosial dan lingkungan tempat individu berada. Pandangan ini menegaskan bahwa keadilan tidak bersifat absolut dan tidak dapat ditentukan secara sepihak. Dengan demikian, perumusan keadilan—terutama dalam konteks perlindungan kelompok rentan—tidak dapat hanya didasarkan pada pertimbangan administratif, melainkan harus diletakkan dalam kerangka kemanusiaan yang terus disempurnakan.¹⁸

Perluasan dari gagasan keadilan ini kemudian tercermin dalam konsep kepastian hukum. Kepastian hukum sendiri merujuk pada kejelasan status hak dan kewajiban individu dalam ranah hukum. Beberapa ahli, termasuk Hans Kelsen, membahas hal ini dengan memandang hukum sebagai struktur bertingkat, di mana tingkat paling mendasar (fase abstrak) atau Stufenbau menjadi fondasi bagi perkembangan hukum di tingkat selanjutnya. Pemikiran Kelsen ini kemudian dikenal sebagai konstitusionalisme, yang menekankan bahwa untuk memastikan hukum sejalan dengan harapan masyarakat, hukum perlu merefleksikan dasar pembentukannya. Contohnya, di Indonesia, penerapan prinsip Pancasila dalam aturan turunan seperti Undang-Undang Dasar 1945 serta peraturan perundang-undangan dan peraturan daerah lainnya.¹⁹

Pemikiran Hans Kelsen selanjutnya diperkuat oleh gagasan *rechtsstaat* atau negara hukum. Konsep negara hukum (*rechtsstaat*) menekankan bahwa seluruh aktivitas pemerintahan harus berlandaskan hukum, berbeda dengan pemerintahan otoriter atau oligarki yang dipimpin oleh segelintir pihak. Namun, penerapan prinsip ini juga menghadirkan sejumlah paradoks tersendiri dalam praktik.²⁰ Yaitu ketika negara hukum memberikan legitimasi pada demokrasi. Pembatalan keputusan hasil proses demokratis melalui mekanisme hukum menimbulkan pertanyaan mengenai apakah suatu sistem masih merepresentasikan kedaulatan rakyat atau justru menegaskan supremasi hukum. Perbedaan pandangan antara penilaian masyarakat yang bersifat subjektif dan standar hukum yang yuridis normatif kemudian memicu perdebatan tentang nilai kemanfaatan hukum.

¹⁷ Bernard Yack, *The Problems of a Political Animal Community, Justice, and Conflict in Aristotelian Political Thought* (Berkeley: University of California Press, 2023).

¹⁸ Gianluca Andresani and Natalina Stamile, "Bentham: Our Contemporary" 65, no. 3 (2021): 173, <https://doi.org/10.5380/rfdufr.v65i3.79714>.

¹⁹ Andrea Gattini, *Human Dignity and International Law*, 2020, https://doi.org/10.1163/9789004435650_005.

²⁰ Nanik Prasetyoningsih, "Substansi Gagasan Dalam Beberapa Konsep Negara Hukum Nanik," *Nurani Hukum: Jurnal Ilmu Hukum* 3, no. 2 (2020): 59, <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.51825/nhk.v3i2.9200>.

Beragam pandangan muncul terkait fungsi dan kegunaan hukum, meskipun jawaban paling mendasar adalah bahwa hukum memberikan kepastian untuk menciptakan masyarakat yang tertib dan terhindar dari anarki. Namun, peran hukum sesungguhnya memiliki cakupan yang lebih luas, misalnya sebagai landasan bagi kepercayaan antara masyarakat dan pemerintah.²¹ Negara menetapkan kerangka hukum untuk memperluas bantuan dan mempermudah akses masyarakat, termasuk dalam sektor kesehatan. Pendekatan ini menekankan keterkaitan antara keadilan, kepastian, dan kemanfaatan hukum, sambil memperhatikan perbedaan kontribusi antara kelompok usia rentan dan usia produktif. Meskipun pertimbangan timbal balik hadir, hal itu tidak menjadi satu-satunya dasar tanpa memperhitungkan faktor-faktor lain, seperti kebutuhan dan karakteristik individu, serta realitas yang tidak dapat diubah sesuai kondisi yang ada.²² Dalam kondisi seperti ini, hukum perlu dapat menyeimbangkan antara pertimbangan praktis dan prinsip keadilan yang mendasar. Jika prinsip keadilan mendasar diabaikan, hukum berisiko menimbulkan kesenjangan sosial yang tajam dan menjadi sumber permasalahan multidimensi di masa yang akan datang. Hal tersebut menjadi hal yang wajib diantisipasi sejak awal. Oleh karena itu, penerapan hukum, khususnya yang menyangkut kelompok rentan dan masyarakat lemah, seharusnya mampu menyelaraskan aspek kemanusiaan, keadilan secara filosofis, serta manfaat hukum bagi kepentingan publik.

Usia rentan umumnya merujuk pada anak berusia 0–12 tahun dan kelompok lanjut usia di atas 60 tahun. Pada rentang usia ini, risiko gangguan kesehatan cenderung lebih tinggi dan penyakit yang muncul berpotensi berkembang menjadi kondisi kronis, sehingga diperlukan pola perawatan yang berbeda dan berlandaskan prinsip keadilan distributif yang menitikberatkan pada nilai kemanusiaan, bukan produktivitas. Secara umum, kelompok usia rentan terbagi atas usia dini dan lansia. Ketentuan Pasal 5 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mewajibkan fasilitas pelayanan kesehatan memberikan perlakuan khusus kepada lansia, termasuk kemudahan akses dan dukungan mobilitas. Selain itu, Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2019 tentang Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia menegaskan kewajiban negara untuk memberikan pelayanan secara proaktif, khususnya dalam pemenuhan layanan kesehatan bagi kelompok rentan.²³

Istilah “usia rentan” tidak diberikan definisi spesifik dalam berbagai peraturan, termasuk Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Oleh karena itu, pemahaman mengenai kategori ini umumnya bersumber dari temuan penelitian terdahulu yang relevan. Karenanya, sejumlah studi dijadikan rujukan untuk menetapkan batasan dan

²¹ Roberto M. Unger, *Teori Hukum Kritis : Posisi Hukum Dalam Masyarakat Modern* (Bandung: Nusamedia, 2019).

²² Sumartini E, “Studi Literatur: Riwayat Penyakit Infeksi Dan Stunting Pada Balita,” *Jurnal Kesehatan Mahardika* 8, no. 1 (2022): 55, <https://doi.org/10.54867/jkm.v9i1.101>.

²³ Jaury Douglas Pardomuan and Irwan Triadi, “Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Bagi Kelompok Usia Rentan Di Indonesia Berdasarkan Asas Keadilan, Kepastian Hukum Dan Kemanfaatan,” *Pemuliaan Keadilan* 1, no. 4 (2024): 147, <https://doi.org/10.62383/pk.v1i4.205>.

karakteristik kelompok usia rentan.²⁴ Masa kanak-kanak merupakan periode penting untuk pengembangan intelektual, kognitif, dan sosial, sementara pertumbuhan jumlah lansia menimbulkan tantangan layanan khusus bagi pemerintah. Tanpa kebijakan yang memadai, kedua kelompok usia rentan ini berisiko gagal mengakses hak-hak dasar mereka secara optimal.

Penanganan isu terkait kelompok usia rentan menuntut partisipasi semua komponen masyarakat, termasuk pemerintah, sektor swasta, dan komunitas. Kelompok ini seharusnya dipandang sebagai bagian esensial dari masyarakat dengan peran dan kontribusi yang signifikan, bukan sebagai beban. Oleh karena itu, pemerintah berkewajiban merumuskan kebijakan yang mendukung keterlibatan aktif seluruh pihak dalam melindungi dan memenuhi hak-hak mereka. Perwujudan nyata dari upaya ini adalah penguatan kerangka hukum yang memungkinkan kelompok usia rentan untuk ikut serta secara penuh dalam kehidupan sosial tanpa dibatasi oleh keterbatasan layanan atau ketidakmerataan akses.

Salah satu kesulitan utama dalam menangani kelompok usia rentan adalah kompleksitas masalah kesehatan yang sering tidak tertangani secara menyeluruh. Produksi pangan dan minuman sering dilakukan tanpa memperhitungkan nilai gizi, penggunaan bahan pengawet, maupun potensi alergi bagi anak-anak dan lansia, sehingga dapat menimbulkan dampak fisik maupun psikologis. Selain itu, keterbatasan akses terhadap makanan sehat tetap menjadi persoalan serius, terutama di daerah terpencil atau kawasan miskin, yang berisiko menyebabkan kekurangan gizi pada anak-anak dan timbulnya penyakit degeneratif pada lansia, berdampak negatif secara keseluruhan terhadap kesejahteraan serta kualitas hidup kelompok usia yang rentan.

Pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di Kota Ternate dilaksanakan melalui berbagai kebijakan dan program sektor kesehatan yang dijalankan oleh pemerintah daerah, khususnya dinas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan. Penilaian pemenuhan hak tersebut dapat ditinjau melalui keberadaan Standar Operasional Prosedur (SOP), dokumen program, serta indikator capaian yang mencerminkan efektivitas implementasi kebijakan. (a) SOP Pelayanan Kesehatan Dasar di Fasilitas Kesehatan: SOP pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit di Kota Ternate mengatur tata cara pemberian pelayanan kesehatan mulai dari pendaftaran, pemeriksaan, tindakan medis, hingga rujukan. SOP ini mencakup prinsip: (i) pelayanan non-diskriminatif, (ii) keselamatan pasien, (iii) prioritas bagi kelompok rentan (ibu hamil, bayi, lansia, penyandang disabilitas, dan masyarakat miskin). Namun, dalam praktiknya, SOP khusus yang secara eksplisit mengatur pelayanan inklusif dan responsif kelompok rentan masih terbatas, terutama terkait: (i) aksesibilitas fisik bagi penyandang disabilitas, (ii) pelayanan ramah lansia, (iii) mekanisme pendampingan bagi pasien rentan.

SOP Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/BPJS) meliputi: SOP ini mengatur prosedur pelayanan peserta JKN, termasuk verifikasi kepesertaan, alur pelayanan, dan

²⁴ Fitri Dyna et al., "Gerakan Pencegahan Stunting (Genting) Melalui Edukasi Dan Deteksi Dini Stunting (Denting)," *Jurnal Peduli Masyarakat* 5, no. 1 (2023): 233, <https://doi.org/10.37287/jpm.v5i1.1637>.

sistem rujukan. Bagi kelompok rentan, SOP ini berfungsi sebagai instrumen perlindungan finansial agar mereka dapat mengakses layanan kesehatan tanpa hambatan biaya besar. Kendala yang sering muncul adalah ketidaktahuan prosedur oleh kelompok rentan: (i) kendala administratif, (ii) keterbatasan petugas pendamping di fasilitas kesehatan.

SOP Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta Gizi meliputi: (i) SOP ini mengatur pelayanan antenatal, persalinan, imunisasi, pemantauan tumbuh kembang anak, serta penanganan stunting dan gizi buruk. SOP KIA merupakan instrumen penting dalam perlindungan hak kesehatan ibu dan anak sebagai kelompok rentan utama. Dokumen program Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Kota Ternate memuat arah kebijakan, tujuan, sasaran, dan program prioritas di bidang kesehatan. Dalam dokumen ini, kelompok rentan umumnya tercakup dalam peningkatan akses pelayanan kesehatan dasar, penurunan angka kematian ibu dan bayi, pencegahan dan penanganan stunting, dan peningkatan cakupan jaminan kesehatan. Namun, pengarusutamaan isu kelompok rentan sering kali masih bersifat implisit dan belum dirumuskan secara spesifik sebagai program inklusif.

Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) memuat program tahunan sektor kesehatan yang menjadi dasar penganggaran. Program terkait kelompok rentan meliputi pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin, penguatan puskesmas dan posyandu, program kesehatan masyarakat pesisir dan pulau kecil, pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Program Nasional dan Daerah: Dokumen program yang relevan meliputi Program JKN/BPJS Kesehatan, Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Program Penanggulangan Stunting, Program Pelayanan Kesehatan Lansia, Program Kesehatan Lingkungan dan Sanitasi. Program-program tersebut menjadi instrumen utama pemenuhan hak atas kesehatan, meskipun pelaksanaannya masih menghadapi tantangan koordinasi lintas sektor dan keterbatasan sumber daya. Indikator Capaian Pemenuhan Hak atas Kesehatan meliputi Indikator Ketersediaan (*availability*) yang terdiri atas jumlah puskesmas dan fasilitas kesehatan per kecamatan, rasio tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) terhadap jumlah penduduk, ketersediaan obat esensial dan alat kesehatan dasar, keberadaan posyandu aktif di wilayah permukiman kelompok rentan. Indikator Aksesibilitas (*accessibility*) terdiri atas persentase penduduk kelompok rentan yang terdaftar sebagai peserta JKN, jarak dan waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan, ketersediaan layanan rujukan bagi wilayah pesisir dan pulau terluar, akses informasi kesehatan yang mudah dipahami oleh kelompok rentan.

Indikator Keberterimaan (*acceptability*) meliputi tingkat kepuasan pasien kelompok rentan terhadap layanan kesehatan, pelayanan kesehatan yang sensitif gender, usia, dan disabilitas, minimnya laporan diskriminasi atau penolakan layanan, dan pendekatan pelayanan berbasis budaya lokal dan komunikasi efektif.

Indikator Kualitas (*quality*) meliputi Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap SOP pelayanan, Angka rujukan yang tepat dan efektif, Penurunan angka kematian ibu dan bayi, Penurunan prevalensi stunting dan gizi buruk, dan Peningkatan mutu pelayanan melalui akreditasi puskesmas dan rumah sakit.

3.2 Peran Pemerintah Kota Ternate dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan bagi Kelompok rentan di Kota Ternate

Pembangunan manusia tidak sekadar menambah kemampuan individu untuk berkontribusi secara ekonomi, tetapi juga berfokus pada penciptaan lingkungan yang inklusif dan mendukung setiap orang, tanpa membedakan usia, kondisi sosial, atau kemampuan fisik, sehingga setiap individu memiliki kondisi hidup yang menjamin kehormatan diri dan kelayakan kesejahteraan.²⁵ Praktik pembangunan manusia masih didominasi oleh orientasi ekonomi yang memprioritaskan kelompok usia kerja sebagai aktor utama pertumbuhan. Akibatnya, kelompok rentan seperti anak, lanjut usia, dan penyandang disabilitas kerap terpinggirkan dari agenda kebijakan, meskipun mereka memiliki hak yang setara atas pemenuhan kebutuhan dasar, termasuk akses layanan kesehatan yang layak.

Pendekatan pembangunan yang berorientasi ekonomi kerap mengasumsikan bahwa kontribusi utama hanya berasal dari kelompok usia kerja, sehingga kelompok di luar kategori tersebut dipandang kurang bernilai secara ekonomi. Pandangan ini berdampak pada rendahnya prioritas kebijakan, termasuk di sektor kesehatan, terhadap kelompok usia nonproduktif. Akibatnya, ketimpangan akses terhadap layanan kesehatan bermutu semakin melebar dan berimplikasi pada meningkatnya kesenjangan kesejahteraan sosial.²⁶

Mengatasi ketimpangan pembangunan manusia menuntut perubahan cara pandang yang menegaskan kesehatan dan kesejahteraan sebagai hak yang melekat pada setiap individu, terlepas dari usia maupun tingkat produktivitasnya. Pembangunan yang inklusif harus menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan dapat diakses secara setara oleh seluruh kelompok masyarakat. Hal ini mencakup perluasan layanan pencegahan dan pengobatan bagi anak serta lanjut usia, penguatan rehabilitasi dan dukungan bagi penyandang disabilitas, serta pemenuhan layanan kesehatan mental lintas usia. Selain itu, kebijakan publik perlu menggeser orientasi dari semata efisiensi ekonomi menuju pendekatan berbasis hak asasi manusia yang terintegrasi. Dengan demikian, pembangunan manusia dapat diarahkan pada peningkatan kualitas hidup jangka panjang dan kesejahteraan bersama secara berkelanjutan.

Penelitian ini menelaah upaya penyediaan layanan kesehatan bagi kelompok usia rentan di Kota Ternate. Penelitian ini dilatarbelakangi oleh kebutuhan untuk menangani permasalahan alienasi yang dialami oleh kelompok usia rentan. Padahal, bila dianalisis lebih mendalam, kelompok usia rentan sesungguhnya memiliki potensi untuk memberikan kontribusi positif bagi berbagai lapisan masyarakat.

Ketimpangan dalam penyediaan layanan kesehatan di Indonesia masih menjadi masalah serius yang secara langsung memengaruhi kualitas hidup masyarakat. Ketersediaan

²⁵ Murniati Murniati, "Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Indeks Pembangunan Manusia Dan Upah Minimum Regional Terhadap Tingkat Pengangguran Melalui Jumlah Investasi Di Kabupaten Malang," *SEIKO: Journal of Management & Business* 4, no. 2 (2021): 189, <https://doi.org/10.37531/sejaman.v5i2.1951>.

²⁶ Danang Prasetyo, Toba Sastrawan Manik, and Dwi Riyanti, "Konseptualisasi Hak Dan Kewajiban Warga Negara Dalam Upaya Bela Negara," *Jurnal Pancasila Dan Bela Negara* 1, no. 1 (2021): 7, <https://doi.org/10.31315/jpbn.v1i1.4382>.

layanan kesehatan beserta fasilitas dan infrastrukturnya masih belum optimal, sehingga akses bagi kelompok rentan menjadi terbatas. Kondisi ini menunjukkan bahwa meski negara telah berusaha mengembangkan akses cakupan layanan kesehatan melalui berbagai program, pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan belum sepenuhnya terealisasi secara merata dan adil.²⁷

Pasal 28I ayat (4) dan ayat (5) UUD NRI 1945 menegaskan tanggung jawab negara dalam menjamin pelaksanaan hak asasi manusia dalam kerangka negara hukum demokratis. Jaminan tersebut diwujudkan melalui pengaturan yang terintegrasi dalam seluruh sistem peraturan perundang-undangan tanpa mengurangi substansi hak konstitusional. Oleh karena itu, negara berkewajiban menerapkan pemenuhan hak secara bertahap melalui strategi legislasi progresif yang didukung oleh kebijakan administratif, penganggaran, dan instrumen pendukung lainnya.

Negara melalui pemerintah telah menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagai wujud pengakuan terhadap hak asasi manusia, sejalan dengan karakter negara hukum yang demokratis yang menjunjung tinggi penghormatan serta perlindungan hak warga negara sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selanjutnya, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memaknai kesehatan sebagai keadaan seimbang yang mencakup aspek jasmani, kejiwaan, spiritual, dan sosial, sehingga setiap orang memiliki kemampuan untuk berpartisipasi secara optimal dalam kehidupan bermasyarakat maupun kegiatan ekonomi.²⁸

Salah satu wujud tugas dan akuntabilitas pemerintah dalam menunjang pembangunan di sektor kesehatan diwujudkan melalui pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini dirancang untuk menjamin perlindungan dan kesejahteraan masyarakat dengan menggunakan skema asuransi sosial. Dengan merujuk pada ketentuan hukum dalam bidang jaminan sosial, JKN merupakan instrumen jaminan yang berfungsi memberikan perlindungan di bidang kesehatan, termasuk upaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan tersebut dapat diberikan kepada setiap individu melalui mekanisme pembayaran iuran secara mandiri maupun melalui pembiayaan iuran yang ditanggung oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah.²⁹

Merujuk pada ketentuan Pasal 9 ayat (3) UU No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, setiap individu memiliki hak untuk menikmati kehidupan yang sejahtera baik secara lahir maupun batin, memperoleh tempat tinggal, serta lingkungan yang layak dan sehat. Berdasarkan hal tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa kesehatan adalah hak yang secara inheren melekat pada setiap orang dan bersifat tak terpisahkan, yang wajib dijaga,

²⁷ Agisti Maharani et al., "Dampak Kemiskinan Terhadap Ketidaksetaraan Pelayanan Kesehatan Di Indonesia," *TAMADDUN: Jurnal Ilmu Sosial, Seni, Dan Humaniora* 1, no. 3 (2023): 1341, <https://doi.org/10.70115/vh0ak293>.

²⁸ Andar Jimmy Pintabar, Fitri Rafianti, and Yasmirah Mandasari Saragih, "Implementasi Sistem Pelayanan Kesehatan Terhadap Pemenuhan hak atas kesehatan Bagi Warga Binaan Pemasyarakatan," *Jurnal USM Law Review* 7, no. 1 (2024), <https://doi.org/10.26623/julr.v7i1.8996>.

²⁹ Husnia Hilmi Wahyuni, Febryan Alam Susatyo, and Faisal Afda'u, "Kajian Yuridis Implementasi Program Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Perspektif Keadilan Distributif," *Jurnal Penelitian Ilmu Hukum* 5, no. 1 (2025): 144, <https://doi.org/10.56393/nomos.v5i1.3092>.

dihormati, dan ditegakkan untuk memastikan martabat, kesejahteraan, kebahagiaan, kecerdasan, serta keadilan bagi setiap manusia.³⁰ Setiap orang berhak menjalani kehidupan yang aman, tenteram, dan sejahtera, baik secara fisik maupun psikologis, serta memperoleh kebahagiaan dan kedamaian dalam kehidupan sosialnya. Pemenuhan hak tersebut juga meliputi hak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat sebagai prasyarat utama bagi keberlangsungan hidup dan kesehatan manusia. Selain itu, setiap individu memiliki hak atas pemenuhan kebutuhan dasar yang memungkinkan proses tumbuh dan berkembang secara layak. Perlindungan terhadap pengembangan kepribadian juga merupakan bagian penting dari hak asasi manusia, termasuk hak untuk mengaktualisasikan diri sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan demi tercapainya kesejahteraan pribadi. Jaminan rasa aman adalah hak inheren yang dimiliki oleh setiap individu, termasuk perlindungan dari segala bentuk ancaman terhadap keselamatan jiwa. Setiap individu juga berhak terbebas dari tindakan yang menghilangkan nyawa secara sewenang-wenang. Lebih lanjut, hak atas hunian yang sesuai dengan standar merupakan bagian integral dari pemenuhan standar kehidupan yang manusiawi dan berkeadilan.

Pemenuhan dan penegakan hak tidak semata-mata berlaku terhadap warga negara dengan keterbatasan fisik maupun psikologis sempurna. Justru, perhatian terhadap hak-hak kelompok rentan perlu ditingkatkan, mengingat mereka memiliki potensi mengalami kondisi kesehatan yang lebih lemah akibat adanya penyakit atau faktor kesehatan lain yang menyertai.

Ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2011 tentang Kesejahteraan Sosial menjelaskan bahwa perlindungan sosial merupakan rangkaian tindakan komprehensif yang diarahkan untuk mengantisipasi serta mengatasi dampak risiko yang timbul akibat kondisi kerentanan maupun gangguan sosial. Di sisi lain, Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menegaskan adanya hak setiap warga negara untuk memperoleh jaminan sosial yang memungkinkan terpenuhinya standar kehidupan yang layak sekaligus mendukung pengembangan kapasitas dan potensi individu secara menyeluruh.

Menurut Hermin, kewajiban dalam penguatan jaminan akses kesehatan bagi kelompok dengan kerentanan khusus dibagi menjadi tiga aspek, salah satunya adalah perlindungan hukum (*legal protection*). Perlindungan ini dilaksanakan melalui pembentukan kerangka hukum yang menetapkan norma-norma pemenuhan hak atas kesehatan, dengan penekanan khusus pada perlindungan dan aksesibilitas bagi penyandang disabilitas, meliputi penetapan standar pelayanan kesehatan, kerangka penyelenggaraan kesehatan mencakup pengaturan teknis, peran kelembagaan, serta jaminan akses layanan bermutu yang diwujudkan melalui kebijakan pendanaan, pengelolaan obat, pemenuhan tenaga kesehatan, peningkatan literasi kesehatan, dan pengawasan farmasi, serta pembangunan fasilitas layanan kesehatan yang diselenggarakan masyarakat. Selain itu,

³⁰ Muhammad Asrul Maulana and Java Putri Avrillina, "Kesehatan Sebagai Hak Asasi: Perspektif Filosofis Tentang Hukum Kesehatan," *Journal of Contemporary Law Studies* 2, no. 1 (2024): 49, <https://doi.org/10.47134/lawstudies.v2i1.2075>.

keberadaan mekanisme “*due process of law*” penting untuk menjamin masyarakat memperoleh perlindungan apabila hak-haknya dilanggar atau terabaikan, baik oleh negara maupun pihak ketiga.³¹

Pemerintah telah menetapkan regulasi untuk menjamin hak kesehatan penyandang disabilitas, yang memengaruhi masyarakat dan negara. Warga berkewajiban menghormati kebutuhan kelompok rentan, sementara negara fokus pada pemenuhan hak dan layanan kesehatan yang inklusif. Upaya promotif dan preventif dalam pemenuhan kesehatan dapat diwujudkan melalui penyediaan media edukatif terkait gagasan kesehatan serta strategi peningkatan derajat kesehatan.³²

Hak atas tingkat kesehatan yang paling optimal mengandung dua unsur pokok, yakni jaminan terhadap pemenuhan pelayanan kesehatan serta kewajiban perlindungan kesehatan oleh negara. Dalam pemahaman yang lebih luas, hak tersebut tidak hanya mencakup kesempatan individu untuk memperoleh layanan kesehatan, tetapi juga hak atas sistem sosial yang menuntut peran aktif negara dalam menyusun dan menerapkan kebijakan untuk mengurangi serta mengatur risiko kesehatan publik. Dengan demikian, hak atas derajat kesehatan yang optimal merupakan kerangka yuridis normatif yang mengintegrasikan hak atas pelayanan kesehatan dengan tanggung jawab negara dalam menjaga dan melindungi kesehatan publik secara berkelanjutan.³³

Dalam menghadapi persoalan ini, negara perlu menyediakan solusi konkret yang berfokus pada dua aspek utama: peningkatan kualitas pelayanan dan fasilitas kesehatan, serta penyediaan anggaran memadai untuk menutup kesenjangan mutu antara layanan yang ada saat ini dengan standar ideal. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi kelompok usia rentan perlu diprioritaskan melalui penyediaan fasilitas yang inklusif dan responsif terhadap kebutuhan fisik serta medis mereka, disertai penguatan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan khusus dan penambahan tenaga profesional di bidang kesehatan anak dan lanjut usia. Pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara terintegrasi lintas keahlian agar penanganan dapat dilakukan secara berkelanjutan tanpa hambatan akses. Selain mencakup upaya pengobatan, layanan juga harus berorientasi pada pencegahan, pemantauan kondisi kesehatan, dan pemulihan, dengan perhatian khusus pada tumbuh kembang anak serta pemeriksaan rutin dan dukungan psikososial bagi lanjut usia. Seluruh upaya tersebut wajib ditunjang oleh fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau, aman, dan ramah bagi kelompok usia rentan.³⁴

³¹ Hermien Nugraheni, Tri Wiyatini, and Irmanita Wiradona, *Kesehatan Masyarakat Dalam Determinan Sosial Budaya* (Yogyakarta: Deepublish, 2018).

³² Novita Anggraeni, Shristyana Sandra, and Abu Khoiri, “Implementasi Kebijakan Pelindungan Dan Pemenuhan hak atas kesehatan Penyandang Disabilitas Di Kabupaten Jember,” *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia JKKI* 11, no. 01 (2022): 1–13, <https://doi.org/10.22146/jkki.69719>.

³³ Anggraeni, Sandra, and Khoiri.

³⁴ Dea Tiara Ulfa, “Perlakuan Khusus Terhadap Kelompok Rentan: Kewajiban Dan Hak Pelayanan Kesehatan Terhadap Warga Binaan Wanita Menyusui Di Rumah Tahanan Negara Kelas Iib Sambas,” *Jurnal Justitia: Jurnal Ilmu Hukum Dan Humaniora* 8, no. 4 (2021): 52, <https://doi.org/10.31604/justitia.v8i4.815-821>.

Penyediaan anggaran kesehatan yang tepat sasaran dan kehadiran negara dalam hal ini menjadi aspek yang sama pentingnya. Pemerintah perlu mengalokasikan dana yang berorientasi pada penguatan perlindungan kelompok usia rentan. Anggaran tersebut dapat dimanfaatkan untuk membiayai program layanan kesehatan, pendidikan, serta dukungan sosial bagi anak-anak dan lansia. Contohnya, anggaran tersebut dapat dialokasikan untuk program pemberian makanan sehat di sekolah atau penyediaan layanan kesehatan gratis bagi lansia. Selain itu, kebijakan perlu dirancang untuk memudahkan kelompok usia rentan memperoleh bantuan pangan bergizi, misalnya melalui subsidi atau distribusi pangan yang dikelola pemerintah, sehingga mereka dapat memperoleh makanan sesuai standar kelayakan dan kecukupan gizi, tanpa dibatasi oleh kemampuan ekonomi.

Selain itu, pemerintah perlu mengoptimalkan percepatan penyaluran bantuan sosial bagi anak dan lanjut usia dengan memastikan ketepatan sasaran, waktu, serta kesesuaiannya dengan kebutuhan kelompok rentan. Penguatan validitas data penerima menjadi langkah penting agar bantuan dapat diberikan secara efektif. Di bidang kesehatan, pelayanan bagi kelompok usia rentan harus didukung oleh sistem rujukan yang terintegrasi guna menjamin penanganan medis yang cepat dan tepat..

Tidak hanya pemerintah, keberhasilan suatu kebijakan juga ditentukan oleh kemampuan kebijakan tersebut dalam mengakomodasi keterlibatan masyarakat serta kontribusi sektor swasta dalam upaya perlindungan kelompok usia rentan. Upaya nyata untuk mendukung dapat berupa pemberian stimulus kepada pelaku usaha agar berpartisipasi dalam penyediaan program kesehatan bagi anak-anak dan lanjut usia melalui mekanisme tanggung jawab sosial perusahaan (*corporate social responsibility/CSR*). Di sisi lain, peran masyarakat perlu diperkuat melalui pelaksanaan kegiatan pendidikan dan penyuluhan yang bertujuan meningkatkan kesadaran akan prioritas dalam pemeliharaan kesehatan dan pemberdayaan kesejahteraan kelompok rentan. Pendekatan partisipatif ini diharapkan mampu membangun kondisi sosial yang lebih ramah dan berkelanjutan. Oleh karena itu, kerja sama yang sinergis antara pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat menjadi elemen fundamental untuk menjamin terpenuhinya hak-hak kelompok usia rentan secara komprehensif, sehingga mereka dapat menjalani kehidupan yang aman, sejahtera, dan bermartabat dalam tatanan masyarakat.

Keberadaan suatu negara bertujuan untuk menjamin terpenuhinya kehidupan setiap warga negaranya berdasarkan orientasi tujuan nasional yang telah ditetapkan dalam konstitusi, yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Konstitusi berfungsi sebagai hukum yang berlaku sekaligus sebagai cita-cita ideal yang membimbing interpretasi terhadap ketentuan yang ada. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, urusan kesehatan menjadi tanggung jawab Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, serta Pemerintah Kabupaten/Kota. UU tersebut menegaskan bahwa Pemerintah Daerah wajib meningkatkan kualitas hidup masyarakat, mewujudkan keadilan dan pemerataan, menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan, fasilitas sosial, serta fasilitas umum yang memadai, dan mengembangkan sistem jaminan sosial. Penjelasan lebih

rinci mengenai pembagian kewenangan dan tanggung jawab antartingkat pemerintahan diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Provinsi, dan Pemerintahan Kabupaten/Kota. Semua tanggung jawab ini harus berlandaskan pada prinsip menghargai, melindungi, dan memenuhi hak dasar warga negara atas kesehatan yang layak. Dengan demikian, negara memiliki kewajiban untuk menangani persoalan kesehatan kelompok rentan di masyarakat melalui kebijakan-kebijakan yang efektif guna mengatasi masalah kesehatan tersebut.

Program Pemerintah Kota Ternate terkait pemenuhan hak atas kesehatan meliputi: (a) Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) adalah salah satu inisiatif kesehatan yang digalakkan oleh Pemerintah Kota Ternate dengan dukungan instruksi wali kota untuk menyediakan pemeriksaan kesehatan gratis bagi seluruh warga di fasilitas kesehatan seperti puskesmas. Sasaran utamanya mencakup berbagai kelompok usia, mulai dari bayi, anak, remaja, dewasa, hingga lansia serta ibu hamil. Tujuan dan manfaat: Meningkatkan deteksi dini penyakit sehingga penanganannya lebih cepat dan efektif.³⁵ (ii) Memberikan pelayanan kesehatan preventif tanpa beban biaya, sehingga semakin terjangkau (*accessible*) bagi kelompok rentan yang memiliki keterbatasan ekonomi. Cakupan layanan yakni pemeriksaan pola hidup, tekanan darah, status gizi, hingga skrining kesehatan dasar sesuai kebutuhan usia, dan program ini juga mendapat monitoring dan evaluasi dari Kementerian Sekretariat Negara RI sebagai bentuk pengakuan terhadap capaian wilayah dalam pelaksanaannya di lapangan. (b) Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan kolaborasi dengan BPJS Kesehatan Pemerintah Kota Ternate aktif memperkuat komitmen dalam penyelenggaraan JKN melalui kerja sama operasional dengan BPJS Kesehatan untuk menjamin kelancaran layanan kesehatan yang dibiayai melalui skema jaminan sosial. Perjanjian kerja sama mencakup penyelesaian tunggakan iuran pemerintah daerah dan verifikasi data kepesertaan.³⁶ (c) BLUD Puskesmas dan Layanan Kesehatan Primer yang Diperkuat, Dinas Kesehatan Kota Ternate melaporkan penguatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) pada puskesmas, termasuk pada aspek manajemen keuangan, pengadaan obat, serta responsivitas layanan klinis. Skema BLUD memberikan keleluasaan bagi puskesmas dalam mengelola sumber daya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar. Manfaat bagi kelompok rentan (i) meningkatkan kualitas layanan kesehatan di tingkat primer yang umumnya menjadi akses pertama bagi masyarakat. (ii) mempercepat pengadaan obat dan alat kesehatan sehingga layanan menjadi lebih tersedia (*availability*) dan responsif terhadap kebutuhan pasien. (d) Ambulans Laut Andalan “BAHIM” Untuk menjawab tantangan geografis wilayah kepulauan Kota Ternate, Dinas

³⁵ Pemkot Ternate Pastikan Seluruh Warga Menikmati Pemeriksaan Kesehatan Gratis, https://ternatekota.go.id/berita/pemkot-ternate-pastikan-seluruh-warga-menikmati-pemeriksaan-kesehatan-gratis?utm_source.com (Diakses tanggal 30 Januari 2026)

³⁶Pemkot Ternate Perkuat Komitmen JKN Lewat Kesepakatan Bersama BPJS Kesehatan, https://ternatekota.go.id/berita/pemkot-ternate-perkuat-komitmen-jkn-lewat-kesepakatan-bersama-bpjs-kesehatan?utm_source.com (Diakses tanggal 30 Januari 2026)

Kesehatan memperkenalkan Ambulans Laut BAHIM yang melayani pulau-pulau kecil seperti Batang Dua, Hiri, dan Moti. Tujuan dan dampaknya: (i) mengurangi hambatan akses fisik (*accessibility*) layanan kesehatan darurat bagi masyarakat di pulau terpencil. (ii) memastikan layanan kegawatdaruratan tersedia secara setara bagi penduduk laut-daratan. Program ini merupakan contoh nyata dari upaya daerah untuk memastikan layanan kesehatan tidak tertinggal di wilayah dengan tantangan geografis. (e) Program “Rabu Menyapa” di Puskesmas Program rutin “Rabu Menyapa” merupakan kegiatan monitoring dan evaluasi layanan kesehatan di puskesmas oleh pemerintah daerah yang melibatkan dialog langsung dengan tenaga kesehatan.³⁷

Peran normatif Pemerintah Kota Ternate merujuk pada kewajiban hukum dan kebijakan yang melekat pada pemerintah daerah sebagai bagian dari negara. Secara normatif, Pemerintah Kota Ternate memiliki kewajiban memenuhi hak atas kesehatan kelompok rentan berdasarkan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan ICESCR. Dokumen perencanaan daerah (RPJMD, Renstra Dinas Kesehatan, RKPD). Dalam kerangka ini, pemerintah daerah wajib menjamin layanan kesehatan yang tersedia, dapat diakses, dapat diterima, dan bermutu (AAAQ), tanpa diskriminasi, serta memberikan perlindungan khusus bagi kelompok rentan. Secara normatif, Pemerintah Kota Ternate berperan untuk: (i) Menyusun SOP pelayanan kesehatan inklusif, (ii) Menyediakan fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai, (iii) Menjamin akses layanan kesehatan gratis atau terjangkau melalui JKN, (iv) Menyusun dan melaksanakan program afirmatif bagi kelompok rentan, dan (v) Melakukan pengawasan dan evaluasi pelayanan kesehatan.

Peran faktual Pemerintah Kota Ternate menggambarkan implementasi nyata di lapangan dari kewajiban normatif tersebut. Implementasi Program dan Layanan. Secara faktual, Pemerintah Kota Ternate telah melaksanakan berbagai program kesehatan, seperti: (i) pemeriksaan kesehatan gratis, (ii) penguatan layanan puskesmas (BLUD), (iii) Jaminan Kesehatan Nasional, (iv) ambulans laut bagi wilayah kepulauan, (v) program KIA, stunting, dan kesehatan lansia. Program-program ini menunjukkan bahwa pemerintah daerah telah berperan aktif dalam menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat, termasuk kelompok rentan. Hambatan implementasi dalam praktiknya masih ditemukan sejumlah kendala faktual, antara lain: (i) Distribusi tenaga kesehatan yang belum merata, terutama di pulau-pulau kecil, (ii) Akses fisik dan transportasi yang terbatas bagi masyarakat pesisir, (iii) Kendala administratif JKN yang menyulitkan kelompok rentan, (iv) SOP yang belum sepenuhnya responsif terhadap disabilitas dan lansia, (v) Kualitas layanan yang belum seragam antarfasilitas kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan secara faktual belum sepenuhnya sejalan dengan standar normatif yang ditetapkan.

³⁷ Press Release Dinas Kesehatan Tahun 2025, https://dinkes.ternatekota.go.id/posts/press-release-akhir-tahun-2025-dinas-kesehatan-kota-ternate?utm_source=com (Diakses Tanggal 30 Januari 2026)

Evaluasi kebijakan pemenuhan hak atas kesehatan yang inklusif menekankan pada sejauh mana kebijakan kesehatan mampu menjangkau seluruh kelompok masyarakat, khususnya kelompok rentan, tanpa diskriminasi serta dengan penyesuaian terhadap perbedaan kebutuhan dan kondisi sosial. Dalam konteks Kota Ternate, evaluasi inklusivitas kebijakan kesehatan perlu melihat tidak hanya keterbukaan akses layanan, tetapi juga desain kebijakan, pola implementasi, serta pengalaman kelompok rentan dalam mengakses layanan kesehatan.

Inklusivitas pada tahap perumusan kebijakan secara normatif, kebijakan kesehatan di Kota Ternate dirancang dalam kerangka pelayanan kesehatan universal yang terbuka bagi seluruh warga, seperti pelayanan kesehatan dasar di puskesmas, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan berbagai program kesehatan masyarakat. Pendekatan ini menunjukkan adanya komitmen inklusivitas karena tidak membedakan warga berdasarkan latar belakang sosial atau ekonomi. Namun, dalam perspektif hak atas kesehatan, inklusivitas kebijakan seharusnya tidak hanya bersifat universal, tetapi juga responsif terhadap kerentanan. Pada tahap perumusan kebijakan, isu kelompok rentan di Kota Ternate masih cenderung diperlakukan sebagai bagian dari masyarakat umum. Kebijakan belum secara konsisten merumuskan standar atau mekanisme khusus yang menyesuaikan layanan dengan kebutuhan penyandang disabilitas, lansia, masyarakat pulau terpencil, atau kelompok miskin dengan keterbatasan akses informasi. Hal ini menunjukkan bahwa inklusivitas pada tahap perumusan kebijakan masih bersifat implisit dan belum sepenuhnya berbasis diferensiasi kebutuhan.

Inklusivitas dalam akses terhadap layanan kesehatan, dari sisi akses kebijakan kesehatan di Kota Ternate, menunjukkan capaian inklusivitas yang relatif lebih nyata. Pemerintah daerah telah mengupayakan perluasan akses layanan melalui penguatan puskesmas, pelayanan kesehatan gratis, kepesertaan JKN, serta penyediaan sarana pendukung seperti ambulans laut bagi wilayah kepulauan. Upaya ini mencerminkan pengakuan terhadap kondisi geografis dan ekonomi yang dapat menghambat akses kelompok rentan. Meskipun demikian, inklusivitas akses masih menghadapi kendala faktual. Hambatan geografis, keterbatasan transportasi, biaya tidak langsung, serta keterbatasan pemahaman prosedur layanan masih dirasakan oleh sebagian kelompok rentan. Dengan demikian, kebijakan telah membuka akses secara formal, tetapi belum sepenuhnya memastikan bahwa akses tersebut setara dan mudah dimanfaatkan oleh semua kelompok rentan.

Inklusivitas dalam pelayanan dan praktik implementasi, serta inklusivitas kebijakan, juga tercermin dalam kualitas interaksi antara penyedia layanan dan penerima layanan. Dalam praktik pelayanan kesehatan di Kota Ternate, masih ditemukan keterbatasan dalam hal: (i) adaptasi layanan terhadap kebutuhan fisik dan psikososial kelompok rentan, (ii) fasilitas yang belum sepenuhnya ramah disabilitas dan lansia, (iii) SOP pelayanan yang belum mengatur mekanisme pendampingan dan komunikasi yang adaptif. Kondisi ini menunjukkan bahwa inklusivitas kebijakan belum sepenuhnya terinternalisasi pada tingkat

pelaksanaan. Kebijakan kesehatan cenderung memahami inklusivitas sebagai keterbukaan layanan, bukan sebagai penyesuaian aktif terhadap keragaman kondisi pasien. nn

Inklusivitas dalam partisipasi dan akuntabilitas: aspek penting dari kebijakan yang inklusif adalah keterlibatan kelompok sasaran dalam proses kebijakan. Dalam konteks Kota Ternate, mekanisme partisipasi kelompok rentan dalam perencanaan dan evaluasi kebijakan kesehatan masih terbatas. Kelompok rentan lebih banyak berperan sebagai penerima manfaat daripada sebagai subjek yang berkontribusi dalam penentuan kebutuhan dan evaluasi layanan. Keterbatasan partisipasi ini berdampak pada kebijakan yang kurang sensitif terhadap pengalaman nyata kelompok rentan, sehingga perbaikan kebijakan cenderung bersifat administratif dan belum sepenuhnya berbasis pengalaman pengguna layanan.

Penilaian evaluatif terhadap inklusivitas kebijakan, berdasarkan evaluasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa kebijakan pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di Kota Ternate: (i) telah menunjukkan inklusivitas pada tingkat akses dan cakupan layanan, (ii) namun belum sepenuhnya inklusif pada tingkat desain kebijakan, implementasi pelayanan, dan partisipasi kelompok rentan. Dengan kata lain, inklusivitas kebijakan masih lebih menekankan pada prinsip layanan untuk semua dan belum sepenuhnya bergeser ke arah layanan yang disesuaikan untuk kelompok yang paling rentan. Implikasi evaluasi ini menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan yang inklusif di Kota Ternate memerlukan penguatan kebijakan yang secara eksplisit mengintegrasikan perspektif kelompok rentan dalam setiap tahapan kebijakan kesehatan. Tanpa pendekatan tersebut, kebijakan berisiko hanya inklusif secara formal, tetapi belum sepenuhnya inklusif secara substantif dalam menjamin hak atas kesehatan bagi kelompok rentan.

4. PENUTUP

Penelitian ini menjawab tujuan penelitian dengan menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan bagi kelompok rentan di Kota Ternate telah berjalan melalui berbagai kebijakan dan program kesehatan daerah, namun belum sepenuhnya efektif dalam menjamin keadilan substantif bagi kelompok rentan. Temuan utama penelitian ini menunjukkan, pertama, bahwa pemenuhan hak atas kesehatan masih didominasi oleh pendekatan akses universal dan belum sepenuhnya berbasis kerentanan, sehingga belum mampu merespons kebutuhan spesifik penyandang disabilitas, lansia, anak, dan masyarakat wilayah kepulauan. Kedua, berdasarkan kerangka *availability, accessibility, acceptability*, dan *quality* (AAAQ), layanan kesehatan telah tersedia dan terbuka, tetapi masih menghadapi hambatan geografis kepulauan, biaya tidak langsung, keterbatasan fasilitas ramah disabilitas dan anak, serta kualitas layanan dan sistem rujukan yang belum merata. Ketiga, peran Pemerintah Kota Ternate sebagai pemangku kewajiban telah tampak secara normatif dan faktual, namun belum optimal dalam pengarusutamaan kelompok rentan ke dalam kebijakan, SOP, dan mekanisme partisipasi. Secara teoretik, temuan ini menegaskan pentingnya pendekatan hak asasi manusia yang berbasis diferensiasi kerentanan dalam pemenuhan hak atas kesehatan di wilayah kepulauan. Secara praktis, penelitian ini

merekomendasikan agar Pemerintah Kota Ternate mengintegrasikan pendekatan berbasis kerentanan ke dalam dokumen perencanaan dan penganggaran kesehatan daerah; dinas kesehatan menetapkan standar operasional pelayanan afirmatif seperti pelayanan ramah anak di Puskesmas (PRAP) dan melakukan audit aksesibilitas disabilitas pada seluruh fasilitas kesehatan; serta fasilitas pelayanan kesehatan memperkuat layanan keliling, sistem rujukan kepulauan, dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan ramah kelompok rentan. Rekomendasi ini diharapkan menjadi dasar perbaikan kebijakan operasional agar pemenuhan hak atas kesehatan kelompok rentan di Kota Ternate dapat terwujud secara berkeadilan dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahadi Pradana, Anung, Lina Anisa Nasution, and Casman. "Telaah Kebijakan Mitigasi Kesehatan Kelompok Rentan Pasca Pandemi Dan Keadaan Luar Biasa Lain." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI* 10, no. 03 (2021): 124. <https://doi.org/10.22146/jkki.62692>.
- Andresani, Gianluca, and Natalina Stamile. "Bentham: Our Contemporary" 65, no. 3 (2021): 173. <https://doi.org/10.5380/rfdufpr.v65i3.79714>.
- Anggraeni, Novita, Shristyana Sandra, and Abu Khoiri. "Implementasi Kebijakan Pelindungan Dan Pemenuhan hak atas kesehatan Penyandang Disabilitas Di Kabupaten Jember." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia JKKI* 11, no. 01 (2022): 1–13. <https://doi.org/10.22146/jkki.69719>.
- Dewayanti, Irma, and Arief Suryono. "Perlindungan Sosial Terhadap Hak Atas Akses Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas." *Jurnal Hukum Dan Pembangunan Ekonomi* 11, no. 2 (2023): 225–41.
- Dacey, A.V. *Pengantar Studi Hukum Konstitusi*. Bandung: Nusamedia, 2019.
- Dumako, Ananda Rayhan. "Pemenuhan hak atas kesehatan Penyandang Disabilitas." *QISTINA: Jurnal Multidisiplin Indonesia* 3, no. 2 (2024): 1717–25. <https://doi.org/10.57235/qistina.v3i2.4254>.
- Dyna, Fitri, Cindy Febriyeni, Dendy Kharisna, Hidayatunnisa Qusthia, Dewi Rafina Hastuti, Nurul Rafina Rahmadani, and Leni Rafina Juliarif. "Gerakan Pencegahan Stunting (Genting) Melalui Edukasi Dan Deteksi Dini Stunting (Denting)." *Jurnal Peduli Masyarakat* 5, no. 1 (2023): 233. <https://doi.org/10.37287/jpm.v5i1.1637>.
- E, Sumartini. "Studi Literatur: Riwayat Penyakit Infeksi Dan Stunting Pada Balita." *Jurnal Kesehatan Mahardika* 8, no. 1 (2022): 55. <https://doi.org/10.54867/jkm.v9i1.101>.
- Gattini, Andrea. *Human Dignity and International Law*, 2020. https://doi.org/10.1163/9789004435650_005.
- Humaedi, Sahadi, Budi Wibowo, and Santoso T. Raharjo. "Kelompok Rentan Dan Kebutuhannya (Sebuah Kajian Hasil Pemetaan Sosial CSR PT Indonesia Power UPJP Kamojang)." *Share: Social Work Jurnal* 10, no. 1 (2020): 64. <https://doi.org/10.24198/share.v10i1.26896>.
- Ibrahim, Mardia, Yahya Yunus, and Arief Budiono. "Registering Ternate City People's Traditional Knowledge as Property Rights." *Jurnal USM Law Review* 7, no. 1 (2024). <https://doi.org/10.26623/julr.v7i1.8500>.
- Irawan, Anang Dony, and Umar Sholahudin. "Analisis Penegakan Hukum Dan Hak Asasi

- Manusia Di Indonesia.” *Jurnal Citizenship Virtues* 4, no. 2 (2024): 849. <https://doi.org/10.37640/jcv.v4i2.2082>.
- Jaury Douglas Pardomuan, and Irwan Triadi. “Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Bagi Kelompok Usia Rentan Di Indonesia Berdasarkan Asas Keadilan, Kepastian Hukum Dan Kemanfaatan.” *Pemuliaan Keadilan* 1, no. 4 (2024): 147. <https://doi.org/10.62383/pk.v1i4.205>.
- Josua Limbong, Ronny, Nadia Farikhati, Mochamad Felani Budi Hartanto, Isneningtyas Yuli, Zsabrina Marchsya Ayunda, Arief Ramadhan, Delsy Nike, Melia Iska Novitasari, Lanang Ajie Fardhani, and Febriana Ika Saputri. *Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok rentan Di Indonesia*. Jakarta: Komnas HAM, 2020.
- Maharani, Agisti, Astrid Astrid, Arya Arya, Deti Deti, Dewi Yanti, Franklin Yohanes Sulla, and M. Zainul Hafizi. “Dampak Kemiskinan Terhadap Ketidaksetaraan Pelayanan Kesehatan Di Indonesia.” *TAMADDUN: Jurnal Ilmu Sosial, Seni, Dan Humaniora* 1, no. 3 (2023): 1341. <https://doi.org/10.70115/vh0ak293>.
- Marlina, Andi, Rasna Rasna, Abd. Rahman, and Purnama Suci. “Akses Keadilan Yang Tidak Sampai: Studi Kajian Bantuan Hukum Bagi Masyarakat Miskin.” *Jurnal USM Law Review* 7, no. 2 (2024). <https://doi.org/10.26623/julr.v7i2.8668>.
- Maulana, Muhammad Asrul, and Java Putri Avrillina. “Kesehatan Sebagai Hak Asasi: Perspektif Filosofis Tentang Hukum Kesehatan.” *Journal of Contemporary Law Studies* 2, no. 1 (2024): 49. <https://doi.org/10.47134/lawstudies.v2i1.2075>.
- Murniati, Murniati. “Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Indeks Pembangunan Manusia Dan Upah Minimum Regional Terhadap Tingkat Pengangguran Melalui Jumlah Investasi Di Kabupaten Malang.” *SEIKO: Journal of Management & Business* 4, no. 2 (2021): 189. <https://doi.org/10.37531/sejaman.v5i2.1951>.
- Nabila, Fajri Nursyamsi, Antoni Putra, and Auditya Saputra. *Pengembangan Strategi Advokasi Antidiskriminasi Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia : Laporan Studi*. Jakarta: Pusat Studi Hukum dan Kebijakan Indonesia, 2021.
- Nugraha, Dimas Aditya, and Mitro Subroto. “Pemenuhan Hak Bagi Narapidana Kelompok rentan Khusus Disabilitas.” *Jurnal Intelektualita: Keislaman, Sosial Dan Sains* 12, no. 02 (2023): 101–5. <https://doi.org/10.19109/intelektualita.v12i002.19625>.
- Nugraheni, Hermien, Tri Wiyatini, and Irmanita Wiradona. *Kesehatan Masyarakat Dalam Determinan Sosial Budaya*. Yogyakarta: Deepublish, 2018.
- Pintabar, Andar Jimmy, Fitri Rafianti, and Yasmirah Mandasari Saragih. “Implementasi Sistem Pelayanan Kesehatan Terhadap Pemenuhan Hak atas Kesehatan Bagi Warga Binaan Pemasarakatan.” *Jurnal USM Law Review* 7, no. 1 (2024). <https://doi.org/10.26623/julr.v7i1.8996>.
- Prasetyo, Danang, Toba Sastrawan Manik, and Dwi Riyanti. “Konseptualisasi Hak Dan Kewajiban Warga Negara Dalam Upaya Bela Negara.” *Jurnal Pancasila Dan Bela Negara* 1, no. 1 (2021): 7. <https://doi.org/10.31315/jpbn.v1i1.4382>.
- Prasetyoningsih, Nanik. “Substansi Gagasan Dalam Beberapa Konsep Negara Hukum Nanik.” *Nurani Hukum: Jurnal Ilmu Hukum* 3, no. 2 (2020): 59. <https://doi.org/10.51825/nhk.v3i2.9200>.
- Ridlwan, Zulkarnain. “Negara Hukum Indonesia Kebalikan Nachtwachterstaat.” *Fiat Justisia: Jurnal Ilmu Hukum* 5, no. 2 (2014): 144. <https://doi.org/10.25041/fiatjustisia.v5no2.56>.
- Rosyidi, Irham, Fatma Faisal, Mahmud Hi Umar, Jan Alizea Sybelle, and M Junaidi. “The

- Use of Magic in the Village Head Election in Tidore Islands City Indonesia.” *Jurnal USM Law Review* 7, no. 4 (2024): 9–12. <https://doi.org/10.26623/julr.v7i3.10519>.
- Siagian, Jhonson Panahatan, and Mitro Subroto. “Perempuan Sebagai Kelompok rentan.” *Jurnal Educatio* 10, no. 1 (2024): 173. <https://doi.org/10.31949/educatio.v10i1.6940>.
- Takdir. *Pengantar Hukum Kesehatan*. Palopo: Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo, 2018.
- Ulfa, Dea Tiara. “Perlakuan Khusus Terhadap Kelompok rentan: Kewajiban Dan Hak Pelayanan Kesehatan Terhadap Warga Binaan Wanita Menyusui Di Rumah Tahanan Negara Kelas Iib Sambas.” *Jurnal Justitia: Jurnal Ilmu Hukum Dan Humaniora* 8, no. 4 (2021): 52. <https://doi.org/10.31604/justitia.v8i4.815-821>.
- Unger, Roberto M. *Teori Hukum Kritis : Posisi Hukum Dalam Masyarakat Modern*. Bandung: Nusamedia, 2019.
- W.M., Maria Petronela, Agnes Widiyanti Soebiyanto, and Adward Kurnia Setiawan Limijadi. “Analisis Pelaksanaan Pemenuhan Hak Atas Informasi Dan Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Penyandang Disabilitas Di Kota Semarang.” *Jurnal USM Law Review* 4, no. 2 (2021): 547–64. <https://doi.org/10.26623/julr.v4i2.3229>.
- Wahyuni, Husnia Hilmi, Febryan Alam Susatyo, and Faisal Afda’u. “Kajian Yuridis Implementasi Program Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Perspektif Keadilan Distributif.” *Jurnal Penelitian Ilmu Hukum* 5, no. 1 (2025): 144. <https://doi.org/10.56393/nomos.v5i1.3092>.
- Yack, Bernard. *The Problems of a Political Animal Community, Justice, and Conflict in Aristotelian Political Thought*. Berkeley: University of California Press, 2023.